

Transmettez votre savoir de

Kiné à Kiné

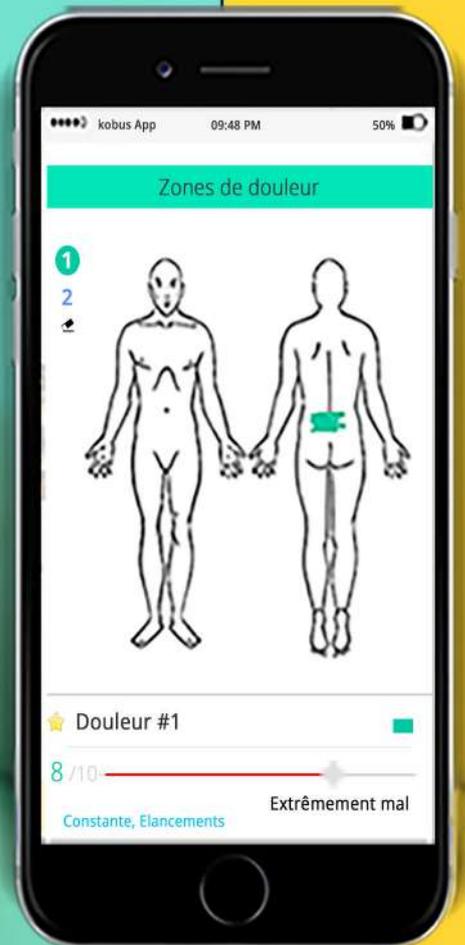
LES **BILANS**
DERNIERE
GENERATION



KOBUSAPP
JUST PHYSIO

L'**OSTEOPOROSE**
UN ELEMENT DU **BDK**

CARCINOLOGIE
OMF: ETUDE D'UN CAS
CLINIQUE



**PEDAGOGIE
THERAPEUTIQUE**
ANALYSE DE LA
SYNCHRONISATION ENTRE
MOUVEMENT ET RESPIRATION

EMI 2.1

APPAREIL A ONDES DE CHOC



- Un prix défiant toute concurrence
- 30 Programmes préenregistrés
- Garantie 3 ans
- Écran tactile
- Schémas anatomiques

CONTACTEZ NOUS:

- 30%
6990 €

 Equipement
Médical
International

www.emi-medical.com

Tel: 09 77 55 73 29

Mail: emi2.1med@gmail.com

Responsable « de Kiné à Kiné » :
J.ENCAOUA – MKDE

Responsable de la rubrique OMF :
F.CLOUTEAU – MKDE

Responsable de la rubrique Bilans :
J.PLAUCHUT – MKDE, Ostéopathe

**Responsables de la rubrique
Imagerie :**

DR SITBON
Radiologue Centre Catalogne
DR CHELLY
Radiologue Centre Catalogne
DR HAYOUN
Radiologue Centre Catalogne

**Responsable de la rubrique
Nutrition:**
S.SITBON
Diététicienne - Nutritionniste

**Responsable de la rubrique
juridique :**
Maître A.RIDRAY - Avocat au barreau
de Paris

**Responsable de la chronique
mensuelle:**
Dr HUSSLER

Comité scientifique :
S.TACHIBANA – MKDE
AH.BOIVIN - MKDE
F.BIGOT - MKDE
Dr E.ZAATAR - Orthodontiste
K.BOUZID - MKDE
S.BADOT - MKDE
Dr N.NIMESKERN
Chirurgien Maxillo-Facial
M.HADJADJ – MKDE
Pr G.MARTI
Chirurgien Maxillo-Facial
et stomatologiste
C.TRONEL PEYROZ – MKDE
Dr S.GAYET - Médecin des hôpitaux
Dr R.HUSSLER - Cadre de santé -
MKDE

Ont participé dans ce numéro :
J.ENCAOUA

Éditorial

J.PLAUCHUT

L'ostéoporose, un élément du BDK
Dr R.HUSSLER

*Pédagogie thérapeutique: analyse de
la synchronisation entre mouvement
et respiration*

F.BIGOT, F.CLOUTEAU, Pr G.MARTI
Carcinologie OMF: étude de cas
clinique

RETROUVEZ NOUS SUR :
WWW.KINEAKINE.COM

Je souhaite la bienvenue dans ce numéro 22, à notre nouveau partenaire KOBUS. Merci à toutes ces start-up qui tentent de faire évoluer les différentes professions médicales en y apportant leur savoir-faire. Eh oui un bilan numérique! Depuis longtemps les dentistes le pratique, alors pourquoi pas les kinésithérapeutes, qui doivent avoir une approche globale du patient en permanence? Alors sans perdre notre capacité de raisonnement laissons nous bouleverser par le numérique...

Bonne lecture !

J.E



AVEC KOBUS APP, ALLEZ PLUS LOIN AVEC VOS PATIENTS !

UN SUIVI COMPLET, SIMPLE, EFFICACE.

Un objectif : faciliter la vie des kinés

Kobus App est né d'un constat : pour les kinés, faire le suivi de leurs patients est un vrai parcours du combattant. Entre les fiches Bristol et les logiciels administratifs, ils ne possèdent aucun outil précis et pensé spécifiquement pour eux. Réaliser les bilans, suivre la progression des patients et communiquer avec les prescripteurs est complexe !

Face à cette situation, quelles sont leurs options ?

1. Renoncer (c'est dommage..)
2. Diminuer le temps consacré aux soins du patient (hors de question !!)
3. Empiéter sur leur temps personnel le soir et le week-end (c'est pas juste..!)

C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité proposer une 4e option avec Kobus : un outil permettant à tous les kinés, quels que soient leurs pratiques, leurs formations et les besoins de leurs patients, de faire des bilans et des suivis faciles à communiquer et d'intégrer une démarche plus EBP au quotidien sans perdre de temps.

Pour cela, nous - Rodrigo (développeur informatique), Benoit (kiné), Sonia (UX design) et Laura (marketing commercial) - avons travaillé en **co-conception avec une communauté de kinés** issus d'horizons différents, composée de 7 kinés au début du projet et aujourd'hui forte de presque 200 membres, sur le groupe [Les Kinés Kobusiens](#).

Le résultat : une application innovante et pointue, facile à prendre à main, disponible sur smartphone et tablette, Android et iOS !

Comment fonctionne Kobus App ?

À partir d'un modèle de base (parmi plus de 50 choix), vous pouvez réaliser le bilan de votre patient lors de la première séance. Vous accédez alors à une **base de contenu scientifique** de plus de 5000 critères (tests, scores validés, données qualitatives, photos, etc.) qui vous permet **d'évaluer et d'analyser votre patient** en fonction de vos besoins. Nous enrichissons au fur et à mesure des bilans des Instituts de formation avec lesquels nous collaborons (nous échangeons avec l'institut Mc Kenzie, OMT France, Clinique du Coureur,...).

Et parce qu'à partir du bilan vous allez bâtir votre traitement, vous pouvez sélectionner les marqueurs que vous voulez suivre.

Ainsi, vous visualisez le traitement **sur votre tableau de bord** (un vrai mémo!) et vous pouvez générer **des courbes d'évolution** à partir de vos notes de séance. Cela permet de se rendre compte de l'efficacité des techniques de prise en charge et surtout de **motiver le patient** en lui prouvant que « si, si, il a progressé depuis le début » !

Le point fort de KOBUS? La possibilité de personnaliser le contenu en fonction des cas et de vos critères (en lien avec votre formation).

La fonctionnalité que les patients (et les kinés) adorent? Le body chart où ils peuvent dessiner librement leur douleur. Très interactif !

La cerise sur le gâteau? La création d'un courrier clair et synthétique, en quelques clics pour valoriser son travail auprès des prescripteurs.

