

Transmettez votre savoir de

Kiné à Kiné

Conference

Rapport du 52^{ème}
Congrès de la
SFSCMFCO

**LA CHRONIQUE DU DR HUSSLER:
DISCOURS SUR LES METHODES
EN KINESITHERAPIE**

**REEDUCATION DES RESIDENTS EN
MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE**

**RUBRIQUE NUTRITION:
LE CALCIUM: INDISPENSABLE POUR
LA SANTE**

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
A.H.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
Editorial
Dr R.HUSSLER
*Discours sur les méthodes
en kinésithérapie*
Rééducation des résidents en MAS
Pr. G. MARTI
A-H. BOIVIN
C.TRONEL-PEYROZ
F.BIGOT
*Chirurgiens et Kinésithérapeutes
OMF, un partenariat qui grandit*
S.SITBON
*Le Calcium: indispensable pour notre
santé*

RETROUVEZ NOUS SUR :
WWW.KINEAKINE.COM

En kinésithérapie, les méthodes d'évaluation de nos pratiques sont difficiles à mettre en place.

Lors de notre traitement, il est en effet compliqué d'avoir un feed back rapide. Et dans le cas où nous observons une amélioration, il est difficile de savoir si cela provient de notre thérapeutique ou si cela provient d'autres facteurs. Heureusement, des études ont été réalisées et ainsi nous avons pu établir des protocoles de rééducation, presque automatisés, ce qui n'empêche pas d'adapter nos soins au patient en fonction de son ressenti.



La kinésithérapie et plus globalement la médecine semblent donc être des sciences inexactes. D'ailleurs, les ingénieurs trouvent souvent étonnant de considérer la médecine comme une science. En effet, ces derniers travaillent selon des lois et des théorèmes basés sur des postulats, ce qui n'est pas le cas en médecine. Nous travaillons avec des

observations, puis regroupons au sein d'un même groupe les patients présentant les mêmes symptômes et enfin en déduisons une pathologie. Chaque diagnostic est une hypothèse que vient souvent confirmer ou infirmer l'imagerie, imagerie rendue possible grâce

aux appareils réalisés par des ingénieurs... La technique a donc aujourd'hui clairement dépassé la clinique. Nous observons parfois des phénomènes à l'imagerie que nous ne sommes pas encore en mesure d'expliquer ! La médecine évolue donc aujourd'hui en grande partie grâce à nos ingénieurs, le nombre de start up dans le domaine médical est d'ailleurs surprenant...

Kiné à Kiné possède aussi son Feed back ! Grâce à « Google analytiques » nous sommes capables de savoir combien de lecteurs naviguent sur le site www.kineakine.com. Nous avons été impressionnés par les chiffres ! Ce sont plus de 500 par jour qui se connectent avec 75% de nouveaux visiteurs. Nous arrivons désormais en première page Google après les grandes revues de kinésithérapie.

Bonne lecture !
J.E

● Sessions

1 000

500

5 nov.



DISCOURS SUR LES MÉTHODES EN KINÉSITHÉRAPIE

Par Dr R. HUSSLER

Cadre de Santé MKDE

Docteur en Sciences de l'Éducation

Problématique autour des méthodes en kinésithérapie

Le terme « méthode » est largement utilisé dans l'enseignement et la pratique de la kinésithérapie. Ils existent des centaines de méthodes dont certaines sont enseignées en formation initiale et d'autres en formation continue. Beaucoup prennent le nom de leur concepteur (Méthode Kabat, Mezieres, etc.) et ont parfois des dénominations différentes selon les pays (Méthode Kabat en France et PNF ou Proprioceptive Neuromuscular Facilitation dans les pays anglo-saxons). Certaines sont reconnues par la communauté professionnelle et d'autres ont une odeur de soufre (voir note sur fasciathérapie¹). Le nombre toujours croissant de méthodes sur le marché de la kinésithérapie génère des questions tant du point des responsables de l'organisation et de la dispensation des savoirs en kinésithérapie que des étudiants et des professionnels sur la pertinence scientifique, le choix des méthodes à enseigner et à pratiquer. Par exemple, les responsables d'Institut de formation en kinésithérapie doivent opérer des choix parmi les nombreuses méthodes à enseigner en formation initiale. Sur quels critères doit-on se baser? D'autant que le temps dévolu à l'enseignement peut aller de quelques heures (en formation initiale, programme oblige) à quelques mois en formation continue (exemple de la méthode de Kabat qui, à l'origine, nécessitait une formation de 3 à 6 mois pour des kinésithérapeutes diplômés selon les recherches effectuées par N. Ducret (2001) et comprimée à une vingtaine d'heures en formation initiale !!!). Cette constatation nous amène la question suivante nécessitant une recherche pour y répondre : « cette compression nuit-elle à la qualité de cet enseignement ou bien prouve-t-elle que certaines méthodes gonflent le contenu de leurs enseigne-

