

Transmettez votre savoir de

Kiné à Kiné



**BILAN ORTHOPEDIQUE DE LA HANCHE
A USAGE DES KINESITHERAPEUTES**

**UN PEU D'ANATOMIE :
LE NERF SCIATIQUE - Genève**

**LE BILAN EN REEDUCATION
ORO-MAXILLO-FACIALE**

ALCOOL ET SENSATIONS VERTIGINEUSES

**LA MINUTE JURIDIQUE :
CESSATION DE PATIENTELE**



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**

**CONTACTEZ NOUS
POUR TOUS RENSEIGNEMENTS**

www.emi-medical.com

emi2.1med@gmail.com

Tél.: 0977557329 / 0633009186

**PRIX SALON
REEDUCA:
6990 €
seulement**

Participant à ce numéro :
J.PLAUCHUT - MKDE Ostéopathe
Maître RIDRAY - Avocat
S.TACHIBANA - MKDE
M.HADJADJ - MKDE
F.CLOUTEAU - MKDE
Dr G.MARTI - Chirurgien OMF
F.BIGOT - MKDE
A-H. BOIVIN - MKDE
C. TRONEL-PEYROZ - MKDE
J.ENCAOUA - MKDE

Annonces:
Equipe Médical International,
Ecolight service

Tout d'abord, je tiens à présenter toutes mes condoléances aux victimes de la nuit du vendredi 13 novembre. Je tiens à remercier mes amis, mes confrères et toutes les personnes du monde entier pour leurs pensées et leurs soutiens.



Un très grand respect également aux équipes médicales qui ont été présentes et réactives face à cette catastrophe.

Cette tragédie nous fait prendre conscience, à nouveau, de ce que sont nos devoirs et nos valeurs.

Rappelons nous que notre profession a été reconnue par son utilité, après la première guerre mondiale, celle de rétablir et de réintégrer les personnes invalides dans la société...

Un siècle après, où en sommes-nous ? La reconnaissance de nos études, de nos compétences et de notre liberté... Ces évolutions, ces progressions, à quoi servent-elles si nous ne les mettons pas au profit de nos proches et nos patients ?

Je remercie Julien Encaoua, au nom de l'équipe avec qui nous partageons nos idées, de me laisser l'honneur de rédiger cette page.

Aujourd'hui, exceptionnellement, mon souhait ne sera pas celui de transmettre des connaissances de « kiné à kiné », mais de partager tous ensemble nos valeurs essentielles de « kiné en kiné » .

Shotaro TACHIBANA



BILAN ORTHOPÉDIQUE DE LA HANCHE

à usage des Kinésithérapeutes

Julien PLAUCHUT

Masseur-Kinésithérapeute, Ostéopathe à Neuilly-sur-Seine

Chargé d'enseignement en IFMK

Diplôme inter-universitaire de kinésithérapie respiratoire en pédiatrie et en réanimation néonatale et pédiatrique

plauchut.mkde@gmail.com

La hanche est une énarthrose, c'est-à-dire une sphéroïde entre deux surfaces articulaires en présence : la tête fémorale et le cotyle. Son accès difficile, ses liens avec les structures anatomiques locales et à distance font que souvent l'examen clinique est délaissé au profit des examens complémentaires.

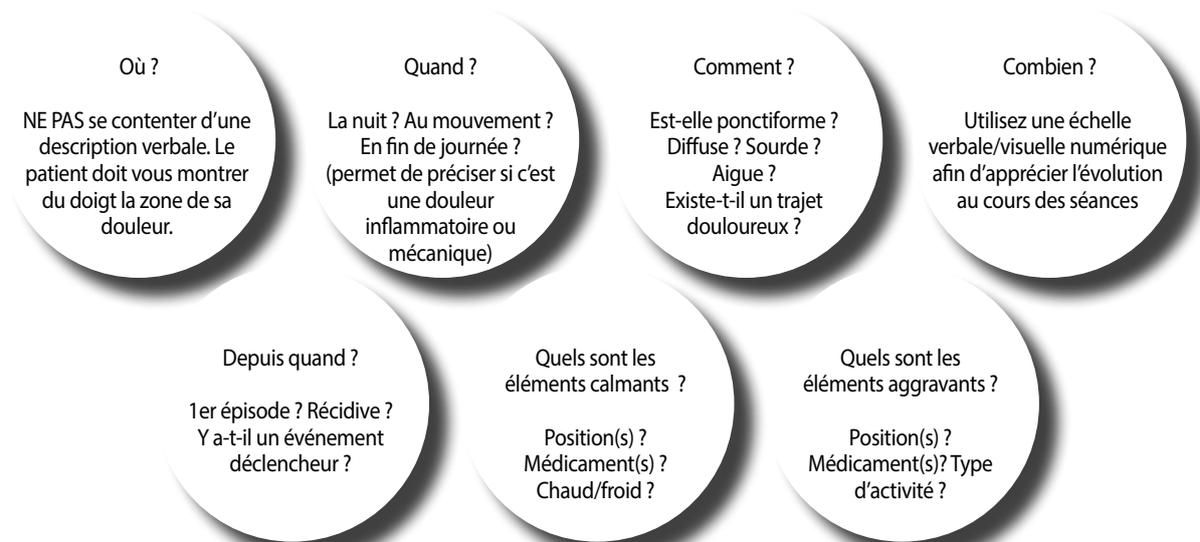
Dans cet article, nous essaierons de vous donner une stratégie investigatrice pour vous permettre d'établir par la suite votre plan de traitement.

Fonctionnellement, la hanche est liée au bassin et au membre inférieur puisqu'elle supporte une part importante du poids et des contraintes ascendantes notamment durant la phase d'appui lors de la marche. Elle est aussi liée à la ceinture pelvienne et à la colonne lombaire. Toute perte d'intégrité d'une de ces structures influencera le fonctionnement de la hanche.

Vous procéderez à un examen bilatéral et un interrogatoire minutieux.

I. CARACTÉRISATION DE LA DOULEUR

Le motif de consultation est souvent dû à la douleur. Vous essaieriez de répondre aux questions suivantes :



Remarque : Une douleur de genou face interne peut être causée par un problème de hanche (nerf obturateur interne). Par conséquent, TOUTE consultation ayant pour motif une douleur face interne de genou doit intégrer dans son BDK un bilan de la hanche.

II. RECHERCHE D'UNE INÉGALITÉ DE LONGUEUR DES MEMBRES INFÉRIEURS (ILMI)

Le praticien, aux pieds du patient allongé en décubitus dorsal, saisit les deux pieds du patient et les rapproche sur la ligne axiale. Si une jambe est plus longue / plus courte que l'autre, éliminez immédiatement une éventuelle luxation/fracture du côté le plus court. Le test de GALEAZZI permet de préciser la nature de la différence de longueur. Le patient en décubitus dorsal pose les pieds sur la table d'examen en fléchissant ses genoux à 90°.

Le praticien évalue la position des genoux l'un par rapport à l'autre. Un genou plus antérieur (plus vers le plafond) que l'autre oriente vers un tibia plus long ou plus court controlatéral. Un genou plus caudal (plus vers les pieds) que l'autre montre un fémur plus long ou plus court controlatéral. (1, 2)
En règle générale, toute inégalité de longueur de moins d'un centimètre ne nécessite pas d'être corrigée par des semelles.

III. STABILITÉ ET L'INTÉGRITÉ OSSEUSE DE LA COXO- FÉMORALE

Nous testerons ensuite la stabilité et l'intégrité osseuse de la coxo-fémorale :

- Test de compression et de décompression aux pieds : le praticien, aux pieds du patient allongé en décubitus dorsal, saisit les deux mortaises tibio-fibulaires du patient et exerce alternativement des mouvements de traction et compression.

-Test de décoaptation dans la direction du col ou de la diaphyse fémorale.

-Test de postériorisation de la coxo-fémorale : en regard de la tête fémorale, vous exercerez une poussée bi-manuelle en direction de la table. Vous apprécierez la qualité de postériorisation (capacité d'étirement des éléments capsulo-ligamentaires) mais aussi le mouvement de retour (capacité élastique)

-Test de circumduction (voir Figure 1) : il consiste avec une prise berceau à réaliser un mouvement en forme de signe infini. Vous évalueriez ainsi rapidement les mouvements restreints, ce qui vous permettra d'investiguer ensuite de manière plus précise les amplitudes articulaires. Vous noterez la fluidité du mouvement et les zones de raideur ou de douleur.

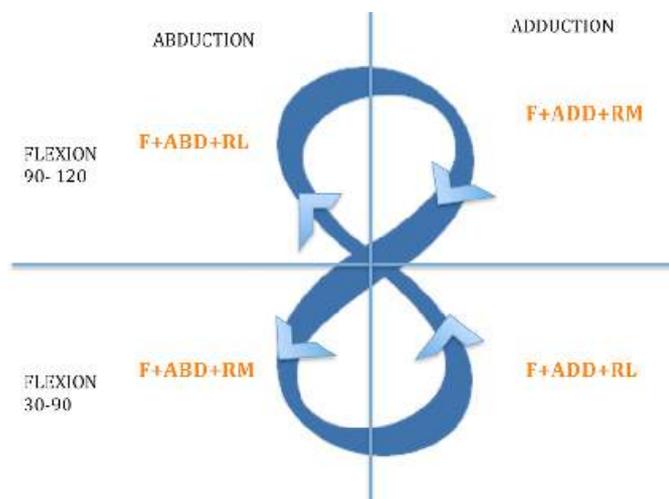


Figure 1 : Schématisation du test de circumduction de la hanche droite

- La mesure des amplitudes articulaires est à faire de manière comparative (bilatérale) et au même moment dans votre séance pour être reproductible d'une séance à l'autre afin d'éviter le phénomène d'échauffement de l'articulation et des muscles qui pourrait modifier vos mesures.

