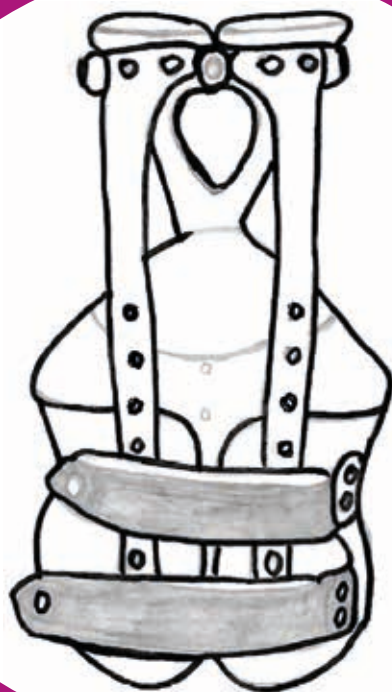


Association des Jeunes en Médecine Physique et de Réadaptation

AJMERAMA

N° 03 Juin - Juillet 2022



Corset Milwaukee



FOCUS
▼ **SUR**

**L'appareillage
en MPR**

La MPR dans le monde

Zoom sur les Antilles

Interview

Maxence, 22 ans, agénésie du membre inférieur droit et coach sportif

Zoom sur

Les différents types de corsets



Jardin de Balata - Fort-de-France (Martinique)

 **AJMER**
Association des Jeunes en Médecine
Physique et de Réadaptation

www.ajmer.fr



R É S E A U
P R O
S A N T É

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France

e
pôle emploi

UniHA
Union Hospitalière de l'Île-de-France

FEHAP
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS À TITRE D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

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

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



ÉDITO

**“ Le voici, le voilà,
le troisième numéro de
l’AJMERAMA,
le magazine officiel de
l’AJMER ! ”**

Dans ce nouveau semestriel, nous avons choisi d’aborder un sujet phare de notre belle spécialité : l’appareillage ! Vous y trouverez des informations sur la prise en charge du patient amputé, de quoi se compose une prothèse, comment prescrire en appareillage etc., mais aussi un article spécial sur la douleur de membre fantôme !

Nous vous invitons également dans un voyage à travers le temps afin de découvrir l’Histoire de l’appareillage et l’évolution des différentes prothèses.

Vous découvrirez Maxence, appareillé du membre inférieur droit depuis l’âge de 2 ans, qui nous raconte son quotidien et sa passion pour le sport ! Et plein d’autres surprises encore !

Bonne lecture à tous !

Camille, Justine, Chloé & Nawale



Médecin MPR (H/F) Et si on travaillait ensemble ?

Nos cliniques, spécialisées en soins de suite et de réadaptation,
RECHERCHENT DES MÉDECINS MPR (H/F) PASSIONNÉS !
Nous recrutons dans toute la France.
RENCONTRONS-NOUS !



POURQUOI VOUS ?

- Parce que vous aimez travailler avec une équipe paramédicale pluridisciplinaire
- Parce que vous souhaitez intégrer une entreprise favorisant la mise en œuvre de projets médicaux innovants et qui saura être à l'écoute de vos idées
- Parce que vous aspirez à une activité diversifiée et riche en partenariats
- Parce que votre expertise technique et humaine sera au service des patients qui nous sont confiés

POURQUOI CHEZ NOUS ?

- Parce que vous serez entouré d'une équipe complète, à taille humaine et pourrez vous appuyer sur des plateaux techniques modernes, dédiés à la qualité des soins
- Parce que vous intégrerez un réseau de cliniques MPR réparties sur toute la France, encourageant les échanges et la complémentarité des compétences
- Parce que votre carrière sera enrichie de formations complémentaires, validantes et agréées
- Parce que nous sommes attentifs à vos attentes et ouverts sur les modalités d'exercice (temps plein ou partiel, salarié ou libéral)

POUR POSTULER, ENVOYEZ VOTRE CV À : MEDECIN-RECRUTEMENT@ORPEA.NET

SOMMAIRE

FOCUS SUR L'appareillage en MPR	6
INTERVIEW Interview de Maxence, 22 ans, agénésie du membre inférieur droit et coach sportif	16
LA RECHERCHE EN MPR Quelques astuces pour optimiser ses recherches bibliographiques	19
LA MPR DANS LE MONDE Zoom sur Les Antilles	24
ZOOM SUR Les différents types de corsets	27
L'ICONO DU JOUR Spondylodiscite chez l'enfant	30
FAQ On répond à vos questions	33
AVANT DE SE QUITTER... Rébus / Mots croisés	34
AGENDA L'Agenda de l'AJMERAMA	35
LES ANNONCES DE RECRUTEMENT	37

ISSN : 2825-5968

AJMER, Association Loi 1901.

E-mail : contact@ajmer.fr - Site : <https://www.ajmer.fr>

Editeur et régie publicitaire : Réseau Pro Santé - M. Tabtab, Directeur - 14, Rue Commines - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05 - E-mail : contact@reseauprosante.fr - Site : <https://reseauprosante.fr>

Maquette et mise en page : We Atipik - www.weatipik.com

Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

L'appareillage en MPR

Histoire des prothèses du membre supérieur

Dans cet article, nous vous proposons un point historique sur l'évolution des prothèses du membre supérieur à travers les âges en vous décrivant quelques modèles clés qui ont mené à nos prothèses myoélectriques actuelles.

L'idée de suppléer artificiellement un membre a toujours intrigué et fasciné l'Homme ; cette pratique était déjà développée dans la mythologie grecque puis romaine, ce que nous relatait Ovide dans *les Métamorphoses* et le mythe de Pélops. En voici un extrait : « Pélops, fils de Tantale, fut coupé en morceaux et servi à un festin des dieux qui, ayant découvert le crime, jetèrent dans un vase les membres du jeune prince ; Clotho l'en retira plus beau que jamais : il ne lui manquait qu'une épaule que Cérès avait mangée ; Jupiter la remplaça par une épaule d'ivoire ».

Le fait de remplacer un membre nous fascine toujours autant comme peuvent en témoigner les nombreux

films et séries comme *Super Jaimie (The bionic woman)* ou son pendant masculin *L'homme qui valait trois milliards (The six million dollar man)*. Dans ces séries des années 70, cette femme et cet homme bioniques sont mis en avant et sauvent notre monde !

Mais revenons au passé.

Les civilisations indienne, égyptienne ou encore précolombienne avaient déjà décrit des appareillages du membre inférieur ou du tronc mais pas du membre supérieur. C'est dans l'Antiquité gréco-romaine que l'on trouvera les premières traces spécifiques de cette intervention.