ments pour les rendre crédibles ? ». Devant la pluralité des méthodes s'inscrivant dans un même concept (exemple des méthodes issues de la méthode Mezieres : rééducation posturale globale, reconstruction posturale, etc.), les étudiants et les professionnels sont quelque peu déconcertés puisque, sur la base d'un concept unique (chaines myofasciales), ces méthodes vont développer des sémantiques qui leur sont propres et des divergences théoriques et méthodologiques qui finissent par générer un sentiment de confusion affectant la crédibilité professionnelle aux yeux des confrères, des médecins et des patients. **Les propos d'un ancien étudiant en kinésithérapie, cités dans son mémoire intitulé : « Les chaines musculaires, quelles méthodes pour quels résultats » soulignent les difficultés à appréhender le concept des chaines myofasciales : « Tandis que notre intérêt pour celles-ci grandissait au fur et à mesure de leur présentation, nous nous perdions progressivement dans un concept qui nous semblait difficile à définir. Nous étions à la fois curieux et circonspects. » (Aube P, 2012) .** D'autant que ces méthodes sont protégées par un copyright dont l'enseignement n'est, de fait, possible que dans le cadre défini par les concepteurs de ces méthodes et difficilement compatible avec les contraintes de la formation initiale (l'enseignement de la méthode Kabat en vingt heures prouverait-elle le contraire ?) D'autant que les méthodes ont tendance à ériger des murs plutôt que des ponts entre elles ce qui ne facilite pas le dialogue et sont susceptibles de formater les apprenants sur un modèle à l'exclusion des autres. Afin d'éclairer le débat, nous commencerons par clarifier la différence entre méthodes et techniques et son application en kinésithérapie.

1- La fasciathérapie est une thérapie manuelle qui agit sur toutes les structures du corps (os, articulations, ligaments, muscles, artères, cœur, poumons, intestins...) et en particulier sur les « fascias », fines membranes qui enveloppent et relient entre eux tous ces éléments comme une toile d'araignée. Consulté sur site de recherche : <http://www.fasciatherapie.be/spip.php?article11>. Dans un arrêt rendu le 08 décembre 2014 le Conseil d'État notamment sollicité par une association de kinésithérapeutes « fasciathérapeutes » confirme l'avis rendu par le conseil national et relatif à la « fasciathérapie ». En substance la haute juridiction administrative reconnaît au conseil national le pouvoir d'interdire aux kinésithérapeutes de se prévaloir de la qualification en « fasciathérapie » sans excéder sa compétence, avec pour conséquence que l'usage des termes de « fasciathérapie » et / ou « fasciathérapeute » constitue une faute disciplinaire. Consulté sur : <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2014/12/CNOMK-CP-Fasciathérapie-09-12-2014.pdf>

Différences entre méthodes et techniques

D'après Paul Strychman (1996), le terme « méthode » désigne : « un ensemble d'opérations qui permettent, primo, d'observer et d'enregistrer un corpus d'informations appelées des « données » et, secundo, de les traiter selon des protocoles très précis ». Quant aux techniques, Strychman ajoute : « les techniques correspondent aux règles de conduite à suivre après certains jugements de méthode ». D'après cet auteur il y a bien une différence entre les deux acceptions bien que la confusion entre méthodes et techniques soit malheureusement répandue. Dans son application en Kinésithérapie et notamment lors de l'élaboration du BDK (Bilan Diagnostique Kinésithérapique), il serait possible de différencier les méthodes des techniques en considérant le modèle de Strychman. De fait, une méthode constitue un ensemble d'opérations qui permettent de traiter, selon des protocoles très précis, un corpus d'informations ou données. Par exemple la méthode du « massage » constitue bien un ensemble d'opérations, qui permettent de traiter, selon des protocoles précis d'exécution, un corpus d'informations basées sur des données neuro-physiologiques.

Les techniques issues du massage comportent des règles de conduite déterminées par des actes d'effleurage, de pressions glissées, de pétrissage, etc. Par conséquent, puisque le kinésithérapeute doit décider des méthodes et des techniques les plus adaptées aux objectifs thérapeutiques, ils peuvent également discriminer à l'intérieur de la méthode les techniques à utiliser. Autre exemple, la méthode de Kabat, choisie comme méthode de renforcement musculaire globale et du choix des techniques (techniques de contracté-relâché, de tenu relâché, etc.) qui, à l'intérieur de la méthode, seront les plus adaptées à l'objectif déterminé.