Mouvement de la hanche	Abréviation	Norme bilatérale
Flexion	F	140°
Extension	E	30°
Abduction	ABD	45°
Adduction	ADD	30°
Rotation latérale en position de référence (flexion 0°)	RL F0°	45°
Rotation médiale en position de référence	RM F0°	35°
Rotation latérale hanche fléchie à 90°	RL F90°	60°
Rotation médiale hanche fléchie à 90°	RM F90°	45°

Remarque 1 : la flexion à 90° de hanche permet une plus grande amplitude de rotation du fait de la détente des éléments capsulo-ligamentaires.

Remarque 2 : Une douleur en rotation externe lors d'une flexion à 90° peut signer chez l'adolescent une épiphysiolyse de la tête fémorale (signe du rotateur), ou évoquera chez l'adulte une arthrite ou une coxarthrose.

Conclusion de vos mesures : Si la circumduction et les amplitudes sont globalement limitées, vous vous orienterez vers une coxopathie tel que l'arthrose, une nécrose fémorocapitale, ou encore une synovioarthrose. Pour la coxarthrose, vous constaterez une limitation sur la rotation interne de hanche et l'abduction. (4)

IV. EXAMEN PALPATOIRE

La hanche est un carrefour des contraintes ascendantes et descendantes, elle doit trouver un équilibre entre stabilité et mobilité.

Les éléments capsulo-ligamentaires ainsi que les muscles fessiers et pelvi-trochantériens (ayant une direction voisine du col fémoral) participent à la stabilité de la hanche (5).

- Palpation de la hanche et de sa région:

L'investigation manuelle est plus efficace si elle est bi-manuelle, douce et méthodique. Examinez la zone à la recherche de douleur/chaueur/tuméfaction les éléments suivants :

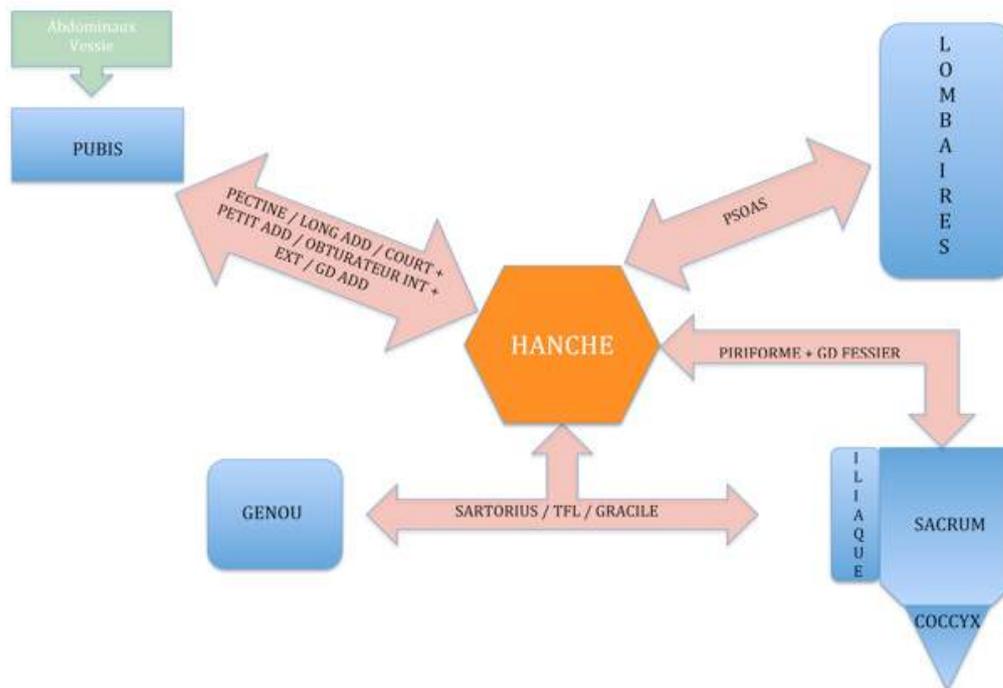
Zone d'investigation	Eléments remarquables
EIPS	TFL + sartorius
EIAI	Droit fémoral
Symphise Pubienne	Articulation
Branche ilio-pubienne	Adducteurs
Sacro-iliaque	Articulation
Tubérosité ischiatique	Ischio-jambier (semi-membraneux, semi-tendineux, biceps fémoral), muscle grand adducteur, ligament saro-tubéral
Tête fémorale	Articulation
Grand trochanter	Petit fessier, piriforme, moyen fessier
Petit trochanter	Muscle ilio-psyas

Examen musculaire :

Vous palperez les muscles suivants et, si nécessaire, vous procéderez aux levées de tension qui s'y rapportent : TFL / Sartorius / Ilio-psoas / Moyen fessier / Droit Fémoral / Adducteurs / Grand fessier / Petit Fessier.

Trouver les muscles dont le tonus est anormalement élevé est déjà une piste vers votre plan de traitement mais vous devrez contextualiser ce muscle. Pourquoi est-il dans cet état ? Protège-t-il une articulation ?

Construisez petit à petit le schéma de votre patient (Figure 2) afin d'élucider sa chaîne dysfonctionnelle et ne pas traiter les muscles qui pour l'instant sont une béquille pour permettre un fonctionnement à minima.



V. TESTS ORTHOPÉDIQUES DE LA HANCHE

Test de FABER (en Français : FABRE pour Flexion, abduction, rotation externe), il consiste, sur un malade en décubitus, à fléchir hanche et genou à 90° pour placer le talon du côté examiné sur la rotule du genou opposé. Ensuite, vous imprimerez à ce membre une abduction et une rotation externe qui amène le genou vers le plan de la table d'examen. L'apparition d'une douleur ou la perception d'une raideur est en faveur d'une coxopathie. (6)

VI. DOULEURS PROJÉTÉES

Nous connaissons bien les douleurs segmentaires d'origine vertébrale. Une atteinte des racines L1 à L5 donnera des symptômes en regard de la hanche, de la cuisse ou de la fesse. Un syndrome facettaire lombaire bas peut donner des douleurs dans la fesse homolatérale.

Un patient peut se plaindre d'une douleur diffuse, approximative, dans la hanche mais le complexe musculo-articulaire est intègre. Il peut s'agir de douleurs projetées d'origine viscérale : des douleurs testiculaires peuvent se projeter par l'intermédiaire de la racine L1 dans la région du pli de l'aîne. Le nerf L2, innervant la partie proximale de la face antéro-médiale de cuisse, peut véhiculer des douleurs urétrales. (7)

VII. ÉLÉMENTS REMARQUABLES ET EXAMENS ASSOCIÉS :

-Piriforme : sa palpation est possible en décubitus lors de la flexion 90° de hanche associée à une adduction entre le grand trochanter et la deuxième et troisième vertèbre sacrale. Son anatomie en boutonnière laisse le passage au nerf sciatique. Un spasme de ce muscle peut provoquer une sciatgie.

-Psoas : palpable au milieu d'une ligne entre l'IAS et le pubis, pensez à mettre un coussin sous la tête de votre patient pour détendre les muscles abdominaux.

Ce muscle appelé aussi le muscle poubelle, est intimement lié aux sphères digestive et urinaire.

Si vous constatiez une tension anormale de ce muscle, ne vous contentez pas de faire une levée de tension mais investiguez de manière orale et palpatoire ces deux sphères. Au besoin, un peu de prophylaxie permettra d'ancrer votre travail dans le temps.

-Moyen fessier : Ce muscle est souvent victime de tendinite. Il est un stabilisateur du bassin dans le plan frontal bien connu de tous grâce à un modèle théorique la balance de Pauwels. (8)

Un transfert dans le plan frontal du centre gravité peut sur-solliciter le moyen fessier du côté du transfert. La palpation est aisée en décubitus latéral ; explorez l'aile iliaque jusqu'au sommet du grand trochanter (forme triangulaire à sommet inférieur).

Le signe de Duchenne-Tredelenburg permet d'évaluer le moyen fessier : proche d'un support stable, on demande au patient de se mettre en équilibre sur le côté testé. Le patient en recrutant son deltoïde fessier doit maintenir à l'horizontale son bassin. La chute controlatérale du bassin signe une faiblesse de ces muscles. (9)

-Le Tenseur du Fascia Lata et sa bandelette est un muscle poly-articulaire responsable notamment du signe de l'essuie glace chez le patient pratiquant le jogging. (Symptomatology plutôt liée avec le genou)

Test 1 : Le test de Renne est un test pathognomonique du syndrome de l'essuie glace. Demandez au patient, en appui unipodal, trente flexions de genou. Le test est positif si la douleur apparait.

Test 2 : Le Test de compression de noble (10). En décubitus dorsal, le praticien est placé controlatéralement au côté testé. Passivement, la jambe est amenée à 50° de flexion de hanche et 90° de flexion de genou. Le praticien exerce un appui sur le condyle fémoral latéral et majore la flexion de genou. A 40° de flexion de genou, on demande activement au patient de monter son pied vers le plafond en maintenant la flexion de hanche (faire activement une extension de genou). La survenue de la douleur signale une contracture du TFL qui peut modifier la biomécanique de la hanche ou provoquer un syndrome de l'essuie glace notamment chez le patient pratiquant la course à pied.