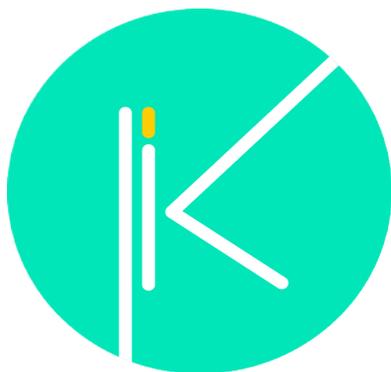
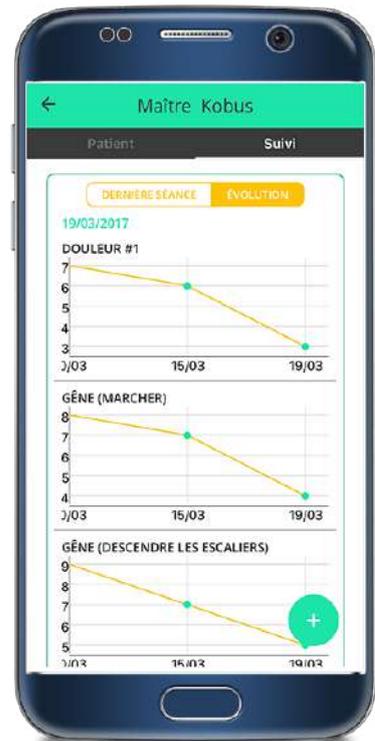
Donc c'est l'idéal pour arrêter la paperasse, être précis dans sa prise en charge sans perdre de temps, impliquer ses patients, et faire avancer la profession !

En bref

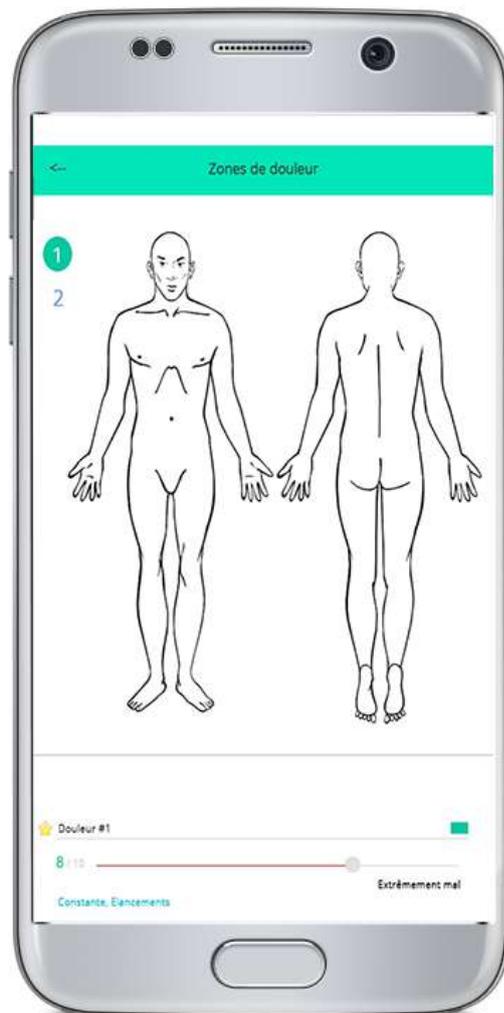
Kobus App est une application moderne, qui vous fait gagner du temps et simplifie votre relation avec le patient et la planète (je vous laisse faire le calcul des tonnes de papier économisées à l'échelle de la planète si tous les kinés utilisaient Kobus) !

Mais c'est aussi un **projet collaboratif et évolutif au service de l'innovation en kiné** : nous avons fait déjà plus de 5 mises à jour depuis la sortie officielle de Kobus il y a deux mois en fonction des demandes des utilisateurs! Et nous n'avons pas prévu de nous arrêter là, nous allons continuer à développer des nouvelles fonctionnalités et à faciliter la collecte de données pour contribuer à la recherche; et globalement, à développer des outils innovants pour toute la rééducation, en France et dans le monde !

Ca vous parle ? Alors essayez gratuitement en vous inscrivant [ici](#).



KOBUSAPP
JUST PHYSIO



L'ostéoporose un élément du B.D.K

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
D.U. d'Expertise Judiciaire, d'Assurance et d'Evaluation du Préjudice
plauchut.mkde@gmail.com

L'ostéoporose maladie osseuse diffuse, affecte la densité et par conséquent la solidité des os. C'est parce que vous devez prendre plus de précautions avec ces patients qu'il faut connaître les facteurs favorisant cette affection du squelette afin d'identifier ces « patients à risques »

Le risque d'ostéoporose est d'autant plus marqué que les facteurs favorisant se cumulent. Les principaux facteurs favorisant l'ostéoporose se scindent en trois groupes :

- les facteurs généraux sur lesquels nous ne pourrions pas agir
- les pathologies, et les traitements médicaments passés ou en cours.
- les facteurs de risques liés au mode de vie pour lesquels vous devrez sensibiliser votre patient et lui proposer des moyens (professionnels adaptés, conseils hygiéno-diététique, programme d'entraînement...) pour les supprimer ou à défaut les diminuer.

Les facteurs favorisant généraux :

- un âge supérieur à 65 ans ;
- le sexe féminin ;
- la ménopause surtout si ménopause avant 40 ans ;
- une prédisposition génétique avec l'existence de cas d'ostéoporose dans la famille (1er degrés) ;
- L'appartenance ethnique : les populations blanches et asiatiques sont plus fréquemment atteintes d'ostéoporose.

Les pathologies et traitements médicamenteux passés et présents :

- un traitement par corticoïdes à dose importante (dose > à 7,5 mg/jour) pendant une durée d'au moins trois mois consécutifs ;
- un traitement inducteur d'ostéoporose (certain traitement contre le cancer de la prostate) ;
- certaines affections endocriniennes (tel que l'hyperthyroïdie) ;
- pathologie rhumatismale (telle que la polyarthrite rhumatoïde).

Les facteurs de risques liés au mode de vie

- une minceur excessive (indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 19) ;
- l'absence d'activité physique ou une immobilisation prolongée ;
- une carence en vitamine D ;
- un tabagisme ;
- une consommation trop importante d'alcool.

La connaissance de ces facteurs favorisant vous permettra lors de votre B.D.K. de poser les bonnes questions pour mieux appréhender l'état du squelette de votre patient. Vous pourrez ensuite lui donner des conseils d'hygiène de vie pour ralentir l'évolution, et surtout mettre en place dans votre prise en charge un travail de prévention des chutes. Le kinésithérapeute a son rôle à jouer dans la prévention des fractures ostéoporotiques !

Bibliographie

Haute Autorité de Santé (H.A.S). Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose. Saint-Denis La Plaine: HAS, 2006.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Ostéoporose. Site internet : INSERM. Paris ; 2011 [consulté le 4 mai 2017].

KLIBANSKI, Anne, ADAMS-CAMPBELL, Lucile, BASSFORD, Tamsen, et al. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. Journal of the American Medical Association, 2001, vol. 285, no 6, p. 785-795.

MARIEB, Elaine Nicpon et HOEHN, Katja. Human anatomy & physiology. Pearson Education, 2007.



Franco&Fils



CONCEPTION

FABRICATION

D' APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX



Franco&Fils

ZONE INDUSTRIELLE - RN7 - 58320 POUGUES-LES-EAUX

TÉL: 03 86 68 83 3222 - FAX: 03 86 68 55 95 - E-MAIL: INFO@FRANCOFILS.COM



WWW.FRANCOFILS.COM



Institut de Formation et Recherche en Education à la Santé

Les professionnels issus des mondes de la **santé**, du **sport** et des **loisirs** pourront tirer profit des formations présentées à la fois par leur caractère original et leur pédagogie attractive. Afin de créer des formations qui répondent à vos **besoins** et vos **envies**, une évaluation est proposée sur le site ifres.fr car l'IFRES se veut résolument adaptatif et novateur en matière de formation et de recherche en santé. A bientôt sur le site de l'IFRES !

Exemples de Formations proposées :

Coach Educateur Santé – Formation Sourds Santé
Education Posturale Intégrative
Perception Corporelle- Toucher Relationnel
Initiation à la recherche en Santé
Formation à la péda-andragogie

Declaration d'activité enregistrée sous le numéro 97 97 30758 97 auprès du
Préfet de la Martinique.