L'Antiquité

Le monde gréco-romain a permis une forte progression de l'orthopédie, tout d'abord grâce à Hippocrate qui a travaillé sur les fractures, les pieds bots et les luxations. Par la suite, les Romains, par leurs connaissances et leur dextérité en matière d'amputation, ont pu contribuer à faire avancer la réflexion autour des prothèses.



Hippocrate (-460;-377)

Il a fallu attendre le 1^{er} siècle après Jésus-Christ pour retrouver, dans *l'Histoire Naturelle* de Pline l'Ancien (23-79), la description d'une prothèse du membre supérieur. Il y a décrit une « main droite en fer » qui avait été fixée au bras d'un guerrier pour qu'il puisse



Pline l'Ancien (23-79)

continuer à participer à la seconde guerre Punique (-218 à -201). Cette « main d'assistance », composée d'un système mécanique de préhension passive par un groupe de doigts, lui servait à tenir un petit bouclier rond. Le fait que Pline l'Ancien ne décrive pas en détail cette main montre que les médecins de cette époque connaissaient bien les possibilités fonctionnelles de cette prothèse.

Du IV^{ème} siècle au XIV^{ème} siècle

Du IV^{ème} au XIV^{ème} siècle, il n'y a eu que peu d'avancées en orthopédie tant Hippocrate a marqué l'histoire de la médecine. Quelques techniques chirurgicales ont pu être décrites, quelques avancées en traumatologie ont été faites mais l'orthopédie a été reléguée au second plan pendant presque un millénaire.

Accélération de l'évolution prothétique au cours des XV^{ème} et XVI^{ème} siècles

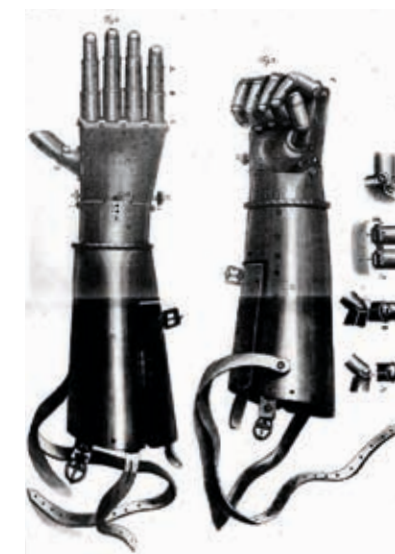
Il a fallu attendre la fin du Moyen Âge pour que les prothèses du membre supérieur s'améliorent. À cette époque il était fabriqué des « prothèses armures » qui étaient mues par la main saine.

La main de fer de Götz von Berlichingen

Götz von Berlichingen est un chevalier allemand du XVI^{ème} siècle qui, lors de l'une de ses expéditions militaires, a perdu sa main droite qui fut remplacée par une main de fer en 1504. Ce chevalier a connu un prestige posthume grâce au drame de Goethe qui porte son nom (1773) et à la pièce de théâtre de Sartre *Le Diable et le Bon Dieu* (1951).

Cette « prothèse armure » est une main à crémaillère avec des ressorts lames pour exercer les mouvements de flexion et d'extension des doigts. Un gantelet entouré d'une courroie permet de fixer cette main au moignon. Les doigts et l'hallux sont indépendants les uns des autres, l'opposition de l'hallux est possible et toutes les phalanges sont articulées.

L'objectif était certes esthétique mais aussi fonctionnel pour permettre à ce guerrier de poursuivre les combats. Le Chevalier Götz von Berlichingen était surnommé la « Main de Fer » ce qui mettait positivement en avant son handicap.



Main de Götz von Berlichingen

Ambroise Paré (1509-1590), chirurgien du Roi et des champs de bataille, est considéré comme le père de la chirurgie moderne. Il a élaboré d'ingénieux mécanismes de fabrication des prothèses des membres inférieur et supérieur.



Ambroise Paré (1509-1590)

Trois de ses prothèses du membre supérieur ont attiré notre attention : la main métallique, la prothèse du bras et la main en cuir bouilli.

La main métallique et la prothèse du bras ont été réalisées par Le Lorrain, un adroit artisan travaillant pour Ambroise Paré. Il a donné son nom à ces prothèses.

Les doigts de cette main savante sont constitués de petites plaques articulées entre elles et reliées par un ressort à une crémaillère ronde fixant la position des doigts. Les doigts sont indépendants. L'extension se fait par un bouton (ou *gaschette*) qui libère toutes les crémaillères en même temps. La face palmaire des doigts n'est pas en métal mais dans une matière beaucoup plus souple telle que du cuir ou du tissu. L'intérêt d'un matériau mou est de permettre l'augmentation de la surface de préhension par l'aplatissement des tissus.

La prothèse du bras est intéressante car elle possède un coude mécanique pouvant se bloquer dans plusieurs positions : le patient peut fixer cette articulation plus au moins en flexion ou en extension.

Cette “prémisse de coude articulé” est constituée d’une crémaillère extérieure avec un ressort spiral de rappel. Sur ce bras peut se fixer la main métallique décrite précédemment.

Ces deux prothèses restent cependant des « prothèses armures » même si elles apportent une avancée dans l’utilisation des matériaux avec une maximisation de l’adhérence et de la surface de préhension et des techniques de blocage du coude. Elle a d’ailleurs été portée par un capitaine de l’armée française du XVI^{ème} siècle au combat.

La troisième prothèse est la main en cuir bouilli, beaucoup plus légère et esthétique. Elle signe la fin des prothèses armures en permettant la réalisation de travaux beaucoup plus fins tels que l’écriture. Sur ce dessin, la main en cuir bouilli porte une plume d’oie.



Main en cuir bouilli, photo issue de l’Étude sur les amputations et des articulations des membres, P. Huard, 1940, bibliothèque de l’Université de la Timone, Marseille.

Les appareils d’Ambroise Paré ont par la suite été utilisés jusqu’à la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle, époque à laquelle on a commencé à imaginer des mains à motricité indépendante : la main artificielle n’ayant plus besoin de la main de chair pour se mouvoir.



Main métallique et prothèse du bras, photo issue de l’Étude sur les amputations et des articulations des membres, P Huard, 1940, bibliothèque de l’Université de la Timone, Marseille.