- Nerf sciatique : il est palpable au milieu d'une ligne reliant le grand trochanter et la tubérosité ischiatique (11), vous percevrez une grosse corde qui roule. Vous pourrez également procéder au signe de Lasègue pour éliminer une « vraie » sciatique.

La hanche est donc à un carrefour entre le rachis et le membre inférieur. Comme vous l'aurez compris, son fonctionnement est sous l'influence de ces deux régions mais n'oubliez pas qu'elle est en étroite relation avec les sphères uro-gynéco et digestive. Cet article pourra vous permettre de faire un rapide diagnostic kinésithérapique devant un patient dont l'indication est peu précise (coxopathie) ou dont les examens complémentaires n'ont pas encore été effectués. Nous vous rappelons que devant tout doute ou douleur surajoutée, il est de votre devoir de réorienter votre patient vers son médecin généraliste ou spécialiste.

(1) Cottalorda, J., Louahem, D., Mazeau, P., L'Kaissi, M., Pracros-Deffrenne, P., Bocquet, A., ... & Abelin-Genevois, K. (2011). Dépistage et prise en charge de la luxation congénitale de la hanche: controverses vingt ans après la conférence de consensus de Paris.

(2) Patel, H. Le dépistage et le traitement de la dysplasie congénitale de la hanche chez les nouveau-nés.

(3) Grossemey, I. D. (2008). Goniométrie: manuel d'évaluation des amplitudes articulaires des membres et du rachis. Elsevier Masson.

(4) Lequesne, M. (2009). Sémiologie clinique de la hanche et florilège d'erreurs en coxologie. Revue du rhumatisme, 76(2), 137-140.

(5) Kapandji, I. A. Physiologie articulaire, membre inférieur. 1999. Maloine, Paris.

(6) Pereira, Y., & Marc, T. (2011). Le recentrage articulaire de hanche: intérêt de la prévention du conflit antérieur fémoro-acétabulaire (CAFA) et de la coxarthrose. Kinésithérapie scientifique, (521), 23-31.

(7) Hansen, K., & Schliack, H. (1962). Segmentale Innervation; ihre Bedeutung für Klinik und Praxis. Thieme.

(8) Jacquemaire, B. (1991). Rappel des principales notions de biomécanique. Orthopédie Traumatologie, 1(3), 145-150.

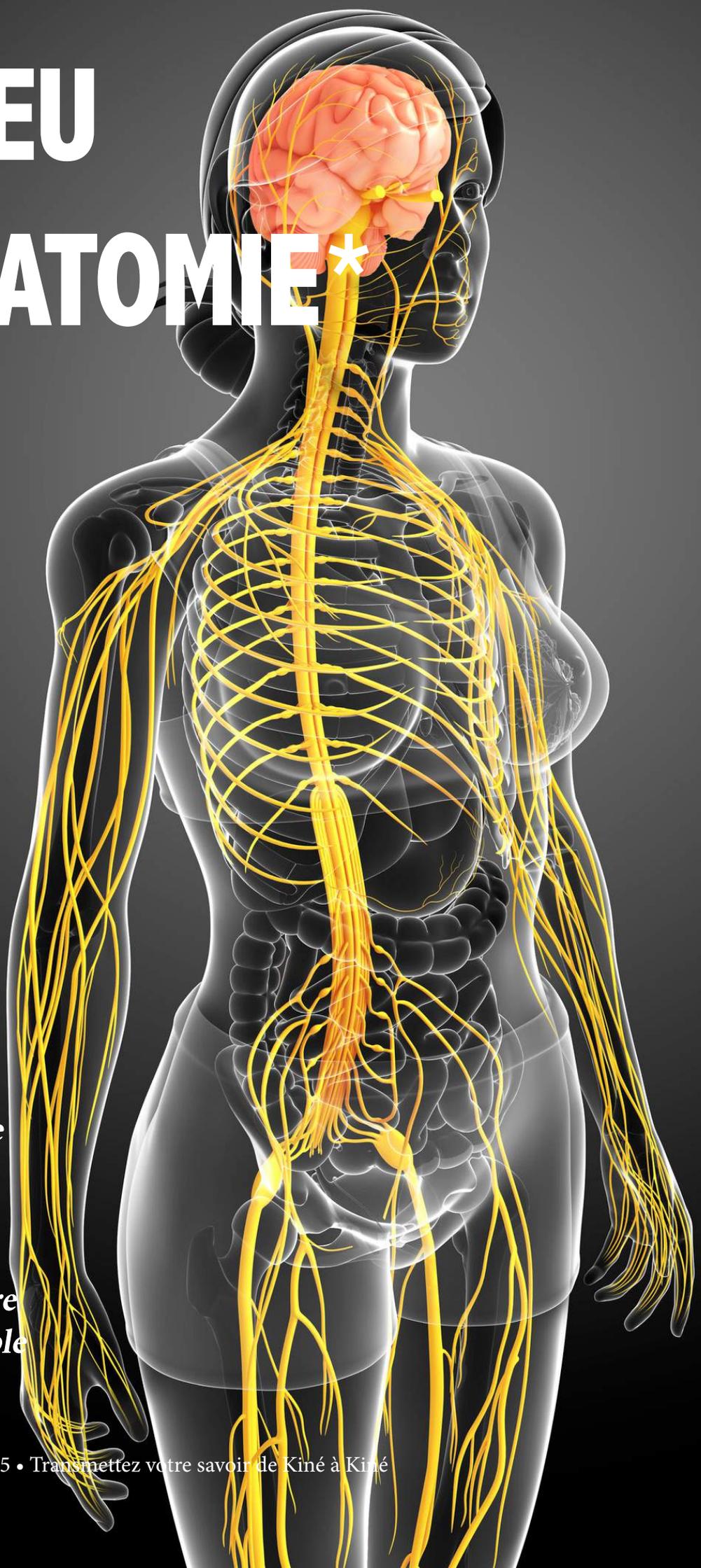
(9) Tolra, Y. L., Seringe, R., & Dubousset, J. (2000). Sémiologie neuro-orthopédique illustrée. Springer Science & Business Media.

(10) Backup, K. (2003). Examen clinique de l'appareil locomoteur: tests, signes, manoeuvres. G. Thieme

(11) Tixa, S. (2006). Atlas d'anatomie palpatoire: Tome 2, Membre inférieur-Investigation manuelle de surface. Elsevier Masson.

UN PEU D'ANATOMIE*

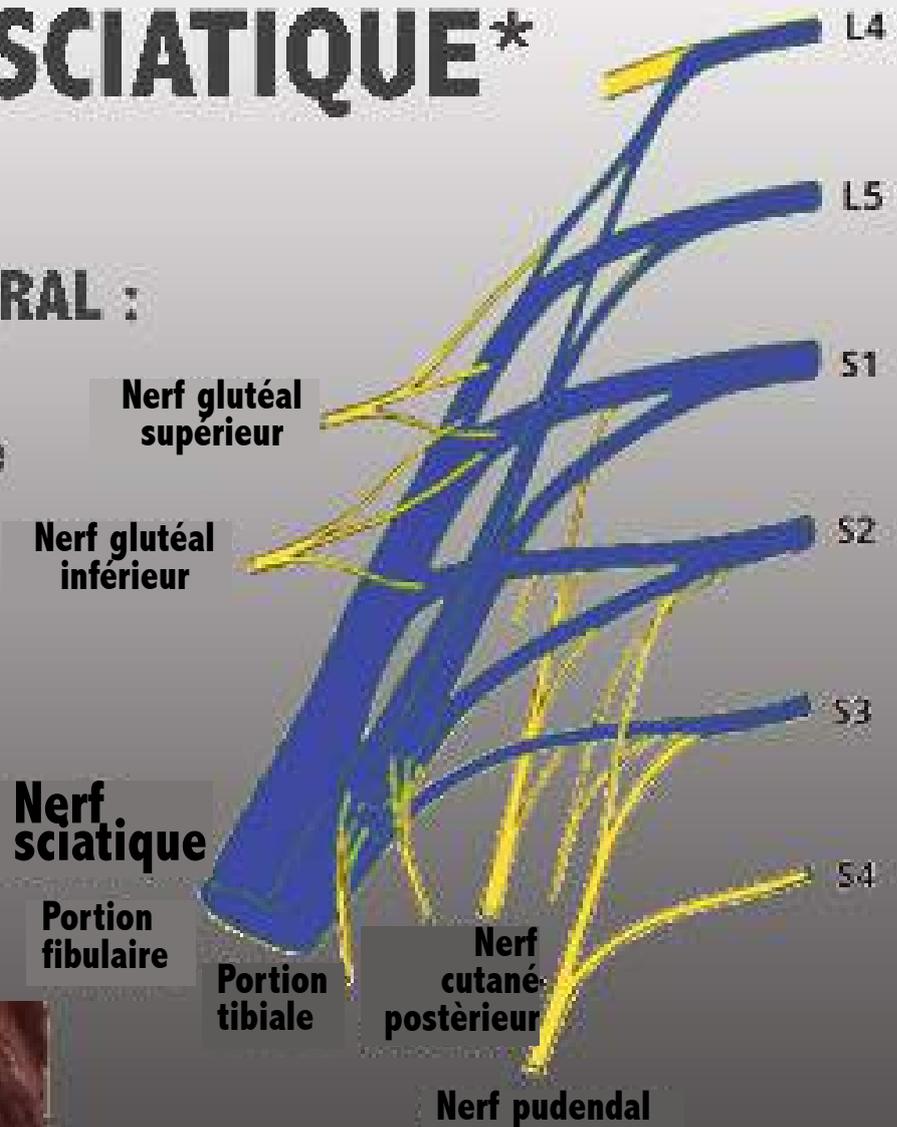
«La partie anatomie est décrite de façon simple afin d'être accessible et mémorisable facilement, elle n'a pour but d'être autre qu'un simple rappel»