Pistes de réflexion sur une utilisation pertinente des méthodes. Dans la jungle parfois impénétrable des méthodes, il est utile de nous questionner sur le sens profond que nous donnons au terme méthode. **Dans son mémoire cité précédemment, Paul Aube fait le constat suivant : «Enfin comme tout concept, celui des chaines musculaires a son propre langage et sa propre analyse thérapeutique pouvant rendre la communication difficile avec les autres professionnels.»** De nombreuses méthodes utilisent des dénominations différentes pour qualifier des concepts similaires (par exemple le parangon des méthodes myofasciales et l'invariant postural des posturologues), ou ajoutent une information nouvelle à un corpus établi et donne l'impression d'une méthode nouvelle et révolutionnaire. Si nous suivons ce principe, le nombre de méthodes peut augmenter indéfiniment ajoutant à la confusion et à décrédibilisation de notre profession. Peut être serait il temps de mener une réflexion sur les concepts et principes scientifiques qui sous tendent l'ensemble des méthodes passées, présentes et à venir et de mener une recherche afin de valider les hypothèses sous tendues par ces concepts et principes et ne retenir que celles qui ont passé les tests scientifiques les plus rigoureux (evidence based physiothérapie). Il est

indéniable que certaines méthodes s'efforcent de donner une certaine crédibilité en multipliant les expérimentations scientifiques et en respectant la méthodologie scientifique. Mais au lieu d'être dans une logique de compétition (chaque méthode prêche sa propre paroisse sans tenir compte des autres), ne serait-il pas plus scientifique d'être dans une logique d'émulation et de coopération. Un piste intéressante consisterait donc, pour des laboratoires (indépendants et impartiaux) en kinésithérapie, à mener par exemple des recherches comparatives sur des méthodes issues d'une famille commune, à rechercher une harmonisation sémantique afin de faciliter la compréhension et la communication scientifique, à de différencier ce qui relève des hypothèses pathogéniques validées et non validées et ce par des instruments d'évaluation fiables. Les résultats publiés nourriront ainsi la réflexion menée dans les instituts de formation qui pourraient proposer des techniques basées sur ces données validées. Ainsi la théorie des chaines myofasciales et plus globalement des chaines physiologiques (continuité de structures semblables définissant une chaîne avec des propriétés spécifiques), aujourd'hui éclatée en plusieurs méthodes, pourrait faire l'objet de travaux de recherches visant plusieurs objectifs :

- déterminer les points communs et les différences de conceptions,
- définir d'une lexicographie commune pour désigner les structures physiologiques et les modes d'actions ainsi intégrés dans un enseignement théorique,
- répertorier les hypothèses pathogéniques, à les expérimenter pour les valider et les publier,
- produire ainsi un ensemble de techniques enseignables en formation initiale et continue.

Conclusion

Devant la multiplicité des méthodes d'éducation somatique, Y. Joly (1993) constate : « Nous voici devant une discipline émergente qui repose essentiellement sur la pratique de méthodes spécifiques par ailleurs différentes à la fois techniquement et théoriquement. La synthèse si elle est possible ou même souhaitable n'est vraiment pas faite. » Cette constatation à propos des méthodes en éducation somatique peut se généraliser à l'ensemble des méthodes en rééducation qui nécessite une synthèse conceptuelle et méthodologique. Ne doutons pas que cette synthèse soit possible (grâce à l'universitarisation de la profession) et souhaitable si vous voulons rendre crédible ces enseignements aux yeux de la profession et du public. Notre profession qui a été construite sur des bases empiriques a favorisé la multiplicité des méthodes de rééducation. En remettant la charrue après les bœufs, elle pourrait évoluer vers une discipline scientifique et constituer un corpus de connaissances directement utilisable dans le cadre de la formation initiale dans l'intérêt des personnes en recherche de santé.



Franco&Fils



CONCEPTION

FABRICATION

D' APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX



Franco&Fils

ZONE INDUSTRIELLE - RN7 - 58320 POUQUES-LES-EAUX

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



WWW.FRANCOFILS.COM

RÉÉDUCATION DES RÉSIDENTS EN MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉ (MAS) EN FONCTION D'UNE GRILLE D'ÉVALUATION DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Par Dr R.HUSSLER
Cadre de Santé MKDE
Docteur en Sciences de l'Education

Résumé

Compte tenu de la situation particulière des personnes en situation de polyhandicap (cognitif, moteur et parfois associé à un handicap sensoriel), la rééducation se doit d'être spécifique et consécutive à une évaluation précise. Cet article propose d'une part une grille d'évaluation des capacités motrices en tenant compte du handicap cognitif et d'autre part un protocole de rééducation adapté au niveau d'évolution motrice.