En bas, Bras du petit Lorrain :

1. Bracelet de fer pour la forme du bras
2. Arbre mis en dedans du grand ressort pour le tendre
3. Grand ressort qui est au coude lequel doit être d’acier trempé, et de trois pieds de longueur au plus
4. Roquet
5. Gaschette
6. Ressort passant sur la gaschette et arrêtant les dents du roquet
7. Clou à vis pour fermer ce ressort
8. Tornant de la hausse de l’avant-bras au-dessus du coude
9. Trompe du gantelet fait à tornant avec le canon de l’avant-bras qui est à la main, lesquels servent à faire la main prône et supine : c’est à sçavoir prône vers la terre et supine vers le ciel.

Le XIX^{ème} siècle et les bras artificiels automoteurs

En 1818, De Graeffe eut l’idée de fabriquer des bras artificiels susceptibles de mouvements spontanés, provoqués par des cordes à boyaux et des ressorts, prenant appui sur un corset enveloppant le tronc et les épaules. Cette idée devait servir de base à de nouveaux types d’appareils : les bras artificiels automoteurs.

Le Comte de Beaufort retrace dans son *Essai sur la prothèse du bras et de la main* paru en 1861, la fabrication de son bras automoteur qu’il nomme « bras artificiel utile » et sa main artificielle.

Le bras artificiel se compose de deux gaines en cuir réunies par deux ressorts (O O) qui agissent en ex-

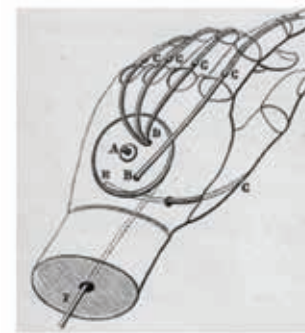
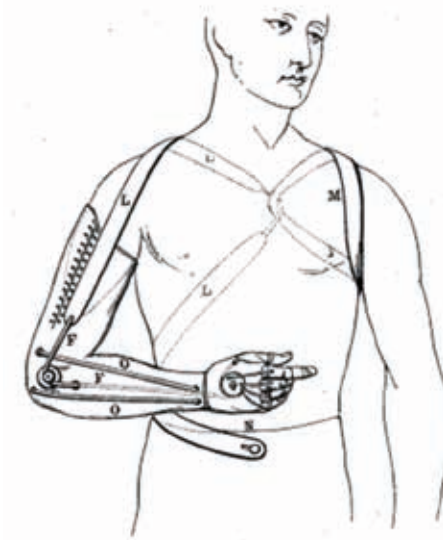
centriques sur l’articulation du coude ; l’un tend à lever et l’autre à baisser l’avant-bras.

La main artificielle possède des doigts rigides dont seul l’hallux est à charnière. Le pouce est maintenu en état de pression contre l’index au moyen d’un ressort pour effectuer la fonction de pince et tenir un chapeau ou un livre par exemple.

Reprenons les mots du Comte de Beaufort pour illustrer le fonctionnement de cette prothèse avec la terminologie de l’époque :

“Les doigts sont maintenus dans un état de flexion par des ressorts qui, placés dans l’épaisseur de la main,

sont fixés à l’intérieur du poignet et aux premières phalanges. Les cordes à boyau BC et DC sont, par opposition, attachées à la surface dorsale des mêmes phalanges et sont fixées à une poulie A qui reçoit le mouvement de la corde à boyau F. À cette corde aboutit la courroie motrice L ; celle-ci, fixée à son extrémité opposée au bouton N placé sur le devant de la ceinture du pantalon, glisse dans une embrasse M portée sur l’épaule saine et passant sur l’épaule oppo-



Dessins extraits de l’Essai sur la prothèse du bras et de la main paru en 1861 du Comte de Beaufort, document fourni par le bibliothécaire de l’Université de la Timone.

XX^{ème} et XXI^{ème} siècles

Le XX^{ème} siècle, avec l’accélération des recherches concernant la biomécanique et l’utilisation de l’électromyographie, a permis le développement des prothèses myoélectriques. Comme son nom l’indique, une prothèse myoélectrique fonctionne grâce aux contractions musculaires du patient. De façon simplifiée, la contraction musculaire engendre une tension électrique très faible pouvant être mesurée sur la peau. Ces contractions sont amplifiées et utilisées pour effectuer les différents mouvements de la prothèse. C’est en 1947 qu’est créé le premier prototype

sée, s’attache enfin à la corde déjà mentionnée, dont le trajet s’effectue par l’axe du coude et le centre du poignet, jusqu’à la corde de la poulie A. Cette disposition permet d’utiliser les divers mouvements du corps qui se produisent lorsque le dos se voûte ou se cambre.”

Et il ajoute :

“Quand on veut ouvrir la main, on arrondit les épaules en prenant une pose qui tend la courroie L dans tout son parcours : cette disposition préparatoire suffit pour qu’un mouvement de l’épaule ou du bras détermine ensuite le jeu des doigts. Quand, au contraire, le corps n’offre aucune résistance à la courroie, le bras peut faire librement tous les mouvements, sans affecter aucunement la main.”

Explication de la gravure représentant un des doigts vu en coupe longitudinale

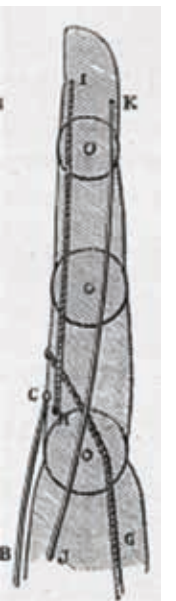
G : Ressort qui fait fléchir le doigt

H I : Ressort tendant à maintenir le doigt redressé

J K : Corde à boyau fixée, par ses extrémités, à la main et à la dernière phalange

Cette corde, dont le point fixe J est excentrique par rapport à la rotation du doigt, fait fléchir les phalanges supérieures lorsque la première s’abaisse.

Dessins extraits de l’Essai sur la prothèse du bras et de la main paru en 1861 du Comte de Beaufort, document fourni par le bibliothécaire de l’Université de la Timone.



Cette prothèse du Comte de Beaufort a aussi l’intérêt d’être très esthétique et de respecter les proportions humaines.

La dernière révolution est l'émergence des neuro-prothèses, prothèses directement reliées au système nerveux du patient, toujours en plein développement dont l'évolution est à suivre de près ces prochaines années !