FORMATIONS

DES FORMATIONS
INNOVANTES EN
MATIERE DE SANTE
ET D'EDUCATION

UNE PEDAGOGIE
ATTRACTIVE ET
MODERNE

DES FORMATIONS
EN FRANCE COMME
A L'ETRANGER

LA SANTE, LA
FORMATION ET LA
RECHERCHE
REUNIES

IFRES

06 96 11 60 62

05 96 11 60 62

www.ifres.fr



REVUE ÉLECTRONIQUE GRATUITE

DE KINÉ À KINÉ

PLUS DE 10 000 LECTEURS PAR MOIS

PÉDAGOGIE THÉRAPEUTIQUE : ANALYSE DE LA SYNCHRONISATION ENTRE MOUVEMENT ET RESPIRATION

Par Dr R.HUSSLER

Directeur de l'IFMKDV de Lyon
Docteur en Sciences de l'Éducation

Votre avis est précieux :
roland.hussler@gmail.com

« *C'est le but de la (ré)éducation que de faire que le patient sente par lui-même, spontanément, ce qui est bon et ce qui est mauvais.* » (Dufour M, 2005 : p 38)

Introduction

Cette citation extraite du livre de biomécanique fonctionnelle sous la plume de Michel Dufour est riche d'enseignement pour la pratique professionnelle. Nous proposons de la situer dans son contexte et de l'éclairer par certains concepts issus de la psychopédagogie afin de nous la réapproprier dans notre pratique quotidienne.

Normes biomécaniques

« *Ce qui est bon et ce qui est mauvais* » : l'auteur fait référence à ce qui est bon et mauvais quant aux normes biomécaniques du fonctionnement respiratoire pendant l'effort. En effet le texte précédent cette phrase souligne : « *on demande à un patient, couché sur le dos et jambes en crochet, d'amener cinq fois de suite ses genoux à la poitrine en rythmant clairement sa respiration : neuf fois sur dix, le sujet inspire en montant ses genoux et souffle en les reposant. Motif invoqué : quand on fait un effort, il faut inspirer. Lui dire le contraire le surprend, cela ne le renvoie pas à une image connue : pour lui, dans la vie, quand on fait un effort, on « gonfle ». En revanche, si on lui demande de fendre une bûche de bois (en mimant) avec un violent coup de hache, spontanément il inspire avant l'« effort » et souffle fortement pendant l'« effort ». Il prétend : « oui, mais là ce n'est pas pareil », tout comme il dirait : « je n'aime pas le fromage, mais celui-là ce n'est pas pareil ».*

Il s'agit d'une constatation issue de la pratique professionnelle et non d'une vérification scientifique qui n'engage que son auteur.

Le raisonnement sous-jacent est le suivant :

- l'expiration profonde mobilise les muscles abdominaux.
- les abdominaux sont sollicités pendant le mouvement qui consiste à amener les genoux vers la poitrine. Donc logiquement, dans cet exercice, l'expiration profonde est associée à l'effort qui consiste à amener les genoux vers la poitrine.

Or dans l'exemple cité, la personne effectue un mouvement paradoxal qui consiste à inspirer pendant l'effort (constat neuf fois sur dix). La raison invoquée est le message éducatif suivant : « *quand on fait un effort il faut inspirer* » et on « *gonfle* », sous entendue la poitrine. La personne est ensuite placée devant l'explication du mouvement paradoxal et exprime sa surprise. La personne confronte un **savoir empirique** ou **une croyance populaire** (subjective) avec un **savoir savant** (objectif). Cette confrontation peut s'assimiler au concept de dissonance cognitive développé par Festinger [2]. En effet selon cet auteur, la dissonance survient quand les personnes sont confrontées à une information qui n'est pas cohérente avec leurs croyances, ce qui génère un inconfort. Le thérapeute poursuit en proposant un exercice plus spontané et tiré de la vie courante faisant appel à l'action de fendre une bûche de bois. Cette fois l'effort se produit bien pendant l'expiration. La personne, mise au pied du mur, va chercher à se justifier en exprimant que : « *là, ce n'est pas pareil.* ». Il évoque l'impossibilité de comparer les deux situations, explication infirmée par le thérapeute par un contre-exemple (fromage). La personne cherche ainsi à **réduire son inconfort** ou sa dissonance cognitive par **une stratégie d'évitement** (rejet ou réfutation de l'information). L'explication sera-t-elle suffisante pour modifier la représentation de la personne ? Il y a peu de chance car le problème se situe non pas au niveau cognitif mais affectif. En effet l'auteur parle de l'inspiration à l'effort comme d'une « **image connue** (donc partagée par ses contemporains) » et valorisante pour **l'estime de soi**.

1-L.M. Dufour, M. Pillu (2005), Biomécanique Fonctionnelle, Membres-Tête-Tronc, Editions Masson, Paris.

2- Théorie issue des sciences de la psychologie sociale et développée par Léon Festinger dans : Festinger, L. (1957). a theory of cognitive dissonance. stanford, ca: stanford university press.

DU

DR. HUSSLER

Par conséquent, pour sortir du conflit, il ne faut pas s'adresser au domaine **cognitif** (raisonnement) mais plutôt **perceptif** (sensations) en lui permettant de se **réapproprier ses sensations corporelles** afin qu'il « sente », comme le dit l'auteur, « *par lui-même ce qui est bon ou mauvais* » pour son corps.

Ainsi la personne confronte ses représentations avec les perceptions issues de son corps. Un autre exemple est celui de l'enfant à qui le parent demande de se tenir droit et l'enfant de questionner : se tenir droit par rapport à qui ? Au mur ? Au parent dans son attitude corporelle ? Par cette injonction : « se tenir droit » l'enfant va chercher un référentiel extérieur à lui-même. Par contre si le parent lui dit : « grandis-toi », l'enfant va certes être un peu déstabilisé au début mais sera encouragé à rechercher **en lui-même** et à s'appuyer sur ses **perceptions proprioceptives** pour trouver son **axe** (l'axialité est différente de la verticalité), en d'autres termes, sentir par lui-même ce qui est bon et mauvais.

Pour reprendre l'exemple de la respiration, afin d'atteindre son objectif (synchronisation entre l'expiration et le mouvement des genoux), le thérapeute facilitera **la prise de conscience des interactions entre la respiration et le mouvement** en utilisant tous les moyens nécessaires (utilisation des yeux, des mains ou bien l'utilisation d'objets) comme **feed back proprioceptif**.

Déstabilisation mesurée comme facteur de motivation

L'auteur souligne l'importance de mettre le patient au « pied du mur » en le confrontant avec ses représentations même si cela produit un inconfort. Si on ne peut faire l'économie d'une **déstabilisation cognitive**, il est toutefois nécessaire de calculer soigneusement le **risque induit** car cela peut avoir un impact sur sa **motivation**. En effet, trop peu ou pas de déstabilisation ne génère pas la motivation nécessaire et trop de déstabilisation peut se révéler démotivante et fortement impacter sur l'estime de soi (or nous avons vu l'importance de l'estime de soi dans ces mécanismes complexes).

Conclusion

Nous avons vu l'importance de la perception comme outil de prise de conscience et de modification des représentations préjudiciables au bon fonctionnement du corps. Pour reprendre les propos de Michel Dufour (2007 : 36) : « *un constat en flagrant délit met le patient au pied du mur, c'est la seule chance d'obtenir sa motivation ; Les conseils, les ordres, les encouragements divers ne servent à peu près à rien (sinon à satisfaire intellectuellement le patient et à donner bonne conscience au thérapeute.* » Donnons enfin la parole de conclusion à Boris Dolto (1976)¹ : « *Si vous ne prenez pas les patients aux tripes, vous n'arriverez à rien* »

3- Dolto B. Le corps entre les mains. Herman, paris, 1976.