Introduction

Les résidents des instituts de type MAS possèdent différents niveaux de capacités motrices et cognitives. L'intrication de l'handicap moteur et cognitif nécessite une évaluation spécifique car l'un impacte sur l'autre et vice versa. Afin de faciliter la rééducation des résidents, il peut être utile de catégoriser les résidents en fonction de ce double handicap. Il est ainsi possible d'effectuer une liste de résidents en fonction de cette catégorisation ce qui facilite l'analyse des situations, la transmission aux autres professionnels de santé, aux nouveaux rééducateurs ainsi qu'aux remplaçants, et oriente le changement du matériel adapté aux besoins évolutif des résidents.

Catégorisation

Cette catégorisation peut s'effectuer sur le critère de la capacité à la marche fonctionnelle en milieu institutionnel. Nous pouvons ainsi différencier 6 niveaux :

Niveau 1 : Marche autonome sécurisée

• Description

Le résident effectue de sa propre initiative une marche fonctionnelle et sécurisée sans l'aide d'un professionnel de santé.

• Rééducation

Dans ce cas, le rééducateur est vigilant quant à la possible dégradation des fonctions motrices (spasticité, processus lié au vieillissement, etc.). Certaines activités ré-éducatives peuvent être proposées visant à maintenir le plus longtemps possible les capacités motrices et cognitives (balade extérieure, piscine, équithérapie, espace Snozelen, etc.)

Niveau 2 : Marche autonome non sécurisée

• Description

Le résident effectue de sa propre initiative une marche fonctionnelle mais non sécurisée. (Raideur articulaire et/ou musculaire, Flessum, vieillissement, etc.)

• Rééducation

Ce niveau nécessite, pour l'accompagnement à la marche, l'aide d'un professionnel de santé ou d'un matériel adapté car le risque de chute est majoré. Le matériel utilisé est fonction des capacités cognitives (trotteur, déambulateur, cannes, etc.)

Niveau 3 : Marche assistée sécurisée

• Description

Le résident peut effectuer une marche fonctionnelle et sécurisée mais ne prends pas l'initiative d'une telle marche. Il a besoin de l'aide d'un professionnel pour l'inciter et l'accompagner dans sa marche.

• Rééducation

A ce niveau, le rééducateur peut proposer au résident d'effectuer une marche en milieu sécurisé (institutionnel) ou extérieur à l'institution.

Niveau 4 : Marche assistée non sécurisée

• Description

Le résident peut effectuer une marche fonctionnelle mais non sécurisée (risque de chute) et ne prends pas l'initiative d'une telle marche (ou très limitée).

• Rééducation

Le risque de chute étant présent nécessite le soutien actif du professionnel ou d'un matériel adapté (trotteur type youpala).

Niveau 5 : Marche inadaptée

- **Description**

Il peut s'agir de résident vieillissant avec possibilité motrice diminuée ou bien un résident ne voulant plus marcher.

- **Rééducation**

Dans ce cas, il est important de maintenir la fonction posturale du résident. En outre, cela peut constituer une aide non négligeable pour l'équipe de soin (prévention des Troubles Musculo Squelettiques). Le verticalisateur permet d'obtenir ce résultat dans la mesure où le résident est coopérant.

Niveau 6 : Marche inadaptée

- **Description**

La verticalisation est considérée comme inadaptée soit par non coopération du résident soit parce que les amplitudes articulaires (chevilles, genoux, hanches) sont limitées et contrin-

diquent la verticalisation.

- **Rééducation**

Dans ce cas la rééducation motrice consiste entre autre dans la prévention des raideurs articulaires et ou musculaires (et le maintien de la fonction posturale assise si possible)

Conclusion

Cette grille constitue un premier essai d'aide au Diagnostic Kinésithérapique et en outre doit être adaptée aux spécificités de chaque centre d'accueil. Il est ainsi possible, en fonction d'une évaluation initiale à l'entrée, de catégoriser les résidents en fonction de niveaux de capacités motrices et de déterminer la nécessité d'une aide humaine et ou matérielle adaptée. Il est aussi possible de faire évoluer certains résidents d'un niveau à l'autre ou le cas échéant de préserver au maximum ses capacités motrices et faciliter ainsi le travail des autres professionnels.