LE NERF SCIATIQUE*

LE PLEXUS SACRAL :

Origine du
nerf sciatique



Rapport du nerf sciatique et des muscles au niveau de la région glutéale

Le grand fessier a été effacé pour plus de visibilité

1. Moyen fessier
2. Piriforme
3. Jumeau supérieur
4. Obturateur interne
5. Jumeau inférieur
6. Carré fémoral
7. Semi-tendineux
8. Biceps fémoral

RUBRIQUE ORO-MAXILLO-FACIALE



LE BILAN EN REEDUCATION ORO-MAXILLO-FACIALE

Par M. Hadjadj, MKDE spécialisé en rééducation oro-maxillo-faciale.
DU d'histoire de la médecine – Membre du Cerrof & de l'Aremacc.
michel.hadjadj@gmail.com

Dans ce n°3 Un article traitant du bilan en ROMF (Rééducation Oro-maxillo-faciale) par Michel HAJADJ, nous ouvre les portes de cette discipline. Le bilan singulier, exposé par l'auteur, nous permet une prise en charge diagnostique, thérapeutique et évolutive de nos patients. Le développement de l'analyse et de la recherche provoquent une remise en question préventive. Assimilant et synthétisant un grand nombre de données cliniques, il les incorpore dans le traitement du patient et lui apporte évaluation, méthode et expertise les plus appropriées à sa problématique loin de toute démarche normative.

Francis CLOUTEAU

Le masseur-kinésithérapeute, spécialisé en rééducation Oro-Maxillo-Faciale (OMF) aborde la phase rééducative dès la première consultation en établissant un bilan spécifique, minutieux, méthodique et complet.

Ce dernier est le fruit d'un groupe de travail pluridisciplinaire, développé en partie dans le cadre du Cerrof. Seront explorées à cette occasion les différentes fonctions oro-maxillo-faciales : ventilation, mastication-déglutition, phonation. Il sera l'objet d'une analyse des interconnexions et associations des paramètres pour aboutir à une synthèse.

Utilement enrichi, selon les besoins, de clichés photographiques et vidéos réalisés lors du bilan et des séances de rééducation.

L'étude des radiographies nécessaires ne sera pas abordée dans cet article ni les bilans complémentaires concernant le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), les fausses routes et la paralysie faciale (PF).

Le bilan décrit dans cet article est à la base de la rééducation OMF en traumatologie, orthodontie, chirurgie orthognathique et cancérologie principalement, ainsi que pour la rééducation des troubles liés aux dysfonctions des articulations temporo-mandibulaires (DTM).

Ce bilan doit être adapté à l'âge et à la pathologie du patient. Techniquement il se réalise en une heure. La coopération du patient et un bon niveau de vigilance sont indispensables. Un matériel adéquat est requis.

Il porte sur l'étude de 220 critères articulés en dix points car il s'agit d'un système complexe, au sens scientifique, qui comprend un nombre très important de variables et de paramètres (fig.1)

I. ANAMNÈSE

Objet de la consultation, attente du prescripteur et du patient justifie notre plus grande attention.

Motivations du patient : douleurs faciales, postillonnage, troubles de l'articulation phonatoire, bruits articulaires (ATM) à la mastication, au bâillement, oreille bouchée, trouble de l'équilibre, traitement orthodontique (fig.2) avec rééducation des fonctions, kinésithérapie préopératoire (fig.3).

A l'issue du bilan nous devons présenter au patient un plan de traitement cohérent afin d'obtenir son adhésion dans le temps.

Dans ce domaine on remarquera fréquemment que la demande du patient et parfois du prescripteur varie au cours du traitement.

La notion du risque de récurrence lors d'un traitement orthodontique doit être abordée, elle justifie une implication totale du patient.

Une prématurité importante, une nutrition par sonde, ou striction par le cordon ombilical peuvent influencer sur la mise en place de la déglutition.

L'ankyloglossie est également un des éléments retardant ou modifiant la succion-déglutition.

Autres éléments recherchés :

- Anesthésie générale avec intubation, trachéotomie, sonde nasale ;
- Réalisation d'un traitement parodontique ;
- Port, respecté ou non, d'une gouttière ;
- Présence de toux, racllements, reflux ;
- Troubles éventuels du sommeil (réveils fréquents, reflux, raideur matinale des mâchoires, port d'un appareil à pression positive..).



II. LES ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX

Ils seront recherchés ainsi que les antécédents ORL, pathologies respiratoires, sinusiennes, séquelles de fentes.

On portera une attention particulière aux formes de la douleur dans le cadre d'une problématique ATM.

À noter que la prise de médicaments altérant la vigilance est particulièrement préjudiciable au bon déroulement de la rééducation qui demande l'attention du patient.

Edentations

D											appareil dentaire		H		G	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	28						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	38						
											B					



Classe	CLI	
	CLII	
	CLIII	

rapports incisifs

physio		
supraclusie		
bout à bout		
surplomb		
décalage incisif		

Béance

ant:	
lat.D	
lat.G	

Voile du palais

morphologie du voile	
amygdales score	
mobilité vélaire score	
Fuites vélaire	

occlusion

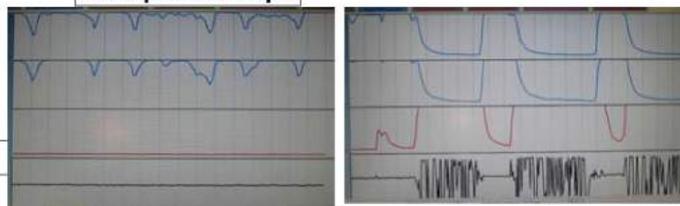
croisée	D
PHOTO	G
TETE EN	
ARRIÈRE	



salive	
liquide	
solide	
semi-liquide	
Appui post	
Mouv. Laryngé	

Fatiguabilité	
perturb. déglutition/ventilation	
dépression par aspiration	
mouvements labiaux	
mode de nutrition	

Aérophonoscope



phonation

L		m. mandibulaire	
N		vitesse éloc	
D	Ex	St	F
T	J	Tr	M
Q	S	Cr	B
GN	Z	V	P
G	CH		
enchaînement			
Confusion :			
Bégaiement			
Dyslexie			

Trouble de la mastication

Mastication alternée	
unilatérale	D
unilatérale	G
Bouche ouverte	
Mastication ant.	
Insuffisance de diduction	
Compétence labiale	

Habitudes nocives

pouce		têtage	
lèvres		serrage	
objet		morsure	
doigts		Bruxisme centré	
tétine		excentré	
doudous			
tics			

Ventilation VAS

ventilation:	φ	M	B
mouchage			
resp diaphrag.			
brossage dents			

comportement nocturne

Endormissement difficile	
Sommeil agité	
Ronflement	
Boisson	
Sueurs	
Cauchemars	
Sommeil non réparateur	
Mictions nocturnes	
Apnée	
bavage	
dort BO	

au réveil

Bouche sèche	
Langue pâteuse	
Douleurs:	
Épaule	
Rachis cervical	

comportement diurne

Somnolence	
Défaut de concentration	
Difficultés d'apprentissage	
Tendance hyperactive	
Irritable	
Céphalées	

Analyse Kinésithérapique rachidienne et posturale

Rachis dans le plan Frontal:

Hyperlaxe

Equilibre scapulaire:

attitude scoliotique

Equilibre pelvien

Convergence

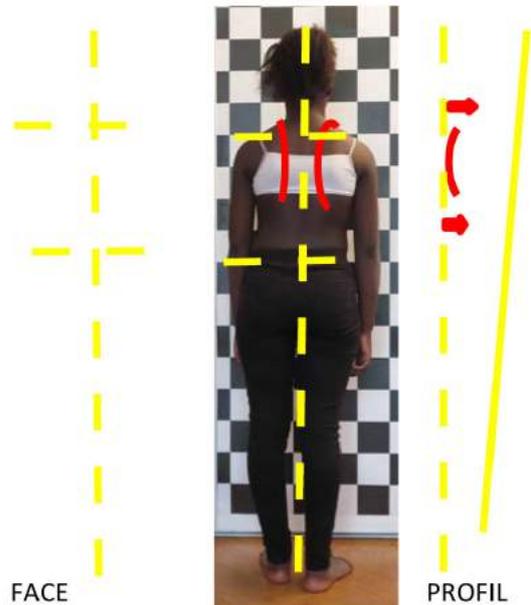
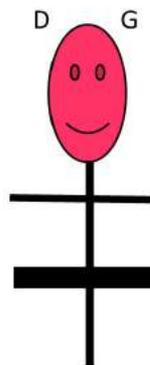
Scoliose

Omoplate(s) décollée(s)

D **G**

Longueur MS

Longueur MI



FACE

PROFIL

Rachis dans le plan Sagittal :

Attitude physiologique	<input type="checkbox"/>
Attitude asthénique postérieure	<input type="checkbox"/>
Attitude asthénique antérieure	<input type="checkbox"/>
modification courbure cervicale	<input checked="" type="checkbox"/>
dorsale	<input checked="" type="checkbox"/>
lombaire	<input type="checkbox"/>
Mains sol	<input type="checkbox"/>



Voûte plantaire

Pieds plats	<input checked="" type="checkbox"/>
Port d'une semelle	<input type="checkbox"/>

Bonjour, merci de m'avoir adressé MELLE X, **10 ans**.