Afin d'envisager une sortie papier:

**MISE EN VENTE
D'EMPLACEMENTS
PUBLICITAIRES**

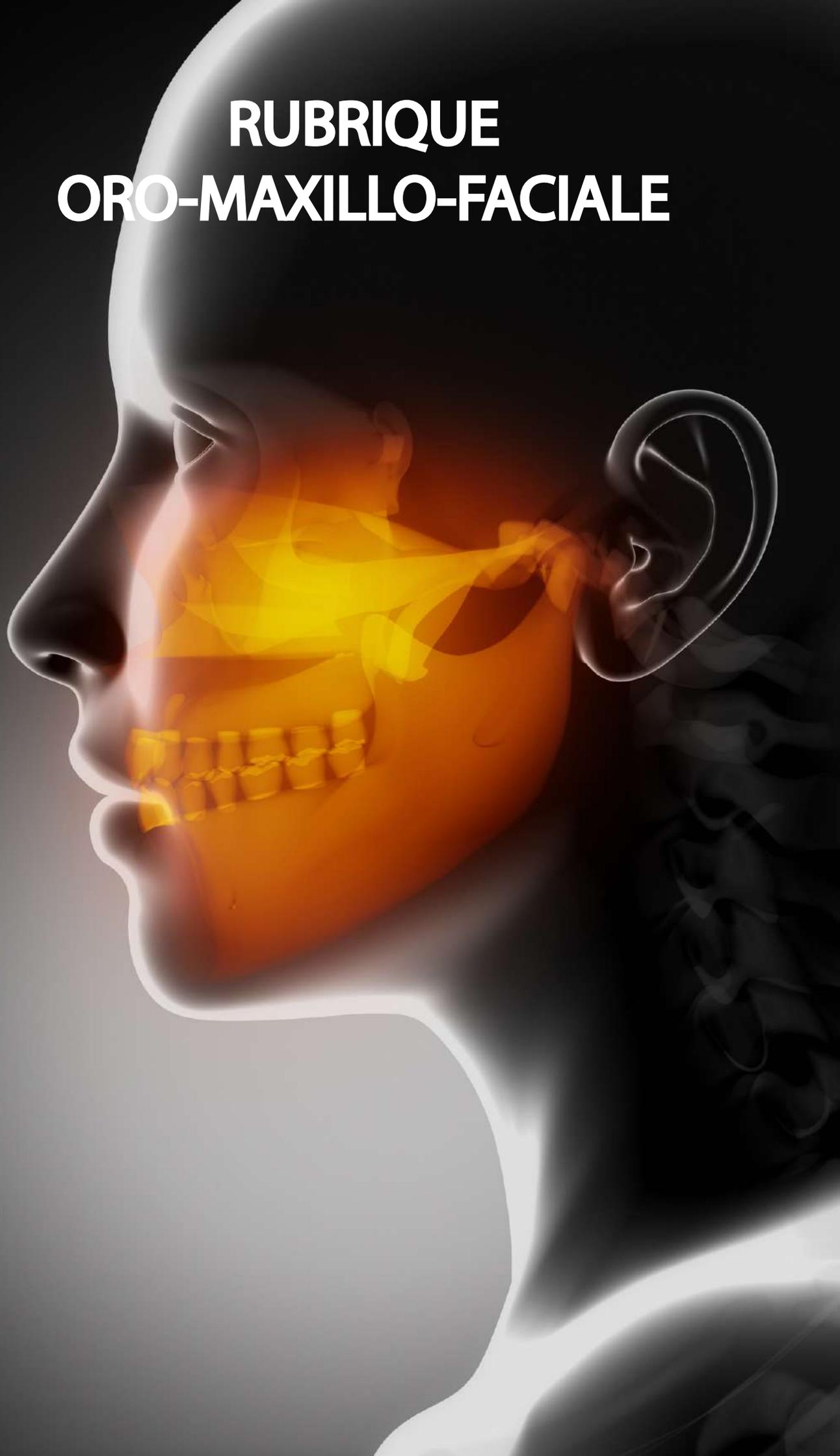
Emplacements limités

Offre de lancement

Contactez-nous en envoyant
un mail à l'adresse:
kineakine@bezeqint.net

PLUS DE 10000 LECTEURS PAR MOIS

RUBRIQUE ORO-MAXILLO-FACIALE



CARCINOLOGIE ORO-MAXILLO-FACIALE : ETUDE D'UN CAS CLINIQUE

Par F. BIGOT; F. CLOUTEAU; Pr. MARTI

Dans cet article du n°22 de KAK il est question de carcinologie.

Les auteurs abordent à travers un cas clinique le problème des atteintes oro-maxillo-faciales.

Sujet difficile s'il en est pour un rééducateur. Par définition chaque cas étudié est unique. A lui seul il regroupe un grand nombre de difficultés rencontrées en kinésithérapie à travers une approche pluridisciplinaire.

Pour les auteurs il n'y a pas de rééducation réussie sans participation du patient. Son langage, son approche sont à prendre en compte. Comment parler de pluridisciplinarité si le patient en est exclu.

Son témoignage apporte un peu d'humanité dans l'approche technique de cette rééducation. Il replace notre intervention dans le réel. Son combat est le nôtre, ses limites sont les nôtres.

Comment retrouver une activité fonctionnelle oro-maxillo-faciale après une amputation totale de la mandibule et de la partie buccale de la langue grâce à une équipe pluridisciplinaire comprenant de la kinésithérapie Oro-Maxillo-Faciale?

Ou comment l'exceptionnel enrichit le quotidien en rééducation OMF.

1. Présentation du sujet :

Patient traité d'abord pour un carcinome épidermoïde de la langue qui a récidivé. Les traitements ont été lourds, chirurgicaux avec des amputations de plus en plus élargies, chimiothérapie, radiothérapie.

La prise en charge kinésithérapique traitée dans cet article intervient à distance des soins aigus, au stade des séquelles et en soins de ville (Fig. 1).



Figure 1: Aspect clinique du patient au stade des séquelles et de la rééducation



Figure 2: Image 3D reconstituée après la première reconstruction mandibulaire

2. Histoire de la maladie en rapport avec les implications biomécaniques.

Le diagnostic de la maladie se fait en 2008. Chez un homme sportif de 33 ans, le cancer touche la langue et l'oropharynx. Les premiers traitements seront sous forme de chimiothérapie et radiothérapie. L'avulsion de toutes les dents sera faite avant la radiothérapie.

En 2009, la maladie récidive. L'exérèse de la partie libre de la langue est réalisée ainsi qu'un curage bilatéral des ganglions jugulo-carotidiens.

Une reconstruction est réalisée avec un lambeau de grand-pectoral afin de combler le déficit endo-buccal et permettre une suture étanche.

Le patient est alors trachéotomisé et une gastrostomie est mise en place pour l'alimentation.

Les tissus sont un peu plus endommagés par la radiothérapie, le patient est dénutri.

En 2013 une reconstruction partielle de la symphyse mandibulaire se complique de pseudarthrose (Fig.2) et une amputation de la mandibule de condyle à condyle est proposée.



**CERROF Cercle d'Etudes et de Recherches en
Rééducation Oro-Faciale**

Cercle d'étude et de recherche pluridisciplinaire dans le domaine de la santé otodologique et des rééducations

L'amputation emporte les angles et apophyses coronoïdes. La reconstruction sera faite par lambeau libre micro-anastomosé de péroné (fibula) (Fig.3).

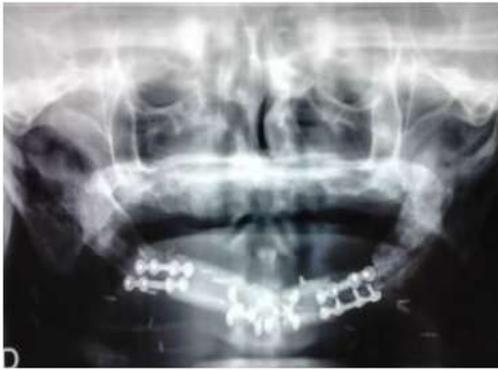


Figure 3: Radio après la deuxième reconstruction mandibulaire

Au total, il faut noter : une perte de la totalité des dents, de la partie libre de la langue, des apophyses coronoïdes, du corps de la mandibule.

Le prélèvement d'un lambeau de grand-pectoral peut brider les mobilités cervicales, la prise d'un greffon osseux sur la fibula.

En cinq années, huit interventions chirurgicales sous anesthésie générale de plus de cinq heures.