Tableau récapitulatif

N°	Intitulé	Liste des résidents	Rééducation
1	Marche autonome sécurisée	-	-
2	Marche autonome non sécurisée	-	-
3	Marche assistée sécurisée	-	-
4	Marche assistée non sécurisée	-	-
5	Marche inadaptée	-	-
6	Verticalisation inadaptée	-	-



7^{ème} congrès national

Les Kinési-préventeurs en action
Notre santé pour deux mains



Paris
27 et 28 mai 2016



<http://cnpk.org/congres/>

EMI-TAPE

- SOUTIEN DE L'ARTICULATION
- REDUCTION DE LA DOULEUR
- EFFET DRAINANT
- PREVENTION DES BLESSURES
- TONIFICATION MUSCULAIRE



www.emi-medical.com

RUBRIQUE ORO-MAXILLO-FACIALE



CHIRURGIENS ET KINESITHERAPEUTES ORO-MAXILLO-FACIAUX, UN PARTENARIAT QUI GRANDIT

Par le Pr G. MARTI
A-H. BOIVIN
C. TRONNEL-PEYROZ
F. BIGOT

Dans ce numéro 15 les auteurs nous rendent compte du dernier congrès de la Société Française de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale.

Le titre de l'article est évocateur : Chirurgien et Kinésithérapeute Oro-maxillo-faciaux, un partenariat qui grandit. Les lignes bougent d'année en année. Le verrouillage académique cède peu à peu la place à une réalité de pratiques plus collectives et de moins en moins pyramidales.

Parallèlement cela oblige les professions de rééducation à devenir rapidement plus rigoureux.

La démarche doit être plus scientifique. Avoir un regard différent du regard académique est positif, encore faut-il apporter des arguments et des preuves résistants à l'analyse.

Les rencontres pluridisciplinaires finissent par faire évoluer les esprits. Ce travail en équipe est le résultat de rencontres, alors qu'il devrait faire partie intégrante de notre culture. Pour cela il faut apprendre à regarder et à écouter l'autre, avoir en tête que toute connaissance est limitée. Montaigne nous l'affirme dans les essais : « nous ne sommes savants que de la science présente »

FC

Rapport du 52^{ème} Congrès de la SFSCMFCO (Société Française de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale), Lyon 2-5 Octobre 2016.

Le menu offert était abondant car il s'agit d'une spécialité à l'intersection de plusieurs pratiques (ORL, ophtalmologie, neurochirurgie, chirurgie plastique et esthétique, odontologie) et faisant face à une quantité de pathologies humaines aussi diverses que complexes (traumatismes, tumeurs, dysfonctions, infections, malformations congénitales ou acquises, complications dentaires).

Les grands chapitres du congrès

- ATM-ventilation-manducation et orthognathie
- Chirurgie Orale
- Reconstruction des maxillaires
- Journée infirmières
- Communications libres
- Posters

Huit MASTERCLASS ont été offertes pendant la journée pré-congrès dont une dédiée exclusivement à la rééducation oro-maxillo-faciale.

Au podium, la parole a été donnée à chacune des approches de l'ATM:

- Ventilation
- Occlusion et bruxisme
- Orthodontie
- Chirurgie orthognathique
- Rééducation
- Douleurs et psyché
- Acouphènes
- Pathologies rhumatismales
- Malformations congénitales
- Ankylose
- Injections toxine botulinique
- Arthroscopie et arthrocentèse

- Chirurgie et prothèses d'ATM
- Vieillesse
- Douleurs oro-faciales chez l'enfant
- Luxations récidivantes

Ce congrès a permis de faire une mise au point de très bonne qualité sur :

- Les ressources chirurgicales
- La rééducation
- Les thérapies manuelles
- Les orthèses et gouttières
- L'occlusodontologie
- L'orthodontie
- Le psychisme et la sensibilisation centrale
- L'impact en médecine générale
- Les étiologies et conséquences ORL (obstructions nasales, acouphènes)
- Le SAHOS (Syndrome d'apnée hypopnée obstructives du sommeil)

Reprendre l'apport du congrès pour chaque rubrique de ces deux listes reviendrait à réécrire le book des résumés du congrès et le numéro correspondant de la Revue de Stomatologie de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Orale (Vol. 117 N4 Sept 2016 p>197-302).

Nous allons nous attacher à extraire des différents rapports la place donnée à la rééducation d'une part. D'autre part, nous allons témoigner de l'image et de l'impact que les rééducateurs ont laissé à leurs partenaires chirurgiens lors de ce congrès.