Vous trouverez son bilan ci – joint.

Elle présente un trouble des praxies avec

une respiration **MIXTE tendance BUCCALE**

une langue basse en position de repos avec pulsion linguale / **FREIN LINGUAL COURT +++**

un trouble de la phonation des labiales, des dentales, des fricatives, des sifflantes, des chuintantes, des vélares,

Hypomobilité labiale sup. / Pulsion linguale / Interposition latérale post. / Dissociation langue-mandibule <0
une déglutition dysfonctionnelle /

Projection cervicale ant. / Appui labial avec aspiration / Pulsion linguale / Interposition latérale post. des habitudes nocives fortes

une limitation des amplitudes buccales en **DIDUCTION DROITE et OB = 50 mm**

un trouble postural tête / cou avec **PROJECTION CERVICALE ANT.**

APPUI PLANTAIRE à vérifier

Proposition de Traitement Kinésithérapique : Rééducation de la maîtrise linguale, Rééducation labiale et jugale, Rééducation vélaire, Rééducation de la Phonation, Rééducation des ATM, Rééducation de la Ventilation et de la Mastication – Déglutition / conseils d'hygiène de vie.

- **FREINECTOMIE LINGUALE**

- **BILAN PODOLOGUE (amener votre bilan maxillo-facial)**

Cordialement.

II. LES ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX

Ils seront recherchés ainsi que les antécédents ORL, pathologies respiratoires, sinusiennes, séquelles de fentes.

On portera une attention particulière aux formes de la douleur dans le cadre d'une problématique ATM.

À noter que la prise de médicaments altérant la vigilance est particulièrement préjudiciable au bon déroulement de la rééducation qui demande l'attention du patient.

III. EXAMEN CLINIQUE EXTERNE DU VISAGE

Se concentrera sur les signes de la respiration buccale qui déterminent « l'Airway Interference Syndrome » de G. W. Quinn, longuement décrit par le Professeur Delaire, dont les travaux sont entre autres, une des bases de ce bilan.

Notons, pour expliquer la suite que tous ces signes intéressent la face, le nez, la cavité buccale, le pharynx, ainsi que le crâne et le rachis. Réalisant ainsi une étroite corrélation entre respiration buccale, posture générale et, « irrégularités des mâchoires ».

La brièveté des freins labiaux, notamment celle du frein supérieur, sera notée. Leur libération chirurgicale ayant une répercussion sur la rééducation.

A l'examen palpatoire on recherchera les tensions douloureuses des muscles du crâne, de la face et du cou.

IV EXAMEN CLINIQUE DES ATM ET DU RACHIS CERVICAL

L'examen du rachis cervical se fera au goniomètre approprié : relevé des amplitudes et limitations qui sont directement liées à la respiration buccale et au jeu des inspireurs « accessoires ». L'examen minutieux des articulations temporo-mandibulaires trouvera ici sa place : recherche des bruits, palpation et écoute au stéthoscope, relevé des amplitudes. Acouphènes, propulsion excessive ou asymétrique et déviation du chemin d'ouverture seront transcrits sur le bilan.

C'est la recherche de l'intensité des répercussions fonctionnelles de la respiration buccale, et des troubles de la déglutition entre autres, qui nous guide tout au long de cette étude.

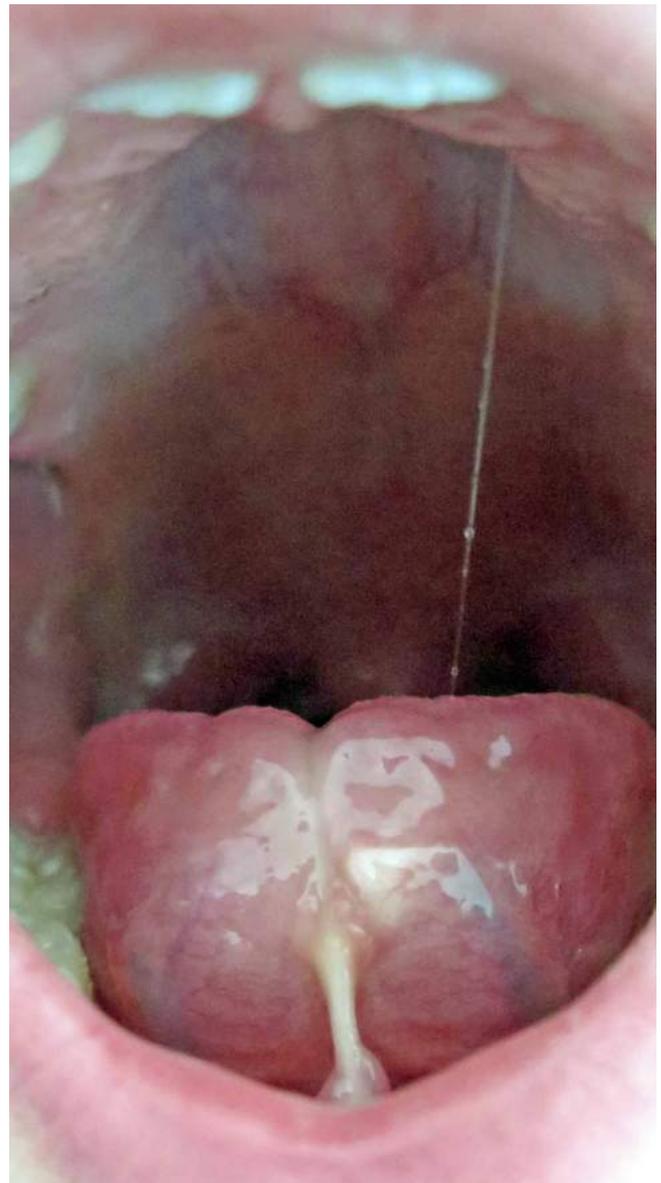
V. EXAMEN CLINIQUE INTRA-BUCCAL

Ce sera le temps de l'examen ; des tissus muqueux (tonicité jugale, signe d'aspiration des joues, morsure, aphte, récession gingivale...), des amygdales (volume, aspect) et de la mobilité du voile, de la formule dentaire, du massif lingual (couleur, forme, volume / cavité buccale et aux arcades dentaires, tonicité et position au repos).

Le frein lingual (fig.4) sera testé avec immobilisation du plancher buccal. Ce test répond à des critères fonctionnels, orientés sur les capacités de rééducation du complexe hyo-vélo-pharyngo-lingual. Il se pratique en ouverture buccale en demandant au patient d'interposer verticalement les trois doigts médians, le praticien procédant alors à l'immobilisation du plancher buccal (pouce intra-buccal sur le plancher buccal, index sous le menton). Il est ensuite demandé au patient de toucher les papilles rétro-incisives situées derrière « les dents du haut » avec la pointe de la langue. Les

manques ou excès de croissance osseuse (sens vertical, transversal et antéro-postérieur) avec la formule dentaire nous guideront aussi dans la rééducation. Examen de la perméabilité nasale et de la mobilité vélaire à l'aide de l'aérophonoscope de Delaire. Indispensable à l'évaluation objective de ces paramètres ainsi qu'à celle de la respiration buccale.

La qualité du brossage sera notée, ce qui fera sourire plus d'un parent. Ce point a néanmoins son importance, il nous indique l'intérêt que porte le patient à sa cavité buccale et à ses dents, et peut-être source de nombreux traitements parodontiques et de mobilités dentaires, ce que découvrent trop tardivement les patients, jeunes ou moins jeunes. La sensibilisation au suivi de la rééducation n'en est que plus grande.



VI. EXAMEN CLINIQUE DE LA DÉGLUTITION

En premier lieu, les appuis linguaux et dentaires, ainsi que les mouvements labiaux et jugaux : aspiration, morsure...

La déglutition est un temps de la ventilation. Nous rechercherons les apnées prolongées, inspirations – expirations buccales, interruptions répétées de l'occlusion labiale et interposition linguale entre les arcades. Sans oublier les mouvements narinaires d'ouverture ou de fermeture souvent inversés lors des phases respiratoires.

Répartition de la fraction alimentaire en bouche, avec ou non alternance lors de la mastication et travail de « cuillère » de la langue qui doit « servir » les dents et les joues. Il faut bien évidemment faire boire et manger le patient lors de ce bilan : prévoir des sirops ou jus de fruits, aliments en portions individuelles de densités différentes (madeleines chocolatées, sablés croquants, compote).

L'étude des activités motrices de la déglutition se fera en y associant des tests d'odorat avec les gestuelles respiratoires et narinaires, des tests gustatifs, et une analyse des adaptations céphalo-rachidiennes.

Il faut toujours garder à l'esprit qu'il s'agit d'un ensemble comportemental indissociable acquis par apprentissage essentiellement. Principe que nous appliquerons en rééducation.

VII. EXAMEN CLINIQUE DE LA PHONATION

Examen des différents points d'appuis linguaux et donc de l'application des forces en bouche à l'occasion d'émission des sons.