3. Histoire de la rééducation

La prise en charge principale se fait dans un centre de rééducation pendant une durée de trois mois en 2011 au centre médical Rocheplane à Saint-Martin d'Hères.

L'équipe des rééducateurs est pluridisciplinaire, orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététicienne...

Les objectifs de ce séjour étaient ambitieux.

Sur le plan de la rééducation oro-maxillo-faciale (ROMF) : faire céder les douleurs, le trismus, restaurer une alimentation per os.

Le défi de l'orthophonie sera de progresser vers une parole intelligible...

Sur le plan postural : retrouver un équilibre que ce soit au niveau des ceintures et du rachis.

Retrouver un état général acceptable : reprendre du poids, avoir des activités physiques.

Monsieur V met l'accent sur tout ce qui dans cette démarche lui a permis de se placer vers une resocialisation : être autonome, retrouver ses amis, une vie professionnelle.

4. Eléments spécifiques du BDK OMF pour ce cas

Le BDK OMF classique (1) est forcément modifié, adapté, personnalisé au cas.

On pourra distinguer, dans cette collecte des données, trois catégories.

Tout d'abord, les données non impactées, puis les données extrêmement aggravées du fait de la maladie et des traitements et enfin les données qui ne peuvent plus être étudiées du fait des exérèses.

Ce qui n'est pas modifié:

- Les antécédents ORL peuvent renseigner sur la physiologie des fonctions OMF, dans ce cas, rien de particulier à signaler.
- Tout ce qui constitue un obstacle à la respiration nasale. Ce patient n'a pas de déviation de cloison nasale pathologique. En revanche il est allergique aux pollens, traité par antihistaminiques. Son nez peut facilement se mettre à couler de façon saisonnière. Il se mouche correctement.
- Questionnaire type de respiration autour du sommeil, qui signe les conséquences de la ventilation buccale. Il confirme la respiration buccale nocturne

NOCTURNE		DIURNE	
Endormissement difficile	OUI	Somnolence	Possible
Sommeil agité	OUI	Défaut de concentration	Possible
Ronflement	NON	Difficultés d'apprentissage	NON
Boisson	OUI	Tendance hyperactive	NON
Sueurs	OUI	REVEIL	
Cauchemars	NON	Douleurs épaules	NON
Bavage	NON	Douleurs rachis cervical	NON
Sommeil non réparateur	OUI	Bouche sèche	OUI
Mictions nocturnes	OUI	Bouche pâteuse	OUI
Apnée	NON	Irritabilité	NON
Bouche ouverte	OUI		
Bouche verrouillée		Demande test i sommeil	NON

Tableau 1: Questionnaire respiration et sommeil.

On peut être surpris de ne pas trouver de bavage. Il s'agit d'une fausse bonne réponse, due à l'hyposialie.

- Les tests d'odorat sont corrects. Pour le flairage, M V a le réflexe de fermer la bouche pour sentir. Les tests discriminatifs sont bons.
- Les yeux sont cernés.

Ce qui exacerbe

- Un reflux gastro œsophagien (RGO) est présent. Ce reflux génère des fausses-routes qui favorisent des épisodes d'infections bronchiques.
- La béance labiale est spontanée. L'orbiculaire a disparu à la lèvre inférieure, seule la lèvre supérieure reste contractile. La respiration ne peut, au mieux, n'être que mixte. Le sourire est asymétrique.
- La peau est remaniée par les irradiations et les cicatrices successives. Elle est fine, fragile. Elle a perdu de son élasticité, comme de sa sensibilité. On retrouve des zones d'hypoesthésie au menton.
- La mobilité de la mandibule est limitée même si le « secteur squelettique articulaire » n'a pas été modifié par la chirurgie. En revanche, les muscles, les tissus mous péri articulaires, la partie résiduelle de la langue, oropharynx ont été irradiés.

OB	DDD	DDG	Propulsion	Rétropulsion
9	4	6	0	0

Tableau 2: Amplitudes du BDK initial en mm

La difficulté est d'adapter la prise de mesure qui va se faire de gencive à gencive, pour cela une petite bandelette papier un peu rigide est plus adaptée à la prise de mesure que le classique pied à coulisse.

- La palpation péri-ATM en exo comme en endo-buccal reste sensible.
- Le voile du palais présente une mobilité de petite amplitude, la luvette et les piliers sont rouges, irrités.



Figure 4: Luvette

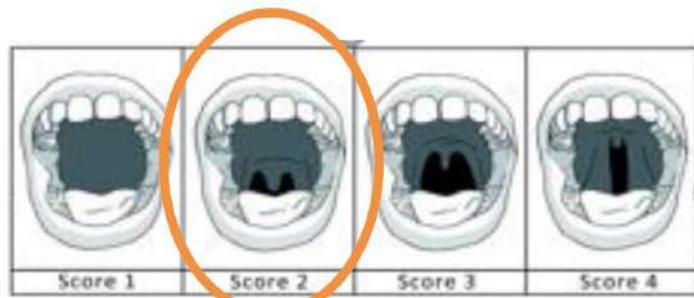


Figure 5: Cotation du voile selon F. CLOUTEAU (Clouteauscore)

Le voile a pour rôle d'éviter l'intrusion de la salive, des boissons et du bol alimentaire vers les voies respiratoires.

- La déglutition (2) se fait sans la partie libre de la langue (absente), sans le temps buccal. L'alimentation est possible en « mixé ».

Les cellules gustatives linguales ont disparu. Les cellules accessoires, physiologiquement peu nombreuses (vestibule, gencive, face interne des joues) ont été lésées par la radiothérapie. Monsieur V cuisine en compensant sa diminution de sensations gustatives par une sur-sollicitation des cellules olfactives. Chaque aliment associe saveur et odeur. Il essaie, au maximum, de faire exhiler les parfums des aliments.

L'odeur des aliments, des plats connus permet de se remémorer leur saveur et de préserver ainsi le plaisir de manger.

Les quantités de nourriture restent insuffisantes pour conserver une masse musculaire et un poids stable. Monsieur V complète ses repas avec des compléments alimentaires protéinés.

Il reste en vigilance quant à une possible perte de poids. Pour une taille de 1m90, monsieur V n'arrive pas à dépasser les 80 kg et se sent plus fragile dès qu'il perd 1,5 kg.

***C'est une bataille de chaque jour.
Manger est, en soi, une dépense d'énergie.***

Paradoxalement, pour lui, les fausses-routes surviennent plus facilement lorsque l'aliment refroidit. Monsieur V pense que cela vient du changement de texture de l'aliment qui refroidit du fait de la perte de fluidité.

Là encore, il faut prendre en considération que l'épiglotte a été irradiée et que cela modifie ses qualités réflexes. Lors de la déglutition, l'extrémité postérieure de l'épiglotte bascule en arrière et en bas, ce qui participe à l'occlusion du larynx. Elle entre en contact avec le reste du larynx qui s'élève, fermant ainsi l'orifice du larynx.

La sensibilité à la chaleur est restée prépondérante malgré la radiothérapie qui a peut-être effacé d'autres systèmes d'informations sensorielles.

- Les glandes salivaires ont été lésées par les différents traitements, la bouche est sèche. Il présente donc une hyposialie. Les glandes salivaires sublinguales et submandibulaires ont été détruites. La parotide a pu être lésée par les irradiations. Le mélange de salive nécessaire au 1er temps de la digestion n'est pas optimal. Le patient ne se sépare jamais de sa petite bouteille, il boit de petites gorgées d'eau régulièrement.

- Les troubles posturaux sont importants. On retrouve des difficultés de mobilité de l'épaule droite (côté du prélèvement du grand pectoral) associées à une attitude scoliotique à concavité côté épaule. Les épaules sont enroulées, la cyphose dorsale est augmentée et la tête est projetée en avant.



Fig. 6 : Pédicule du lambeau de muscle pectoral

Ce qui n'est plus d'actualité:

Tout l'examen qui concerne la partie libre de la langue, l'occlusion dentaire, la mastication, les para-fonctions linguales ...

A ce stade, la maladie est stabilisée, aucune nouvelle intervention prévue, le rééducateur doit trouver des pistes de solution pour répondre à la demande du patient, au stade séquentaire.