Place donnée à la rééducation oro-maxillo-faciale

Dès le rapport d'ouverture du congrès, son président, le Pr. François Cheynet (CHU Conception, Marseille) met l'accent sur le rôle de la ventilation et de son corolaire pathologique : la respiration buccale dans la genèse de nombreuses pathologies. Cet excellent résumé n'oublie rien, les praxies, la biomécanique, l'importance de la précocité de la rééducation pour éviter les postures pathologiques et en particulier la posture avancée de la tête (en encolure de cerf ou forward head posture).

Il est explicitement déclaré que l'obtention d'une occlusion de classe I 'après chirurgie orthognatique est totalement insuffisante pour garantir la stabilité des résultats.

Par ailleurs, pour ce qui est des objectifs thérapeutiques du traitement des DTM (Dysfonctions Temporo-Mandibulaires) avec désunion condylo-discal, il est devenu « acceptable » et « beaucoup plus réaliste » que la chirurgie ou les gouttières, de proposer une « gymnothérapie » visant à obtenir une néo-discisation des tissus discaux. Elle doit être proposée et adaptée par le rééducateur en fonction du bilan et non standardisée. Ceci devient un phénomène naturel pouvant apparaître dans l'enfance ou prendre plusieurs années.

Ce langage témoigne d'une évolution très significative de l'at-

titude chirurgicale ou occlusodontique prédominante il y a quelques années où la réparation ad integrum d'organes était l'objectif du chirurgien et où l'installation d'une occlusion parfaite celui de l'occlusodontiste ou de l'orthodontiste.

D'où les interminables discussions de chapelle entre occlusodontistes sur la définition de l'occlusion parfaite et les différentes approches, gnathologiques et autres, s'appuyant maladroitement sur des données anthropologiques et neuro-fonctionnelles pas toujours bien comprises. Va-t-on vers une simplification du problème où l'ATM devient une surface de glissement et un simple capteur de pression ?

La place donnée à la rééducation est citée, parfois détaillée mais ne fait plus aucun doute pour les pathologies des ATM liées à la ventilation, aux problématiques orthodontiques, à la stabilité des résultats en chirurgie, à la croissance, au vieillissement, aux luxations récidivantes, aux pathologies rhumatismales.

En revanche, il nous a semblé observer un progrès certain pour les traitements des acouphènes et du SAHOS. Pour les acouphènes, la prise en charge comprend la thérapie sonore et une prise en charge cognitivo-comportementale. Cependant, la présence de signes cliniques de DTM ou la modification acoustique des acouphènes motivent une rééducation. Pour la prise en charge du SAHOS une revue de la littérature n'a montré que 4 études traitant de la rééducation (littérature en langues française et anglaise). Une étude d'une équipe de kinés de Lyon portant sur 194 patients souffrant de troubles du sommeil montre que 100% des sujets avaient une dyspraxie linguale et de déglutition. Sur le fond, la présentation de la biomécanique du voile du palais a mis l'accent sur le rôle de celui-ci et du système VLPH (Vélo-Linguo-Pharyngo-Hyoidien) dans la genèse et le traitement rééducatif du SAHOS.

Enfin, il n'est pas une seule méthode interventionnelle, chirurgie, arthroscopie et arthrocentèse, injections de toxine botulinique, prothèses d'ATM qui ne pose comme postulat que les résultats sont fortement dépendants d'une rééducation complète, bien menée et active.

La place des rééducateurs dans un congrès de chirurgie maxillo-faciale

«Près de 20% des communications concernant l'ATM étaient directement liées à la rééducation»

Les organisateurs du congrès ont laissé une place importante aux kinésithérapeutes qui ont manifesté leur intérêt à communiquer à leur tribune. Près de 20% des communications concernant l'ATM étaient directement liées à la rééducation ou aux thérapies manuelles. Une kinésithérapeute a siégé comme modérateur lors d'une matinée complète.

On ressent pourtant dans cette main tendue une grande méconnaissance de la pratique rééducative de la part des chirurgiens. A leur décharge, on doit reconnaître qu'il leur est difficile de faire la part des choses entre la rééducation kinésithérapique, l'orthophonie, l'ostéopathie et autres thérapies manuelles, le talent personnel des orateurs pouvant faire illusion de fondement scientifique lors d'une courte présentation de 10 mn. (Orthophonistes et ostéopathes ont été très peu sollicités pour ce congrès).