Il s'agit de relever les appuis linguaux, ainsi que la participation labiale, jugale et mandibulaire, selon les différents types de phonèmes : labiales, dentales, fricatives, sifflantes, chuintantes, vélares. On observera la qualité des rythmes et des cycles.

En gardant à l'esprit le rapport étroit de la gestion du couple déglutition - ventilation : reprises inspiratoires thoraciques, blocages respiratoires.

L'importance de ces appuis doit être envisagée sous l'angle biomécanique. Bien que temporaires, ils inversent les points d'appuis et permettent un soulagement successif de ces derniers : os hyoïde, dents, ATM, et rachis cervical.

Certaines pathologies liées à l'écriture ou au langage, tel que le bégaiement, ne sont pas de notre compétence et seront prises en charge par l'orthophoniste.

VIII. HABITUDES NOCIVES & PARAFONCTIONS

La zone oro-maxillo-faciale est une vaste inconnue pour le patient en dehors des douleurs, ou des plaisirs, qu'elle procure, entre autres au travers de l'alimentation. C'est aussi la zone de l'expression, de l'émotionnel, véritable siège social de l'individu.

Habituée de multiples « petits » tics très délétères : suctions non nutritives, onychophagie, bruxismes...mauvaises habitudes alimentaires et masticatoires.

De « petites choses » qui se traduisent par des forces dont l'accumulation, répétée, surchargent mécaniquement les éléments articulaires et viennent perturber de façon durable les fonctions

oro-maxillo-faciales au-delà des capacités adaptatives.

IX. EXAMEN CLINIQUE DE LA VENTILATION DIURNE

C'est un des points-clés de la rééducation et du bilan. Elle est examinée tout au long de celui-ci : au repos et lors des événements physiologiques qui la perturbent. Un test d'olfaction apporte aussi des précisions quant au comportement lingual ainsi qu'au dynamisme de l'ensemble musculaire naso-labio-génien.

La qualité du mouchage sera notée, réservant bien des surprises chez l'enfant, comme l'adulte. L'absence de coordination abdomino-diaphragmatique, la tenue pour le moins hasardeuse du mouchoir et souvent une certaine aversion, amputent l'efficacité d'un geste si important.

Cet examen donnera aussi des pistes sur la qualité de la ventilation nocturne.

C'est pourquoi on questionnera également sur l'état de la bouche au réveil ou les douleurs de la zone capito-scapulaire.

Il importe de faire comprendre au patient, et parfois aussi aux parents, que le sommeil n'est pas un temps « neutre », où il ne se passe rien. Ceci n'étant pas l'objet de l'article, nous dirons simplement que la ou les positions lors du sommeil, la stabilité de la ventilation nasale, allant de pair avec l'occlusion labiale, l'existence de réveils fréquents, et bien d'autres signes, ont leur importance sur le déroulement de la rééducation.

Le comportement ventilatoire nocturne et les troubles du sommeil, de par leurs répercussions sur les praxies, feront l'objet d'un questionnaire séparé.



X. EXAMEN MORPHO-STATIQUE

Plus que l'examen de la « posture », il s'agit de celui de la tonicité axiale et des éventuelles déviations ou déformations du rachis, des ceintures et des membres et de la zone céphalique dans les trois plans de l'espace, directement issu des données de la kinésithérapie orthopédique. Le but est de rechercher et d'évaluer l'impact de la respiration buccale dans le développement des anomalies dento-squelettiques afin d'adapter la rééducation.

L'examen des appuis podaux et un test de la convergence oculaire complètent ce bilan et permettront une orientation éventuelle vers les praticiens compétents

CONCLUSION :

De par la somme d'informations collectées, ce document constitue le centre de la coopération pluridisciplinaire et sera systématiquement transmis au prescripteur ainsi qu'aux éventuels correspondants et au patient, auquel il sera expliqué.

Le diagnostic issu de ce bilan peut être différent de l'attente du prescripteur. Les informations fournies éclairent d'un jour différent le travail pluridisciplinaire de l'équipe dans l'intérêt du patient.

L'examen clinique est conditionné par un apprentissage préalable du praticien tant pour la réalisation des points techniques (relevé des amplitudes, examen intra-buccal, test du frein lingual...) que pour réunir de façon cohérente les différentes informations.

Le bilan oro-maxillo-facial va permettre en faisant un état des lieux précis de départ, de justifier et d'adapter la stratégie de rééducation tout au long des séances.

L'enjeu est de construire une véritable rééducation du système hyo-vélo-pharyngo-lingual adaptée au patient et à sa pathologie. Cela nécessitera un travail individuel qui demande silence et concentration, ainsi qu'un plateau technique adapté (Encart V3M).

Cette rééducation présente un facteur d'éducation variable mais primordial.

Ainsi réalisé ce bilan permettra de suivre la progression des acquis grâce à un code couleur, donc facilement modifiable.

Le rééducateur mettant à jour celui-ci régulièrement, pourra ainsi décider en toute connaissance de cause de l'arrêt de la rééducation lorsque les objectifs seront atteints : cessation de la douleur, arrêt des dysfonctions cause de dysmorphoses et de dyspraxies, automatisation des nouveaux modes de fonctionnement pour éviter les récives.

BIBLIOGRAPHIE :

Peu d'articles traitent du bilan oro-maxillo-facial en tant que tel. Les références sont à rechercher dans des domaines aussi divers que la chirurgie dento-maxillo-faciale, l'orthodontie, la radiologie mais aussi les troubles alimentaires ou l'évolution humaine et la paléontologie.

- Communications Florence, 1999 – Aremacc, 2007, Professeur J. Delaire
- Document bilan, F. Clouteau
- V3M, un outil de transmission didactique au service de la rééducation oro-faciale en rééducation orthophonique. – Rééducation Orthophonique 40ème année, N° 210, 2002, F. Clouteau.
- Rééducation oro-maxillo-faciale, Revue du syndicat des étudiants en kinésithérapie, 2007, F. Clouteau.
- Les fondamentaux en rééducation OMF – Bilan et Technique, F. Bigot, M. Hadjadj, Kiné Actualité Nov. 2013.
- Orthopédie dento-faciale, Château, 1992
- La croissance cranio-faciale, Akinin, 2007
- La création des dysmorphies, Flour, 2012
- Atlas de neurosciences humaines, David L, Anil Narsinha, Franck Henry, 2011



ALCOOL ET NYSTAGMUS : COMMENT EXPLIQUER LA SENSATION VERTIGINEUSE RESSENTIE LORS DE L'INGESTION D'ALCOOL ?

Julien ENCAOUA

MKDE

DIU Rééducation vestibulaire

En France, 2,8% seulement des personnes ayant entre 15 et 75 ans affirment ne jamais avoir consommé une boisson alcoolisée (1), cela fait de l'alcool la substance psycho active la plus utilisée en France (2).

Ce n'est pas chose nouvelle que d'étudier le nystagmus induit lors de l'ingestion de l'alcool. En effet dès 1826 on étudiait sur les animaux l'effet de l'alcool sur le mouvement oculaire. En 1897, A.Joffroy et R.Serveaux publiaient le premier rapport notant l'apparition d'un nystagmus après la consommation d'alcool (3). Dans les années 1950, Aschan mena de nombreuses études sur le sujet, il étudia précisément les différents types de nystagmus pendant et après l'ingestion de l'alcool (4). Aujourd'hui ces nystagmus sont toujours étudiés, en particulier par les américains. Ces derniers tentent de s'en servir comme indicateurs de la consommation d'alcool au volant. Un de ces nystagmus : horizontal gaze nystagmus (HGN) fait partie de l'un des trois tests de sobriété (les deux autres étant le « walk-and-turn test » et le « one-leg-stand test ») que les policiers font passer aux conducteurs suspects.

QU'EST CE QUE L'ALCOOL ?

L'alcool est une substance obtenue par fermentation alcoolique. La fermentation de produits végétaux (fruits, céréales ou légumes) produira la molécule composant l'alcool : l'éthanol.

L'éthanol soluble dans l'eau et dans les graisses est présent dans toutes les boissons alcoolisées.

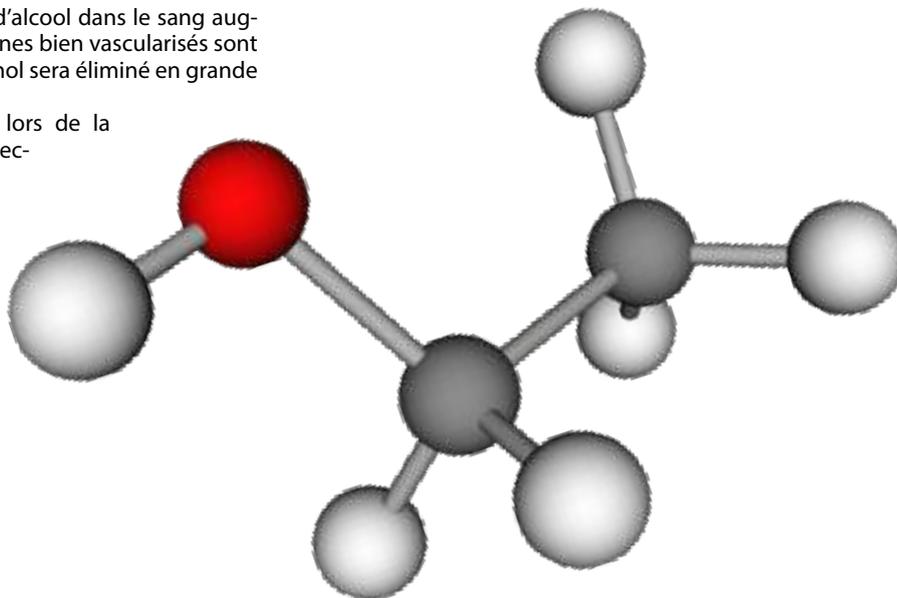
C'est une petite molécule de formule chimique CH_3CH_2OH et d'un poids moléculaire de 46,07 Daltons.