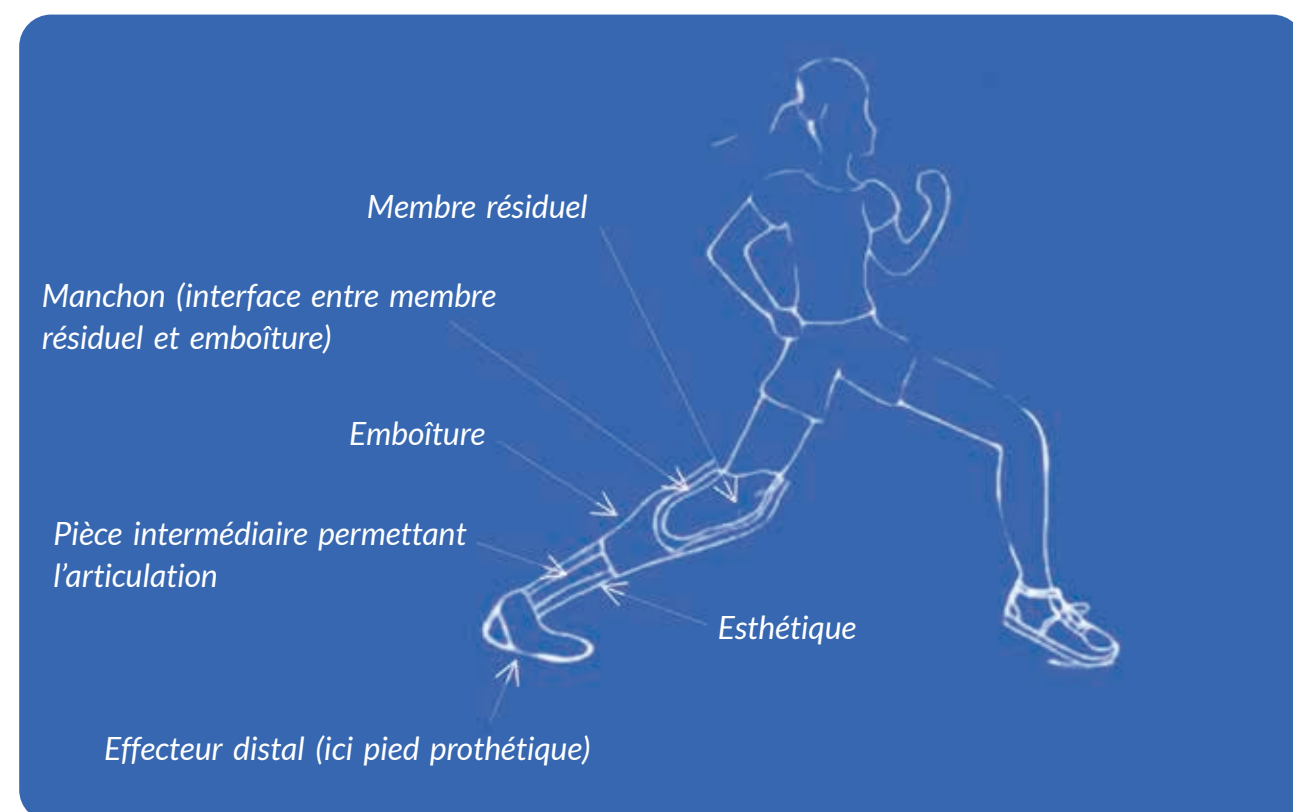
Bibliographie

- ♦ *Essai sur la prothèse du bras et de la main* paru en 1861 du Comte de Beaufort, document fourni par le bibliothécaire de l'Université de la Timone, Marseille ; Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France.
- ♦ *Étude sur les amputations et les articulations des membres*, P. Huard, 1940, bibliothèque de l'Université de la Timone, Marseille.
- ♦ *Histoire de l'orthopédie et des orthèses de l'Antiquité à la Renaissance*, Géraldine Laurent, thèse soutenue en 2015 à Nancy.

Je remercie tout particulièrement Laurent Dauvergne, bibliothécaire et conservateur de la bibliothèque de l'Université de la Timone de m'avoir donné accès aux ouvrages historiques concernant l'amputation et l'appareillage du membre supérieur.

Camille NOËL

Schéma des principaux composants d'une prothèse après amputation



Justine TREBUCQ

Petit guide pratique de la prescription en appareillage

Petit guide pour prescrire un appareillage

Il faut distinguer deux types d'appareillage : le petit et le grand appareillage.

Le petit appareillage représente les orthèses de série (exemple : genouillère, bas de contention...). La prescription s'effectue sur une ordonnance simple et le remboursement de ces orthèses se situe à 60 % par l'Assurance Maladie lorsque ces dispositifs sont inscrits sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR).

Petit point concernant la LPPR : Il s'agit d'une liste disponible sur ameli.fr qui référence tous les appareillages remboursables par l'Assurance Maladie et qui sont classés selon différentes catégories avec un codage spécifique pour chaque (codage choisi selon les matériaux, le type de moulage...).

Le grand appareillage est réalisé sur mesure par les orthoprothésistes. Il est prescrit sur une ordonnance composée de trois volets (un pour l'assuré, deux pour l'Assurance Maladie). Cet appareillage est prescrit initialement par les MPR ainsi que d'autres spécialités (rhumatologue, neurologue, neurochirurgien, chirurgien orthopédique...) mais le renouvellement à l'identique peut s'effectuer par le médecin généraliste. La prescription nécessite une entente préalable par l'Assurance Maladie qui dispose d'un délai de 15 jours

pour se prononcer et son absence de réponse équivaut à une acceptation de la prescription. Le remboursement s'effectue à 60 % hors ALD et à 100 % en ALD.

Concernant la prescription des fauteuils roulants, elle diffère selon le type de fauteuil (manuel ou électrique).

La prescription d'un fauteuil roulant manuel se réalise avec une ordonnance simple quelle que soit la spécialité du médecin. Elle peut se faire en location ou en achat et la prise en charge peut s'effectuer grâce à la Sécurité Sociale s'il est inscrit sur la liste LPPR.

La prescription d'un fauteuil roulant électrique s'effectue seulement par un médecin MPR. Un essai de fauteuil est systématique au préalable. La prescription est seulement possible à l'achat et il n'existe pas de location. Une demande préalable est nécessaire. La prise en charge par l'Assurance maladie peut s'effectuer si le fauteuil est inscrit à la LPPR et la MDPH peut intervenir en cas de remboursement partiellement réalisé pour les patients âgés de moins de 60 ans.

Sources

<https://www.ameli.fr>
<https://www.cofemer.fr>

La prescription spécialisée d'orthoprothèse

La liasse Cerfa numéro 12042*02 est le support préférentiel.