5. Axes de rééducations

Pour ce type de patient à la pathologie complexe, l'association de plusieurs professionnels de la rééducation est nécessaire, orthophoniste, kinésithérapeute ... l'équipe est forcément pluridisciplinaire, et avant tout : à l'écoute des demandes du patient, analysant les situations, pragmatique sur ce qui peut être entrepris.

Le défi de l'orthophoniste : faire parler un patient sans langue. Ce sujet sera développé par Frédéric MARTIN, orthophoniste, dans un article qui paraîtra dans un prochain numéro de KAK.

Pour le kinésithérapeute, les axes sont multiples. Retenons : la posture, la déglutition, la mobilité mandibulaire, la communication non verbale.

A chaque fois, trois questions devront être formulées :

- Quelles sont les difficultés rencontrées ?
- Que proposer pour aménager les techniques ?
- Quels sont les résultats à attendre ou à cibler et ceux qui ont pu être obtenus ?

6. Rééquilibrage postural de la statique rachidienne

Ce sujet ne sera pas développé dans l'article.

7. Mobilisation mandibulaire

L'ouverture buccale (OB), doit être suffisante pour être confortable.

Elle est nécessaire pour s'alimenter et effectuer les gestes d'hygiène. Il faut pouvoir introduire en bouche une cuillère, l'embout d'une petite bouteille, l'hydropulseur portatif. Il doit être possible de pouvoir intuber si besoin.

La mobilité de la mandibule dans les trois plans de l'espace est absolument tributaire de l'équilibre fonctionnel du système oro-maxillo-facial.

Le système OMF, est formé des éléments squelettiques : condyles mandibulaires, fosses mandibulaires et tubercules articulaires, de l'os temporal. Sont également présents une synoviale, des ligaments et des faisceaux musculaires.

L'équilibre fonctionnel du système OMF est tributaire de l'intégralité des éléments qui le compose.

Dans ce cas particulier, les traitements chirurgicaux, radiothérapie ont modifié l'équilibre biomécanique. L'ensemble des tissus mous a été modifié.

Les bouleversements anatomiques furent inévitables que ce soit sur le plan squelettique comme sur le plan musculaire. La qualité même des tissus a changé, déficit de contractibilité, d'élasticité.

Une partie de la mandibule a été « reconstruite » à l'aide d'un greffon fibulaire, aboutissant à une nouvelle morphologie.

L'orbiculaire de la lèvre inférieure, le mentonnier, l'abaisseur de la lèvre inférieure n'existent plus.

De la langue, seule reste la racine de la langue, portion entre la mandibule et l'os hyoïde, constituée par les muscles génio-glosse et myo-glosse .

Le palatoglosse, et le faisceau supérieur du constricteur du pharynx.

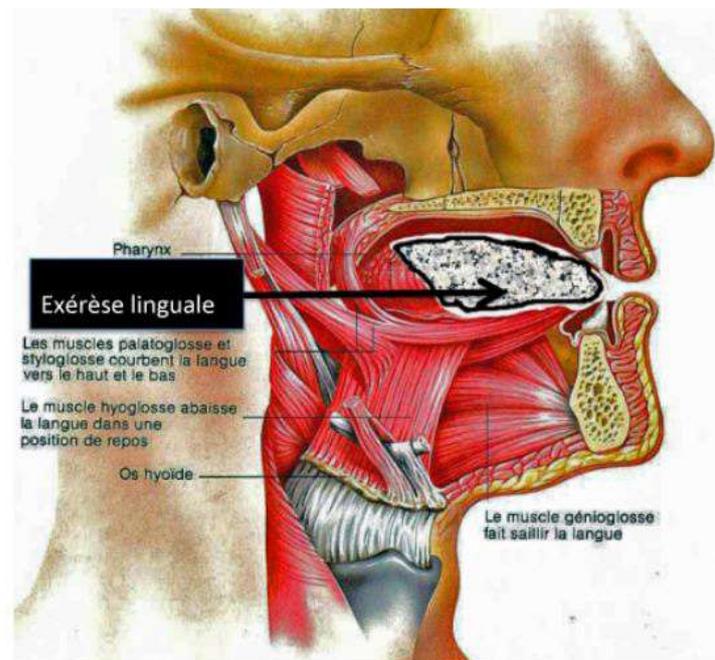


Fig.7 L'anatomie modifiée de la langue

Les tissus ont été endommagés par les voies d'abord chirurgicales, les irradiations successives, la dénutrition et la perte de fonction.

Classiquement, les défauts d'ouverture buccale (OB) vont s'atténuer par la recherche des praxies physiologiques mais aussi par la répétition analytique du mouvement axial, le plus lentement possible, verticalement, pointe de la langue au palais sous contrôle du système vidéo, miroir, macro, mémoire (V3M).(3)

Le mouvement doit être vertical. Une déviation latérale est signe d'un dysfonctionnement au niveau de la zone de mobilité de la mandibule entre l'os temporal et l'une des extrémités mandibulaires de la mandibule.

Pour le travail engagé avec Monsieur V dans un but de gain d'OB, certains paramètres sont impossibles à respecter. La partie libre de la langue n'est plus là pour constituer un axe vertical naturel. La réalisation de l'exercice doit essayer de se rapprocher, dans la mesure du possible, des conditions fonctionnelles optimales. On place un guide vertical à l'aplomb du nez. On dessine des petits points repères sur la lèvre supérieure et le menton.

La mandibule devra s'abaisser et s'élever lentement en respectant une trajectoire compatible avec l'alignement vertical de ces repères.

La durée de l'exercice s'adaptera, à chaque séance, à la fatigue du patient.

La consigne de contrôle de vitesse doit être respectée. C'est la condition nécessaire au déplacement harmonieux du disque intra-articulaire lors des mouvements mandibulaires.

Il faut prendre le temps d'expliquer le mouvement du disque au patient, une biomécanique simplifiée se fait avec le crâne en plastique et un schéma.

Ce temps pédagogique est capital pour que le patient puisse s'impliquer pleinement dans sa rééducation.

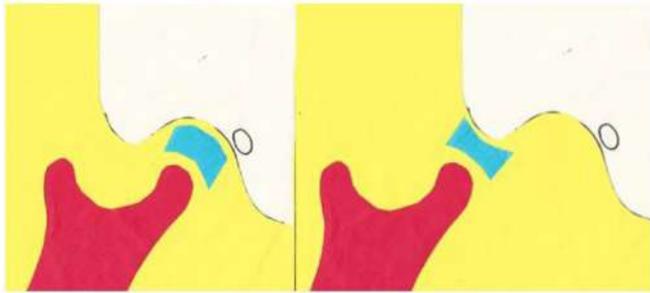


Fig.8 : Biomécanique simplifiée des déplacements du disque et de la mandibule lors de l'ouverture buccale (OB)

Dans un premier temps, la consigne de lenteur qui s'applique aussi bien en ouverture qu'en fermeture, est difficile à respecter.

La répétition, y compris entre les séances, permettra d'améliorer la qualité du mouvement et in fine son amplitude.

Il ne faut pas forcer en limite de mobilité.

Il ne faut pas forcer lorsqu'un bruit articulaire est pressenti.

Cela ne contribuerait qu'à bloquer un peu plus du fait de mobilité discale disharmonieuse. Des mécanismes de réactions musculaires protègent le système OMF.

Les techniques passives et instrumentales qui ne peuvent respecter ces paramètres seront proscrites.

Des essais de vibrations infrasons, vibrations mécaniques de basse fréquence (< 20 Hz) avec vibrosens®, sont tentés.

Les vibrations se font sur une courte durée (dix secondes) en exo et en endo-buccal dans la zone péri ATM avec une sonde adaptée.

Le kinésithérapeute adapte le temps et les variations de fréquence selon le ressenti du patient.

Les vibrations exo-buccales procurent à Monsieur V une sensation de relâchement de la zone des ATM.

Le système V3M (4), permet d'intégrer le geste.

A la maison, le patient répète les mouvements face à sa tablette en mode miroir pour solliciter les neurones miroir (4).