Du fait de ses propriétés la molécule est absorbée très rapidement par l'organisme. Sa diffusion passive se réalise à travers la muqueuse gastrique. La concentration d'alcool dans le sang augmente en quelques minutes(5). Les organes bien vascularisés sont alors pénétrés de manière rapide. L'éthanol sera éliminé en grande partie (90%) par voie métabolique.

La sensation de tournis bien connu lors de la consommation excessive d'alcool est directement liée à l'effet de l'éthanol sur les organes régulant l'équilibre.

LES NYSTAGMUS ALCOOLIQUES

Il a été remarqué durant ces dernières décennies que 2 types de nystagmus se déclenchaient lors de l'ingestion d'alcool. Le premier est d'origine centrale, lié au cervelet, quant au second il est d'origine périphérique lié à la pénétration de l'alcool dans l'oreille interne.



LE NYSTAGMUS D'ORIGINE CENTRALE OU ALCOHOL GAZE NYSTAGMUS (AGN)

L'AGN est un nystagmus déclenché lors d'un regard latéral de plus de 30 degrés, il apparaît en moyenne au delà de 0,04% d'alcool dans le sang puis disparaît avec la diminution d'alcool dans le sang. Brandt évoque l'hypothèse de la perturbation de la boucle inhibitrice flocculo-vestibullo-cérébelleuse (6) lors d'intoxication alcoolique aiguë.

Rappelons que pour être capable de regarder à plus de 30 degrés il y a nécessité :

- d'une contraction phasique pour le déplacement
- d'une contraction tonique pour le maintien

L'activité phasique est produite par le flocculus cérébelleux, et transite par le noyau vestibulaire médian et le noyau prepositus hypoglossi (7) (8), ce dernier la transformant en activité tonique.

Lors de l'ingestion d'alcool la boucle étant perturbée, le maintien de l'œil en position fixe est impossible, la contraction phasique n'est pas transformée en contraction tonique. On observe alors une tendance de l'œil à se replacer au centre, qui est ensuite compensée par une saccade : c'est l'AGN.

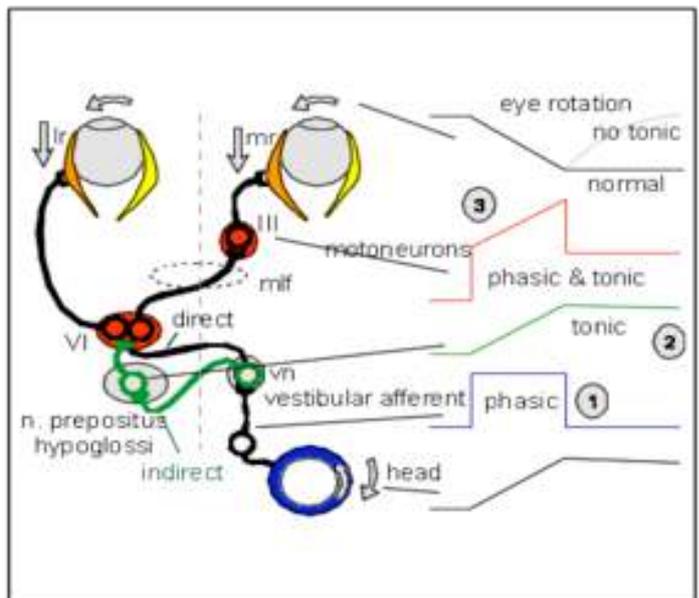


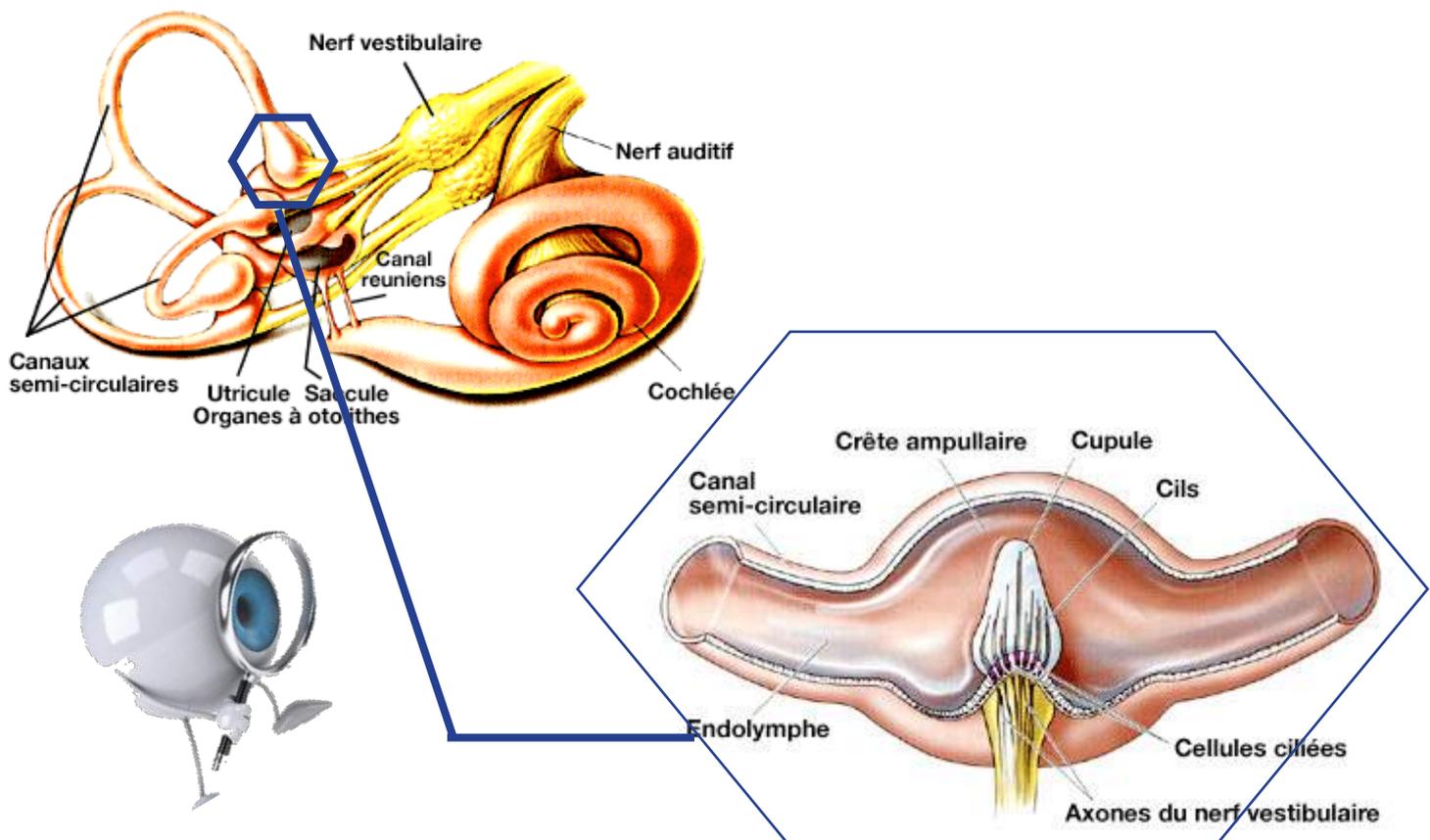
Figure 1 (T.VILIS et D.TWEED - 1996) :
Conversion de la commande phasique en commande tonique

LE NYSTAGMUS D'ORIGINE PÉRIPHÉRIQUE OU POSITIONNAL ALCOHOL NYSTAGMUS (PAN)

Il est décrit par Barany en 1911. Le PAN présenterait deux phases PAN I et PAN II séparées d'une phase silencieuse (9) .

NAISSANCE DU PAN SUITE À LA PÉNÉTRATION DE L'ALCOOL DANS LE VESTIBULE.

Brandt nous décrit un phénomène appelé : « buoyancy hypothesis », hypothèse de flottabilité. Lorsqu'un certain degré d'alcool dans le sang est atteint (40 mg/dl), l'alcool est diffusé dans la cupule puis dans l'endolymphe. Les canaux semi circulaires deviennent des récepteurs sensibles à la gravité (Money et al. 1974).



1. Durant la phase de PAN I l'alcool sanguin est présent dans la cupule, celle-ci plus « légère » que l'endolymphe devient sensible aux accélérations linéaires et aux forces gravitationnelles. Cela se traduit par un nystagmus battant vers l'oreille basse lorsque le patient se trouve en décubitus latéral

2. Durant la seconde phase dite silencieuse, l'alcool est diffusé dans l'endolymphe, les densités cupulaires et endolymphatiques s'égalisent. Il n'a pas de nystagmus.

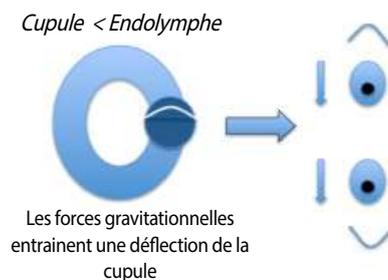
3. Durant la phase de PAN II qui débute quand le niveau d'alcool dans le sang retombe, la cupule est plus « lourde » que l'endolymphe. Cela se traduit par un nystagmus battant vers l'oreille haute lorsque le patient se trouve en décubitus latéral. Cela perdurera jusqu'à ce que l'alcool ait complètement disparu de l'endolymphe, le niveau d'alcool dans le sang peut être nul depuis un moment.