Les internes ne peuvent prescrire que sous couvert du médecin référent du patient (utilisation de son tampon et de sa signature).

• Mentions obligatoires de validité

- ♦ Nom, prénom, spécialité du médecin référent.
- ♦ Signature.
- ♦ Date.
- ♦ Numéro RPPS du prescripteur, le numéro FINESS de l'établissement.
- ♦ Coordonnées téléphonique, électronique du prescripteur (se trouvant la plupart du temps sur son tampon).

• Mentions obligatoires à la bonne exécution

- ♦ Désignation précise de l'appareil : description complète et détaillée de l'appareillage reprenant le libellé de nomenclature pour permettre une parfaite identification dans la nomenclature de la LPP.
- ♦ Conditions particulières d'utilisation : durée minimale d'utilisation prévue lorsqu'il s'agit d'un appareillage temporaire post-chirurgicale ou post-traumatique par exemple.

● Méthodologie de prescription

Sur la première page il faut décrire l'appareillage : les matériaux utilisés (ex : polypropylène, carbone, cuir), les moyens de jonction ou encore si c'est une première mise ou non. Actuellement, un nouvel appareillage ne peut plus se faire en cuir. Ce matériau peut être encore utilisé si les anciens appareillages du patient en étaient constitués.

Légende sur les ordonnances

1. Exemple pour des orthèses suro-pédieuses

- ♦ Orthèses suro-pédieuses droite et gauche en carbone avec appui antérieur, montant postérieur, lame pédieuse, sur moulage plâtré.
- ♦ Polyneuromyopathie responsable d'un déficit moteur des releveurs chez un jeune polyhandicapé marchant. Pieds plats valgus notamment à droite nécessitant la mise en place d'une semelle orthopédique correctrice à intégrer sur la lame pédieuse droite. Ce patient marche seul avec ses orthèses et sa semelle.

Sur la deuxième page l'on peut décrire la pathologie du patient et son examen clinique.

Nous vous recommandons de lire les cours du Campus MPR de l'Université de Lyon (campus-mpr.univ-lyon1.fr) pour avoir une description détaillée des différents appareillages.



2. Exemple pour des chaussures orthopédiques

- ♦ Première mise de chaussures sur mesure sur moulage, tiges sus-malléolaires, baleinage, barre rétro-capitale, soutien de voûte, anneau talonnier, talon avec biseau.
- ♦ Pieds plats valgus, hallux valgus bilatéral. Attaque trop importante par les talons, déformation des orteils. Marche avec une canne. Douleurs chroniques des pieds et des chevilles.

Qu'est-ce que la douleur fantôme ?

Quelques idées clés à retenir sur la douleur de membre fantôme

La douleur de membre fantôme, c'est quoi ?

Il s'agit de toute sensation douloureuse qui se rapporte au membre absent, amputé, déafférenté. C'est une douleur qui s'apparente aux douleurs neuropathiques et qui peut entraîner diverses sensations tel que des décharges électriques, des brûlures, une sensation d'écrasement...

S. Rouillet et al indiquent que la douleur de membre fantôme est présente chez plus de 70 % des patients amputés et s'installe dès les premiers jours de l'amputation pour 75 % des patients, indépendamment de leur âge.

À quoi est-elle dû ?

Les mécanismes impliqués sont encore incertains mais impliqueraient à la fois le système nerveux périphérique, la moelle épinière et les régions corticales et sous-corticales.

Quels outils de mesure peuvent être utilisés ?

L'évaluation de la douleur peut se faire quantitativement et qualitativement.

Concernant l'évaluation quantitative, plusieurs échelles peuvent être utilisées, à l'exemple de l'échelle visuelle analogique (EVA) dans laquelle le patient positionne l'intensité de sa douleur sur une ligne horizontale de 10 cm, ou encore de l'échelle numérique (EN), évaluant oralement la douleur de 0 à 10.

Concernant l'évaluation qualitative de la douleur de membre fantôme, le questionnaire de douleur de Saint-Antoine (QDSA) peut être utilisé. Il s'agit d'une version française du McGill questionnaire et se compose de 58 qualificatifs de la douleur répartis en différents groupes qui englobent les aspects sensoriels et affectifs de la douleur. L'échelle DN4, qui permet d'évaluer les douleurs neuropathiques, peut aussi être utilisée.

Quelle prise en charge peut être proposée ?

La prise en charge du patient présentant une douleur de membre fantôme est complexe. Nous citerons ici quelques exemples (liste non exhaustive).

- **Thérapeutiques pharmacologiques**

Il n'y a pas de réel consensus à l'heure actuelle concernant les thérapeutiques médicamenteuses. Celles-ci peuvent s'apparenter aux traitements des douleurs neuropathiques. On peut par exemple citer les antiépileptiques et notamment la GABAPENTINE dont l'efficacité antalgique à court terme a été avancée par Alviar MJM et al.

- **Thérapeutiques non pharmacologiques**

♦ La thérapie miroir est une technique fréquemment utilisée. Le patient est invité à placer ses deux membres de part et d'autre d'un miroir de façon à visualiser à la fois le membre sain mais aussi son reflet dans le miroir à la place du membre amputé. Divers mouvements répétés sont ainsi demandés au patient, donnant l'illusion que la fonction motrice du membre amputé est restaurée. Une approche similaire peut aussi être réalisée grâce à la réalité virtuelle.

- ◆ Katleho Limakatso et al. ont démontré l'efficacité de l'Imagerie Motrice dans la réduction de la douleur. Cette thérapie consiste à se représenter mentalement un mouvement sans le réaliser. La rééducation comprend ainsi une imagerie « implicite », où le patient est invité à reconnaître la latéralité de membres présentés en image ou en vidéo. Puis vient une partie « explicite » où le patient est amené à imaginer que son membre amputé est toujours présent et ainsi essayer de le représenter en train d'effectuer divers mouvements sans les exécuter réellement.



ENS

Neurostimulation centrale non invasive :

On peut citer par exemple la stimulation magnétique transcrânienne répétitive ou rTMS qui est actuellement en cours d'étude. Il s'agit d'un dispositif non invasif qui délivre une faible intensité de courant magnétique dans le but de moduler la plasticité cérébrale en activant ou en inhibant l'activité neuronale.

Prise en compte de la sphère psycho-sociale :

Enfin, les facteurs psychologiques et sociaux sont également à prendre en compte et à évaluer tout au long de la prise en charge. Diverses échelles peuvent être utilisées, à l'exemple du questionnaire SF-36 permettant d'évaluer la qualité de vie du patient ou encore les échelles d'Hamilton et Beck 2^{ème} génération permettant de dépister une dépression.