La répétition des consignes est quotidienne. La séquence est de l'ordre de cinq à dix minutes, elle peut se morceler pour s'adapter à la fatigue et l'humeur du patient.

En effet l'autocontrôle et la capacité de concentration indispensable à cette auto-rééducation peuvent être fluctuantes.

Les premiers mouvements sont souvent hésitants, au bout de quelques-uns, ils respecteront pleinement les consignes. C'est le début de la phase d'apprentissage.

Il est classique de commencer par ouvrir/ fermer mais on doit aussi « panacher » le travail avec les diductions, pro et rétropulsion.

La répétition de ces mouvements contrôlés peut permettre d'espérer sur le long terme un relâchement du système de défense réflexe et un gain d'amplitude de la mobilité mandibulaire.

Un tel programme devrait permettre à moyen et long terme d'envisager un gain d'amplitude. Ce dernier aura comme conséquence d'offrir au patient une possibilité de progression. La récupération des fonctions dans le cadre du potentiel disponible sera un des buts à atteindre. Une condition sera que les tissus mous endommagés par le traitement ionisant ne soient pas un vrai facteur de limitation.

Résultats

Pour rappel, l'OB est habituellement entre 40 et 50 mm.

8. Déglutition

Date	9/16	12/16	2/17
OB (en mm)	9	15	20

Tableau 3 : Evolution de l'ouverture buccale avec la rééducation.

A retenir : douceur, équilibre, ne pas forcer, répéter avec persévérance sous contrôle V3M.

- *Massage stimulant des glandes salivaires:*

Il s'agit de stimuler la sécrétion de salive. Les parotides ont été épargnées par la chirurgie, elles ont pu être irradiées.

Les manœuvres sont tout d'abord de type d'effleurement, puis si cela est supporté plus appuyées. Les pompages sont réalisés, de chaque côté, dans un secteur compris entre l'ATM et l'angle mandibulaire.

Le patient est initié à cette technique afin de pouvoir relayer cette stimulation par des séances d'automassage quotidiennes à domicile.

- *Mobilisation de l'os hyoïde:*

De par sa position, dans le plan transversal de C4 et de l'épiglotte, l'os hyoïde et les muscles génio-hyoïdien, mylo-hyoïdien qui s'y insèrent ont pu être fibrosés par la radiothérapie.

Les manœuvres doivent être précautionneuses et tenir compte du défaut d'élasticité des tissus. La mobilisation de l'os hyoïde se fera par recherche de glissement des tissus de la face antérieure du cou, en fonction des contraintes précédentes et surtout de ce que peut supporter le patient.

- *Travail du voile du palais:*

Le voile du palais ou palais mou est un ensemble de muscles. Il constitue la cloison entre l'oropharynx et le rhino-pharynx. Lors de la déglutition, sa fermeture permet d'éviter les fausses-routes nasales (5).

Ce groupe musculaire a été, là encore, modifié par les chirurgies, et les irradiations successives.

La rééducation va chercher à le rendre le plus compétent possible.

Le travail se fera sous contrôle V3M.

La caméra se focalisera sur la bouche qui sera la seule partie visible du visage à l'écran.

Le patient doit ouvrir la bouche et visualiser sa luette.

Monsieur V a une OB limitée, cela complique l'exercice. Il faut bien orienter l'éclairage de l'arrière-bouche et la caméra.

La méthode habituelle est de demander au patient d'émettre une note, un « A » et de visualiser une ascension de la luette et, plus ou moins, un rapprochement des piliers. Différentes tonalités sont expérimentées, bien souvent la note aigüe est la plus efficace.

La note émise correspond à un temps expiratoire, avec l'entraînement le voile pourra être mobilisé sur un temps expiratoire silencieux.

Ce travail est relayé au quotidien, par des entraînements en auto-rééducation à la maison, face à la tablette en mode miroir.

Pour mesurer les progrès, il est possible d'enregistrer les séquences et de les comparer au fil du temps.

9. Communication non verbale, travail des muscles de l'expression du visage

Le visage permet d'exprimer les émotions. Les mimiques qu'il produit constituent un langage en soi, une communication non verbale (6).

Le visage va émettre vers l'autre et recevoir ces messages émotionnels en reproduisant les mimiques par mimétisme.

Chaque émotion se visualise sur le visage par une mimique singulière.

Les muscles responsables de ces mimiques n'ont qu'une seule insertion osseuse et même, pour certains, aucune insertion osseuse. Ce sont des muscles superficiels.

Les traitements, chirurgie, radiothérapie ont modifié les propriétés des muscles faciaux. Les muscles, situés sous l'orifice de la bouche ont disparu.

Sur le plan mécanique, le référentiel squelettique est modifié.

Les propriétés intrinsèques des muscles : élasticité, contractibilité sont défaillantes. La contraction des muscles résiduels ne donne pas forcément la mimique adaptée.

Un travail de « réglage » du dosage musculaire approprié est recherché.

Sous contrôle V3M, la caméra focalisée sur les muscles au travail. Le patient se concentre sur l'émotion qui correspond à la mimique recherchée.

La mimique est recherchée en mode « ralenti » afin de rechercher le dosage musculaire approprié. L'expression doit être visible, parlante et naturelle mais cela ne doit pas se transformer en grimace caricaturale. Il est difficile de trouver l'équilibre.

L'exercice demande une forte concentration. Il ne peut se faire efficacement que sur une courte durée : 3 ou 4 contractions en alternance avec des temps de repos équivalent au temps de travail.

Ce travail est relayé en auto-rééducation à la maison avec la tablette en effet miroir.

Conclusion

Les techniques vont s'adapter en fonction, comme toujours de l'analyse du BDK, mais aussi des données anatomiques et biomécaniques spécifiques.

Le ressenti et la demande du patient seront, plus que jamais, un élément pris en compte.

Une vraie interactivité patient / kinésithérapeute doit se créer.

Ce traitement s'inscrira dans la durée à fréquence adaptée aux besoins du patient.

Il visera l'autonomie du patient tout en lui laissant la possibilité de l'accueillir ponctuellement pour répondre à ses questionnements et chercher, avec lui, des solutions, dans la mesure du possible.

Enfin, pour le rééducateur, les réflexions engagées sur les stratégies de soins pour ce type de cas complexes sont l'occasion d'enclencher des raisonnements dont peuvent bénéficier l'ensemble des patients.

Les cas plus classiques n'en deviendront que plus simples.

Il est peu habituel de donner la parole au patient.

Monsieur V nous apporte un précieux témoignage du vécu de ce long traitement.

Il est exemplaire qu'un patient nous aide de la sorte.

Nous le remercions vivement pour cette participation.

Cette démarche le fait passer du statut de patient « *patient* » : **celui qui subit à celui d'acteur intégré à l'équipe pluridisciplinaire OMF.**

Il fait le récit de son parcours de soins. Il parle de l'annonce du diagnostic, de l'attitude des professionnels de santé, de la gestion de la douleur.

« Parler du cancer, c'est toujours très compliqué, quel que soit le point de vue adopté, ou le message qu'on veut faire passer : ce n'est plus vraiment un tabou, mais c'est encore un univers très opaque, qui fait très peur vu de « l'extérieur » surtout si on est le patient potentiel ou son entourage proche.

Et vu de l'intérieur, du point de vue des soignants, c'est un univers en mouvement permanent, en révolution constante où les sciences et la technologie bousculent sans arrêt de fragiles bases médicales qui, font peu de cas du ressenti des patients. C'est l'une des principales raisons qui m'amène à partager mon ressenti sur les 7 ans de combat quotidien que j'ai dû livrer face à une tumeur située sur la base de langue, détectée quelques semaines après mon 33ème anniversaire.

Ce long combat commence réellement avec l'annonce du diagnostic, qui est, à lui tout seul, une bataille très complexe : le patient se retrouve assailli d'informations inquiétantes ou incompréhensibles mais il comprend vite que tout ce qui est effrayant est certain et que les rares éléments qui pourraient le rassurer un peu ne sont jamais que « probables », « théoriques » ou « potentiels ».