La place accordée aux rééducateurs dans les futurs congrès dépendra de la part pris par ceux-ci dans de réelles équipes pluridisciplinaires.
 Il revient donc aux kinésithérapeutes la lourde tâche de se doter d'une littérature scientifique solide, basée sur la preuve et consolidée de justifications biomécaniques lisibles et indiscutables. Ils devront dans le futur, afin de consolider cette place de partenaires privilégiés des chirurgiens, se présenter dans un ordre qui ne soit pas dispersé et sans faire un étalage bruyant

des différences entre les « écoles ». Il faudra abandonner les dogmes et les gourous pour harmoniser les pratiques sur les bases communes qui auront été prouvées.
 Il faut se féliciter que lors de ce congrès c'est cette attitude qui a prédominé, montrant l'entrée dans un âge de maturité de cette rééducation oro-maxillo-faciale.

Problèmes exprimés par les chirurgiens maxillo-faciaux :

PROBLEMES CHIRURGIENS	REPONSES DES KINÉSITHÉRAPEUTES
Où trouver des kinés compétents en ROMF? (Rééducation Maxillo-Faciale)	Les listings issus des formations (DU Montpellier, Assas Formation Continue, DU Bordeaux ect..) ne garantissent pas la qualité de cette pratique. Il tient aux kinés de se présenter aux prescripteurs localement.
Manque de lisibilité et de codification des protocoles de kiné.	Avoir des bilans écrits standardisés avec contrôles de fin de traitement. Bilans interprétables par des non kinés et toujours apporter une conclusion thérapeutique.
Pratiques diverses non scientifiques.	S'il est légitime de rechercher tous les outils, en particulier pédagogiques, pour assurer l'apprentissage de praxies fonctionnelles, il ne faut pas baser sa pratique sur des gadgets et se faire connaître pour cela. Ne pas afficher de pratiques manuelles non prouvées scientifiquement même si le discours pour le patient doit être simplifié pour être comprise et emporter l'adhésion au traitement.



Tableau de conclusion : « Road Map du rééducateur oro-maxillo-facial » :



Petit lexique :

- **L'occlusodontie** : domaine de la stomatologie ou de la dentisterie qui vise à rétablir une bonne fonction de l'appareil manducateur ou de la bouche.
- **Discisation** : formation d'un nouveau disque
- **Gnathologique** : domaine spécial de la dentisterie. En rapport avec l'occlusion et le fonctionnement du système manducateur, osseux et musculaire.
- **Arthrocenthèse** : prélèvement de liquide synovial pour analyse et surtout l'injection de substances dans une articulation.
- **Orthognatie** : qui concerne les rapports osseux et l'occlusion



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



REVUE ÉLECTRONIQUE GRATUITE

DE KINÉ À KINÉ

PLUS DE 10 000 LECTEURS PAR MOIS

RUBRIQUE NUTRITION



LE CALCIUM: INDISPENSABLE POUR NOTRE SANTE

Shana SITBON
Diététicienne - Nutritionniste

Les apports alimentaires de calcium sont en baisse depuis 15 à 20 ans, notamment en raison d'une moindre consommation de lait et de fromages, mais aussi de céréales riches en calcium.

Différents enquêtes ont montré que notre alimentation ne couvrirait plus nos besoins, surtout chez l'adolescent(e)s, les femmes ménopausées et les sujets âgés.

Il est de ce fait important d'apprendre à varier les sources de calcium.

De plus, le calcium est considéré comme essentiel pour les os et les dents, il est l'un des minéraux les plus connus. Mais le connaissez-vous vraiment?

I. Pourquoi avons nous besoin de calcium?

Le calcium est un des minéraux le plus important dans l'organisme. Il est présent quasiment partout dans notre organisme. Localisé à 99% dans le squelette, il participe à plusieurs fonctions très importantes :

- Il intervient dans la solidité, la rigidité de l'os et de l'émail dentaire: il permet notamment le maintien de la « minéralisation osseuse » via la fixation du calcium sur l'os.
- **La coagulation sanguine** : il a un rôle modérateur de l'excitabilité neuromusculaire et intervient dans la coagulation du sang.
- **La contraction musculaire** : il est nécessaire à la contraction et à la relaxation musculaire. Celles-ci nécessitent une quantité non négligeable de calcium. Il permet d'atténuer les crampes au niveau des jambes lors d'une grossesse. Le cœur étant un muscle, il contrôle également le rythme cardiaque.
- **L'influx nerveux** : il participe au bon fonctionnement du système nerveux. Il agit également comme antidépresseur, il favorise l'endormissement et atténue le syndrome prémen-

«**Localisé à 99%
dans le
squelette[...]**»

truel chez la femme. En facilitant l'action de l'acétylcholine (un neurotransmetteur) il participe également à la mémoire et à l'apprentissage.