Sources

- Phantom limb pain : From physiopathology to prevention, S. Rouillet et al., 2009.
- Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises, X. Moisset et al., 2020.
- The effectiveness of graded motor imagery for reducing phantom limb pain in amputees: a randomised controlled trial, Katleho Limakatso et al., 2019.
- Optimizing Rehabilitation for Phantom Limb Pain Using Mirror Therapy and Transcranial Direct Current Stimulation, Camila Bonin Pinto et al, 2016.
- Effectiveness of mirror therapy, motor imagery, and virtual feedback on phantom limb pain following amputation: A systematic review, Laura Herrador Colmenero¹ et al., 2017.
- Médicaments pour le traitement de la douleur du membre fantôme chez les personnes ayant des membres manquants, Alviar MJM et al., Cochrane, août 2020.

Justine TREBUCQ

QUESTIONNAIRE DOULEUR SAINT-ANTOINE (QDSA)

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez d'habitude. Dans chaque groupe de mots, choisissez le plus exact. Donnez au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4.

Cotation : 0=Absent/Pas du tout 1=Faible/Un peu 2=Modéré/Moyennement
3=Fort/Beaucoup 4=Extrêmement fort/Extrêmement

A	Battements Pulsations Élancements En éclairs Décharges électriques Coups de marteau	
B	Rayonnante Irradiante	
C	Piqûre Coupure Pénétrante Transperçante Coups de poignard	
D	Pincement Serrement Compression Écrasement En étau Broiement	
J	Fatigante Énervante Éreintante	
K	Nauséuse Suffocante Syncopale	
L	Inquiétante Oppressante Angoissante	
M	Harcelante Obsédante Cruelle Torturante Supplicante	
N	Gênante Exaspérante Pénible Insupportable	

Extrait du questionnaire de Saint-Antoine

INTERVIEW

Maxence, 22 ans, agénésie du membre inférieur droit et coach sportif



Chloé est allée rencontrer Maxence Legras, atteint d'agénésie depuis sa naissance, afin de découvrir son quotidien !

Chloé : Est-ce que tu peux te décrire en quelques mots ?

Maxence : Je suis Maxence LEGRAS, j'ai 22 ans et je suis éducateur sportif. J'ai deux passions dans la vie, les chaussures et le sport !

Chloé : Depuis quand es-tu appareillé ?

Maxence : Je suis appareillé depuis 2001, à l'âge de 2 ans.

Chloé : Est-ce que tu peux nous parler de ta prothèse ?

Maxence : J'ai une prothèse avec un genou électronique qui s'adapte lorsque je marche en allégeant mon pas et qui rend ma prothèse beaucoup plus agréable à utiliser. J'ai aussi un frein hydraulique. Plus je m'appuie dessus et moins j'ai de chance de tomber, donc le but est d'avoir vraiment confiance en ma prothèse.

Chloé : As-tu d'autres appareillages ?

Maxence : Je dispose d'une prothèse de secours mais je ne m'en sers quasiment jamais.

Chloé : Est-ce que tu portes ta prothèse en permanence ?

Maxence : Je la porte en permanence pour me déplacer, lorsque je suis à l'extérieur et lorsque je conduis, mais je la retire dès que je peux à la maison. Je me déplace avec elle à l'intérieur mais ça reste quelque chose que je porte, un peu comme un vêtement, et je préfère la retirer à la fin de la journée. Je préfère l'enlever aussi lorsque je fais du crossfit.

Chloé : Est-ce que tu pourrais nous expliquer les avantages et inconvénients de ta prothèse ?

Maxence : Concernant les avantages, je citerais surtout le genou électronique qui apporte une réelle sécurité grâce au frein qui m'évite de tomber. Concernant les inconvénients, comme c'est l'objet avec lequel je passe le plus de temps, je m'y suis beaucoup habitué et je ne retrouve pas de réel défaut à citer car elle fait partie intégrante de mon quotidien. Il m'arrive parfois d'avoir mal mais ça passe rapidement en mettant de la crème pour calmer l'irritation.



Chloé : Quelles sont les limites de ta prothèse ?

Maxence : Je ne peux pas courir avec ma prothèse, ni faire du vélo ou encore faire des sauts. Il y a aussi quelques limites psychologiques avec le regard des autres de temps en temps.

Chloé : Combien as-tu eu de prothèses en tout ?

Maxence : Au départ j'avais une prothèse par an. C'est différent depuis six ans parce que plus j'avance dans le temps et moins j'ai besoin de la remplacer comme j'ai atteint l'âge adulte. Un changement de prothèse à l'heure actuelle va surtout dépendre de la façon dont mon corps évolue (par exemple si mon poids varie). Je la change maintenant tous les ans et demi voire tous les deux ans et c'est l'emboîture qui est le plus fréquemment changée ainsi que le genou qui est révisé tous les cinq ans.



Chloé : Concernant les frais de la prothèse, es-tu pris en charge entièrement ?

Maxence : Oui tout est pris en charge. Il me reste à payer l'assurance de la prothèse (environ 400 euros par an) ainsi que les consultations chez les spécialistes.

Chloé : As-tu prévu de la changer prochainement ?

Maxence : Ce n'est pas prévu, elle a été changée il y a 6 mois car l'emboîture était abîmée.

Chloé : Comment décrirais-tu la prothèse de tes rêves ?

Maxence : Je rêverais d'avoir une prothèse capable de me faire voler ! Ou sinon une prothèse capable de faire le ménage à ma place (rires).

Merci beaucoup Maxence pour ce témoignage et pour nous avoir partagé ton quotidien avec ta prothèse !

Et si vous voulez en savoir plus, je vous conseille d'aller regarder nos 2 supers vidéos réalisées avec Maxence disponibles ici :



**Ou sur le compte
Instagram de l'AJMER
@linterne2mpr**

Chloé PACTEAU

LA RECHERCHE EN MPR



Quelques astuces pour optimiser ses recherches bibliographiques

Combien de personnes parmi vous se sont tirées les cheveux devant le célèbre PubMed ou Google Scholar en ne sachant pas quels mots rentrer pour trouver des articles pertinents ? Comment bien utiliser ces moteurs de recherche d'articles scientifiques ? Tu trouveras ici quelques astuces qui t'aideront fortement.

Travaillons par exemple sur la thématique de l'impact d'une orthèse de membre inférieur sur la marche de personnes atteintes de Charcot-Marie Tooth.