Il n'y a que 2 instants « respirables » dans ce long entretien :
- la minute de soulagement lorsque tombe un diagnostic précis et confirmé après une interminable série d'exams.
- le moment où on vous dit qu'il existe un traitement et que vos jours ne sont pas en danger . . . pour l'instant !

Ensuite, on vous explique ce traitement en détail, alors la petite lueur d'espoir qui vient de naître se réduit déjà à très peu de chose. C'est souvent à ce moment-là qu'on commence à comprendre à quel point cette maladie va impacter tous les aspects de votre vie. Heureusement, à ce stade-là, on ne se doute pas encore que ce sera irrémédiable. Sans vous le dire clairement, les médecins vous font comprendre que ce sera long, très long, voire très très long si vous insistez en espérant obtenir des précisions ! Sur le trajet du retour, avec vos proches qui vous ont accompagné, vous commencez à dresser la liste des termes techniques – qui n'évoquent strictement rien pour vous – déjà entendus mais pas associés à une définition précise – vaguement identifiés – connus, mais totalement dénués de sens dans le contexte où ils ont été employés. Cette longue liste peut facilement amener certains patients à se dire qu'ils n'ont absolument rien compris. S'en rendre compte peut vous démoraliser un peu plus encore, mais c'est en fait très bon signe.

Pour moi, ça a été le signe qui a réellement déclenché mon implication totale dans ce combat dont je n'étais, jusque-là, que le terrain, le réceptacle ! J'ai commencé par me documenter sur tout ce charabia technique pour me faire ma propre idée du problème, ma propre représentation du mal qui me rongait et de son fonctionnement. Il faut bien connaître son ennemi pour savoir exactement comment bien lui pourrir sa vie, et accessoirement, sauver la vôtre !

A ce stade-là, on est aussi éperdument à la recherche du pourquoi de tout ça, mais, à mon avis c'est un piège : s'il y en a un, il ne vous aidera en rien dans votre combat, et de toute façon, dans l'écrasante majorité des cas de cancer, il n'y en a pas ! Pour mener cette petite guerre, il faut aussi identifier qui fait quoi et à qui on peut demander de l'aide selon les besoins du moment. Face au gang de blouses blanches dont l'attention dépasse rarement les 15 minutes par dossier, il faut éviter de perdre de l'énergie (ou ses nerfs) parce qu'elle se raréfie au fur et à mesure du traitement, et éviter de perdre du temps, parce que ça influe beaucoup plus directement sur la motivation et l'énergie lorsqu'on est en situation de grande fragilité physique et émotionnelle. A titre d'exemple, le gang qui s'est constitué autour de mon cas comprenait, dans l'ordre fonctionnel d'apparition : - Pr Stomato. – Dr RadioT. – Dr ChimioT. – Leurs 3 internes respectifs – Dr Nutritio.– Dr Génél. – Dr Pharma. – M. Coupe Feu (en remplacement du Dr Dermato) M. Kiné. – M. Orthoph. – M. Inf. à Dom. – – Dr Psy. - Dr Conseil Sec.Soc. (Et il est bien possible que j'en ai oublié !)

A cette liste d'humains il faut ajouter un produit qui a joué un rôle capital en complément de cette équipe : la morphine ! Je me permets de dissocier cette substance du reste de l'interminable liste de médicaments que j'ai pu consommer par tous les modes d'administration connus à ce jour, parce qu'elle a occupé un statut spécial pendant près de 4 ans : on a pratiquement été marié ! Mon premier geste au réveil lui a été dédié, c'est en fonction de la 3ème prise de la journée que j'organisais le repas de midi, idem pour celui du soir avec la 5ème prise de la journée, et il ne m'était tout simplement pas possible de m'endormir sans une prise un peu plus dosée que les 7 ou 8 autres de la journée. Pour le monde médical, cela raconte déjà un rapport quotidien à la douleur déjà hors norme. Mais pour tenter de l'expliquer au reste du monde, il faut commencer par lier la récurrence de la douleur principale à chaque déglutition à cause du positionnement de la tumeur. Il faut ensuite évoquer la modification de « l'échelle de valeur des douleurs », qui plafonne normalement à « -Je sens que je vais m'évanouir ». Personnellement, j'ai découvert plusieurs paliers supérieurs allant de « - Ce serait pas mal de s'évanouir là, tout de

suite ! » à « -Il est où le défibrillateur le plus proche ? » en passant, entre autre, par « -je crois que mon cœur a perdu le sens du rythme ». La petite touche d'humour/ironie peut surprendre sur un sujet qu'il est aussi difficile de « mettre en mots » mais c'est également un élément essentiel à l'amélioration de mon état dans les périodes qui ont été les plus éprouvantes : une sorte de morphine de l'esprit qui apaise les souffrances morales, et qui peut également adoucir le contact avec les proches ou l'équipe médicale dans les situations difficiles.

Concernant la communication de façon plus générale, elle a toujours été très compliquée car mes capacités d'expression orale ont énormément varié pendant ces 7 années, allant jusqu'à disparaître totalement par deux fois pendant plusieurs mois. S'il est toujours possible de s'exprimer à l'écrit, on ne s'y exprime pas de la même façon et certaines choses, touchant à l'intime ou aux sentiments, sont beaucoup plus difficiles à écrire qu'à dire, que ce soit à ses proches ou à l'équipe médicale. Pour le personnel médical, chaque information recueillie auprès du patient peut avoir une importance cruciale. La nature un peu hors norme de mes données médicales m'a très vite amené à prévoir, pour chaque nouvelle prise de contact ou hospitalisation plusieurs documents imprimés pour répondre à toutes les questions récurrentes en détail, sans laisser aucune place au doute. Mais à chaque fois qu'un échange oral a été possible, mes imprimés ont été mis de côté avant d'avoir été entièrement lus, et des erreurs se sont régulièrement giclées dans mon dossier alors que j'avais fait l'effort de transmettre l'information exacte noir sur blanc. Inversement, le jargon hyper technique des professionnels de santé m'a, dans les premiers temps, souvent induit en erreur dans la compréhension des explications ou des conseils visant à améliorer mon quotidien.

La maîtrise (professionnelle) des recherches par internet m'a énormément aidé, dans la compréhension et la représentation mentale de la maladie et de mon état physique général, dans la mesure où les deux étaient en constante évolution. Bien que particulièrement décrié par les praticiens hospitaliers, pour les dangers d'auto-diagnostic qu'il représente, le « syndrome Doctissimo » reflète bien l'énorme besoin d'informations médicale que ressentent souvent les patients engagés dans de longs parcours de soins. Et c'est, à mon avis, en grande partie grâce à cette importante masse d'informations « secondaires » qu'un patient peut aboutir à une compréhension globale, et qu'il peut réellement devenir un intervenant actif dans son propre traitement.»

Bibliographie

1. Le bilan en rééducation oro-maxillo-faciale. M.Hadjadj, Kiné à Kiné, novembre 2015
2. De la déglutition, Francis Clouteau, Guy Marti, Kiné à Kiné n°20, avril 2016.
3. V3M Un outil de transmission didactique au service de la rééducation orofaciale en Rééducation Orthophonique, Francis CLOUTEAU : Rééducation Orthophonique 40ème année, N° 210 Juin 2002
4. Les neurones miroirs Giacomo Rizzolatti (Auteur) - Corrado Sinigaglia– Odile Jacob 2011
5. Rééducation kinésithérapique du voile du palais Kahina Bouzid, Anne-Hélène Boivin, Francis Clouteau, Guy Marti Kiné actualité n° 1461 - 13/10/2016
6. Expressions faciales, Francis Clouteau, Guy Marti, Kiné à Kiné n°16, décembre 2016.
7. Anatomie clinique, JF Gaudy, Edition CdP
8. Rééducation après reconstruction cancéro. Francis Clouteau, Guy Marti Rééducation Orthophonique. 2002 Jun (210):27-42.



Les fêtes de fin d'année approchent,
Les oublis de RDV de vos patients également...

Rejoignez les 3000 praticiens déjà inscrits,

Et diminuez de 50% le nombre de vos consultations oubliées :

Créez votre compte gratuitement sur <http://praticiens.docorga.com>