- **Le contrôle du poids** : chez les enfants, il diminuerait la quantité d'insuline produite et donc la capacité de stockage en graisse de l'organisme.

II. Quels sont les apports nutritionnels conseillés ?

Le calcium est très important à tous les stades de la vie, néanmoins nos besoins peuvent être particulièrement important à certains moments.

Ainsi, on constate que les besoins en calcium augmentent au fil des années.

Les Apports Nutritionnels Conseillés (ANC) sont de :

- 500 mg chez le nourrisson,
- 700 mg chez l'enfant de 4 à 6 ans,
- 900 mg chez l'enfant de 7 à 9 ans
- 1200 mg jusqu'à 19 ans.
- Chez l'adulte, les ANC sont de **900 mg**.
- Chez la femme de **plus de 55 ans** (soit après la ménopause) et chez les personnes âgées les besoins sont augmentés à cause des pertes osseuses: les ANC pour ces deux populations passent à **1200 mg par jour**.

III. Quelles sont les sources de calcium?

Le lait et les produits laitiers constituent une des principales sources de calcium.

Hormis les produits laitiers, certains fruits ou légumes sont également une bonne source de calcium.

Aliments	Portions	Teneur en calcium (mg)
Lait	1 verre (100mL)	100
Yaourt	1 pot (125g)	150
Fromage pâte dure	30g	270
Fromage pâte molle	30g	120
Légumes secs	1 poignée avant cuisson (75g)	50
Légumes verts	1 assiette (200g)	95

Enfin, certaines eaux minérales apportent également une quantité non négligeable de calcium.

LES 10 EAUX LES PLUS RICHES EN CALCIUM



Pour assurer un bon apport calcique, les spécialistes recommandent que 2/3 du calcium alimentaire soit apporté par le lait et les dérivés, et le tiers restant par les végétaux.

IV - Les facteurs influençant l'absorption du calcium

Certains paramètres influencent l'absorption du calcium :

- **Les circonstances physiologiques** : certains états augmentent le taux d'absorption (ex: grossesse, croissance, allaitement...), car l'organisme a la capacité de se réguler naturellement pour recevoir davantage de calcium lorsqu'il a besoin de plus larges quantités.
- **L'environnement alimentaire** : ce que nous mangeons influence également le taux d'absorption du calcium. En effet, certains aliments facilitent son absorption (ex.: le lait, l'acide citrique, les aliments riches en vitamines C et D ou les aliments riches en phosphore) alors que d'autres peuvent l'en empêcher (ex.: la caféine, l'excès de sodium, les phytates ou encore les oxalates).

V. Comment diagnostiquer une carence en calcium et quelles en sont les conséquences?

La carence en calcium se manifeste par divers signes plus ou moins graves. On observe :

- **Des atteintes osseuses** : des apports insuffisants en calcium poussent notre organisme à **puiser le calcium des os**, ce qui entraîne un risque accru d'apparition d'une maladie très courante chez les femmes ménopausées et les personnes âgées, appelée l' **ostéoporose**. Cette maladie, comme son nom l'indique, rend les os poreux: elle **diminue la densité osseuse** de la personne qui voit alors son risque de fractures fortement augmenter. Une défi-

cience en calcium est la cause également de la survenue de **l'ostéomalacie** (déformations osseuses chez l'adulte) ou du **rachitisme** (chez l'enfant).

- **Des atteintes nerveuses** : des troubles comme une irritabilité soudaine, des problèmes de sommeil ainsi qu'une dépression permanente peuvent indiquer une carence en calcium. Des crampes ainsi que des phases de tétanies peuvent être également manifestes.
- **Des atteintes cutanées** : un eczéma peut être le signe d'une carence en calcium.

Conclusion

Certes, il n'est pas évident de savoir si votre alimentation comporte suffisamment de calcium. Pourtant, il suffit d'ajouter à chaque repas un aliment riche en ce minéral pour couvrir les apports quotidiens recommandés.

Voici un menu type pour enrichir votre alimentation. Le principe de base étant de consommer un aliment riche en calcium à chaque repas.

Petit déjeuner :

- 1 café au lait (50ml)
- 2 tartines de pain + beurre
- Un verre de jus d'orange (150 ml)

Déjeuner:

- 1 volaille (150g)
- 100 g de légumes secs



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>