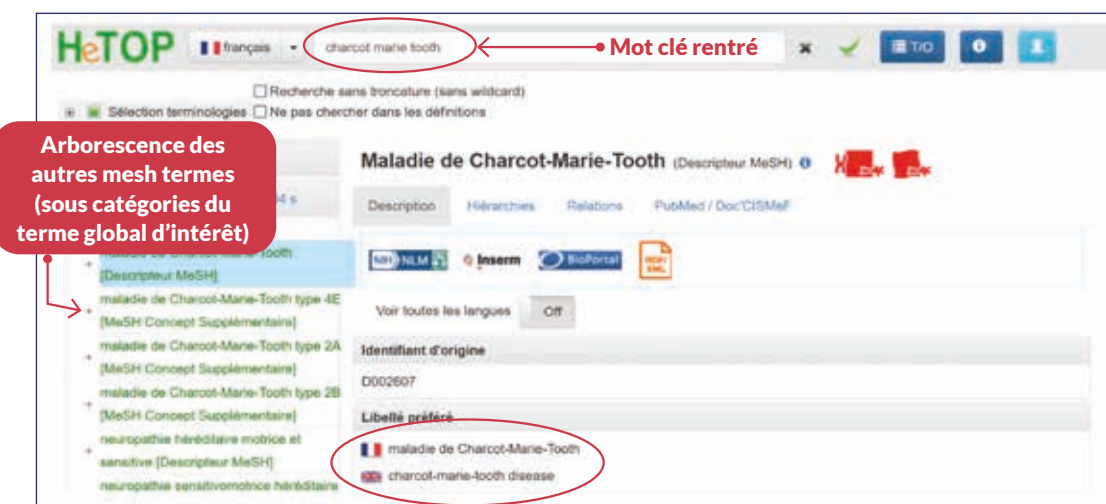
Trouver les bons mots-clés

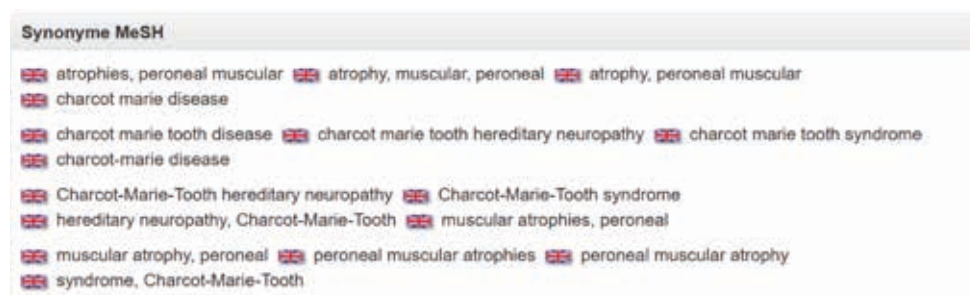
Astuce 1 . HeTop (Health Terminology/Ontology Portal)

<https://www.hetop.eu/hetop/>

C'est un portail de recherche HeTOP incluant les principales terminologies et ontologies de santé. Il contient plus de 3 millions de concepts disponibles dans plusieurs langues (parmi 55 langues) à travers 100 terminologies ou ontologies. Il fait partie de CISMef, qui est un système de métadonnées médicales en langue française concernant le Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française. Cette initiative a été lancée et est toujours maintenue par le Centre hospitalier universitaire de Rouen - Hôpitaux de Rouen.

Concrètement comment ça marche ?



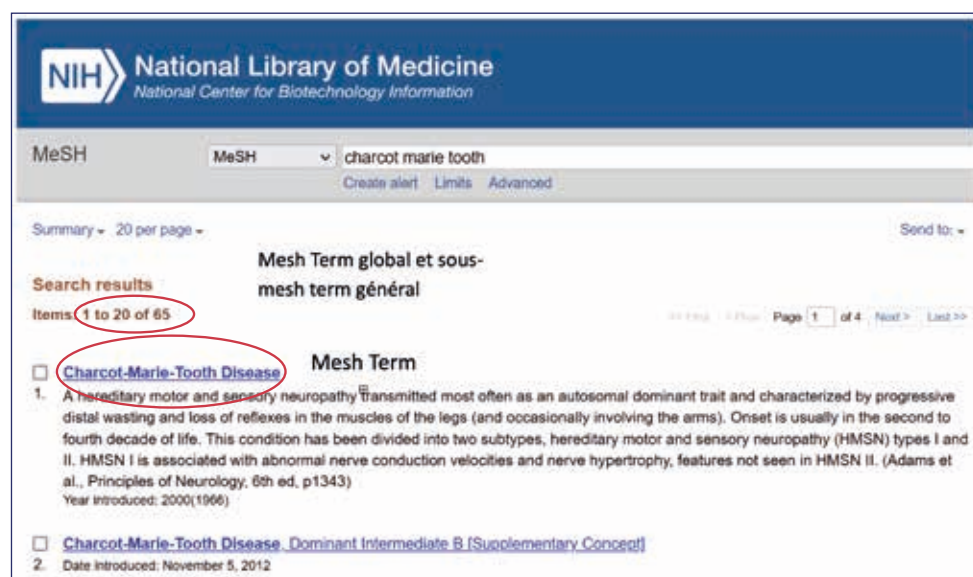
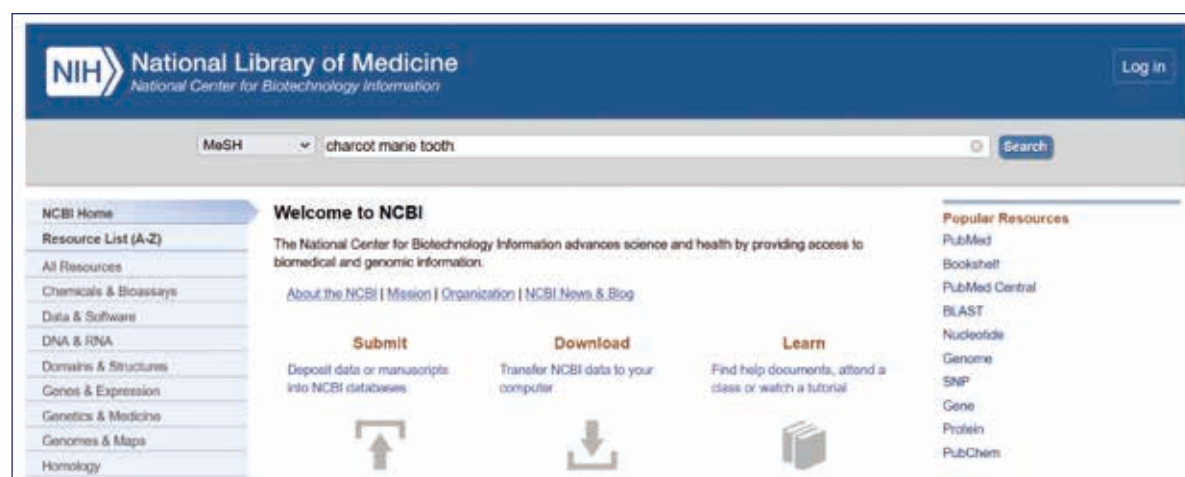