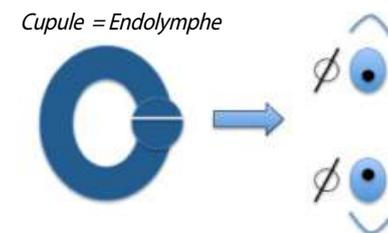
CONCLUSION

L'alcool est une molécule capable de pénétrer facilement dans la plupart des organes avec les effets dévastateurs qu'on lui connaît. Nous avons étudié les effets de l'alcool sur les mouvements oculaires lors d'une crise d'éthylisme aiguë. Le PAN traduit un dysfonctionnement du système canalaire, et l'AGN un trouble de la boucle inhibitrice flocculo-vestibulo-cérébelleuse. Le PAN est bien d'origine périphérique tandis que l'AGN est d'origine centrale. Les effets de la dépendance alcoolique à long terme sur le cervelet sont bien connus (dégénérescence cérébelleuse alcoolique...) (10). Par contre, les effets de l'alcoolisme sur le labyrinthe sont moins relatés dans la littérature. Il serait intéressant de se pencher sur les conséquences fonctionnelles de l'alcool sur le vestibule. Une personne alcoolique se sert-elle autant de son vestibule ? Ce dernier est-il lésé par l'alcool ? L'ataxie cérébelleuse est-elle seulement liée aux troubles centraux ? La technologie actuelle (Fauteuil rotatoire, VHIT, Test Calorique...) nous permettrait de réaliser ces tests et de probablement pouvoir dresser un état général du vestibule sur les personnes alcooliques.

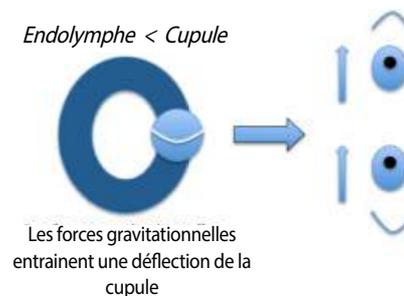
PAN I Phase d'absorption 30 min après ingestion



Phase silencieuse 3-5h après ingestion



PAN II Phase d'élimination 5-10h après ingestion

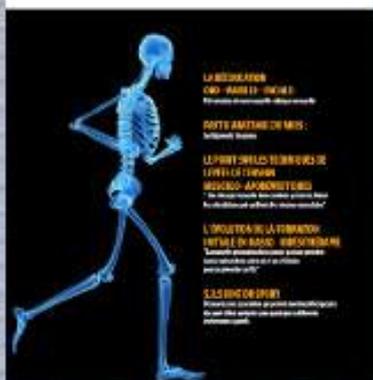


BIBLIOGRAPHIE

- (1) BOURGET J. Les ivresses non alcooliques ou fausses ivresses. Rea Urg 1992 ; 1 :681-90.
- (2) JM. PHILIPPE, C.SUREAU, D.RUIZ, S.TEIL. Intoxication éthylique aiguë. EMC 25-150-A30.2011
- (3) A.JOFFROY et R.SERVEAUX : Mesuration de la toxicité vraie de l'alcool, Arch. de med. expert. et d'anat. Path. 1897.
- (4) GASCHAN : Different types of alcohol nystagmus. Acta Otolaryngol Suppl. 1958;140:69-78.
- (5) AW.JONES, K JONSSON ; food induced lowering of blood ethanol profiles and increased rate of elimination immediately after a meal. J Forensic Sci 1994 ; 39 :1084-93.
- (6) J.ESSER, T. BRANDT Pharmacologically-caused eye movement disorders--differential diagnosis and mechanisms of action. Fortschr Neurol Psychiatr. 1983 Feb; 51(2):41-56.
- (7) J.P SAUVAGE Vertiges : manuel de diagnostic et de réhabilitation, 2010 , p.33-45.
- (8) H.TABATA , K.YAMAMOTO , M. KAWATO ;Computational Study on Monkey VOR Adaptation and Smooth Pursuit Based on the Parallel Control-Pathway Theory ; Journal of NeurophysiologyPublished 1 April 2002 Vol. 87 no. 2176-2189
- (9) T.BRANDT, VERTIGO scd Edition. Chap 17. P.285-289.G.BERTOLINI, A.ALEXANDER A.TARNUTZER, T.OLASAGASTI, E. KHOJASTEH, PKONRAD, C. WEBER, J. BOCKISH, D.STRAUMANN, S.MARTI Gaze Holding in Healthy Subjects Published: April 26, 2013 DOI: 10.1371/journal.pone.0061389
- (10) PVUADENS, J.BOGOUSLAVSKY; Complications neurologiques liées à l'alcool. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Neurologie,17-161-B-10, 1998, 8 p.

Transmettez votre savoir de

Kiné à Kiné



VOUS AIMEZ LA REVUE?

**AIDEZ NOUS À LA FAIRE
CONNAÎTRE,**

**PARLEZ EN À VOS
CONFRÈRES**

POUR VOUS ABONNER ENVOYEZ UN MAIL À
L'ADRESSE MAIL SUIVANTE:
kineakine@bezeqint.net



LA MINUTE

LES ASPECTS JURIDIQUES

DE LA CESSION DE

Alexis
Avocat au bar
www.alexis



Il est admis en jurisprudence française que l'exercice d'une activité libérale donne naissance à un bien patrimonial constitué par l'existence d'un fonds d'exercice libéral comprenant la clientèle, les matériels et les locaux nécessaires à l'exercice de l'activité.

Les professions libérales ne bénéficient pas des dispositions du code de commerce relatives à la cession du fond de leur activité. Pour autant ces professionnels sont amenés à développer une clientèle y compris par le truchement d'investissements importants comme l'achat de machines onéreuses. Il est primordial alors pour ces professionnels de pouvoir valoriser et céder leur fond d'activité le moment venu.

Il n'y a à proprement parler pas de cession de fond mais par un ensemble d'opérations juridiques le kinésithérapeute a la possibilité de céder les différents éléments permettant à son successeur de reprendre l'activité développée : cession de clientèle, cession de droit au bail, cession de part dans une société civile...

La patientèle est celle liée à la personnalité d'un praticien en raison de ses qualités de savoir, d'habileté et de conscience professionnelle, qualités qui sont propres à créer chez son patient une confiance personnelle dans sa capacité à satisfaire ses besoins. Le fait qu'un kinésithérapeute exerce en cabinet groupé et que les confrères du cabinet aient ponctuellement soigné ses patients n'empêche pas le kinésithérapeute d'avoir sa clientèle propre.

La présentation du successeur peut être réalisée par le kinésithérapeute lui-même mais également par les héritiers du praticien.

La cession de la patientèle est licite si la liberté de choix du patient est

sauvegardée. C'est le cas lorsque le contrat de cession prévoit, en cas de choix par le malade d'un kinésithérapeute autre que le cessionnaire, que celui-ci devra transférer le dossier au praticien désigné.

Il est impératif que le contrat de cession soit le plus clair possible quant aux obligations de chacune des parties relatives à la cession. En fonction de ce qui est prévu dans le contrat de cession, il est possible au kinésithérapeute de céder sa patientèle soit de façon

JURIDIQUE

QUESTIONS DU CONTRAT DE PATIENTÈLE.

RIDRAY
Bureau de Paris.
ridray.com



indépendante des autres éléments de son cabinet soit de décider que la cession d'un ou plusieurs éléments tels que les locaux est une condition de la cession de clientèle.

En pratique la cession de clientèle se traduit par une obligation du cédant de présenter le cessionnaire à la patientèle comme étant son unique successeur et par l'obligation de ne pas lui faire concurrence.

À titre d'exemple une clause de cession de clientèle peut être rédigée comme suit :

« M. X s'engage durant les 30 jours qui suivent la prise de possession à présenter M. Y à sa clientèle comme étant son seul et unique successeur. Après avoir obtenu l'accord des intéressés, il mettra à sa disposition le fichier et les autres pièces médicales. Au cas où un patient ferait état du choix d'un autre masseur kinésithérapeute, M. X fera parvenir le dossier de ce patient au praticien ainsi désigné. ».

Pour garantir l'effectivité de la cession de clientèle et éviter que le cessionnaire reproche au cédant de n'avoir pas loyalement exécuté la cession il peut être utile de conserver tout moyen de prouver que le cédant a tout mis en œuvre pour assurer la cession. Ce peut être par exemple la mise à disposition de la ligne téléphonique du cabinet.

Une baisse brutale du chiffre d'affaire réalisé par le successeur peut être le symptôme d'une cession de clientèle mal exécutée. Le cessionnaire peut alors obtenir des dommages intérêts qui sont en général d'une somme équivalente au prix de la cession.

En tout état de cause, le contrat de cession de clientèle doit refléter clairement les obligations résultant de la négociation qui a eu lieu entre les praticiens afin d'éviter tous contentieux.

Enfin, il convient de rappeler que si la cession de clientèle intervient dans l'opération plus large qu'est l'association ou la constitution d'une société entre kinésithérapeutes l'article R4321-134 du code de la santé publique impose de communiquer le contrat au conseil départemental de l'ordre.



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