Ce portail permet donc d'avoir des mots fiables, pertinents et adaptés à la recherche que l'on souhaite faire = mesh term pour Medical Subject Headings, qui est un thésaurus utilisé par la National Library of Medicine pour indexer les documents référencés dans la base de données Medline. Chaque référence bibliographique est associée à des termes **MeSH** qui décrivent le contenu du document.

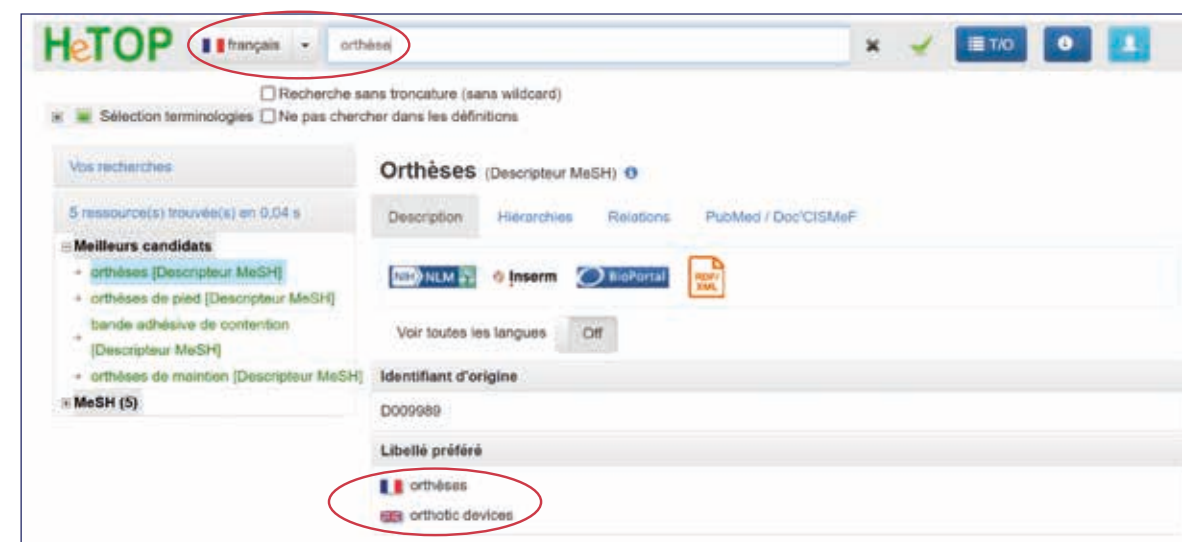
Le risque de mettre des mots-clés n'étant pas des mesh terms, c'est d'avoir des résultats sans rapport avec notre recherche, ou bien encore de ne pas nous voir proposer certains articles qui pourraient entrer dans notre sujet de recherche.

Astuce 2 . Vous pouvez aussi chercher vos mots-clés via NCBI

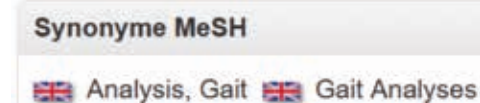
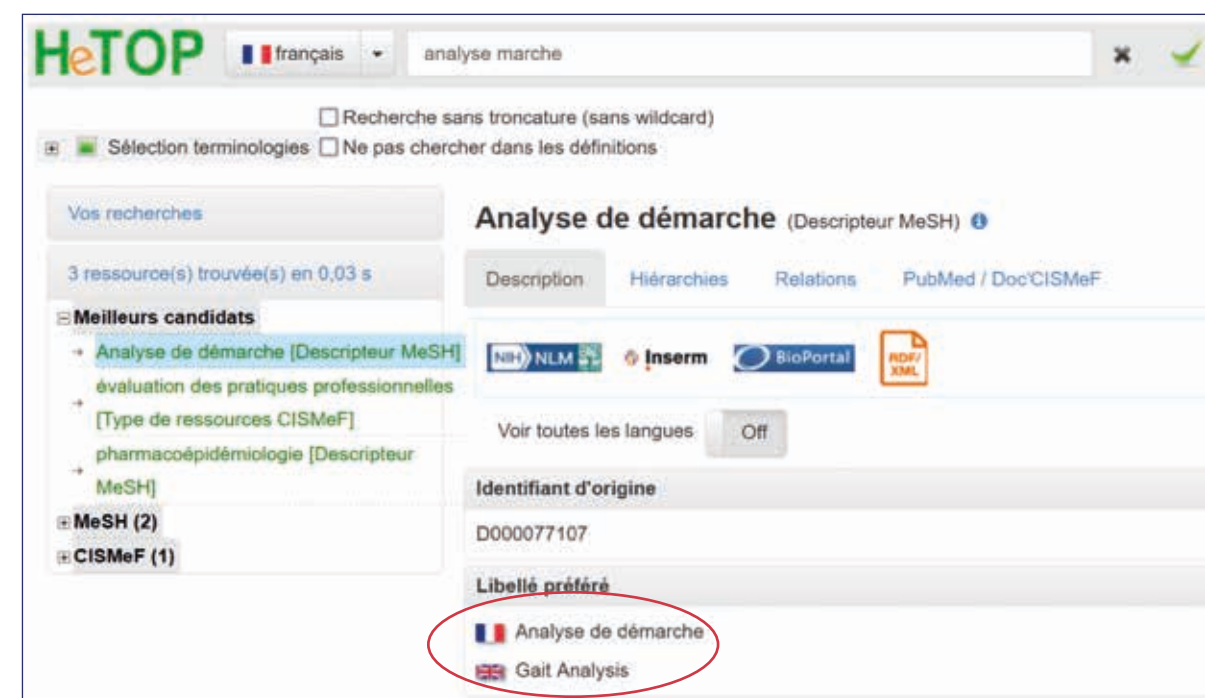
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>



Faisons donc la même recherche pour les termes « orthèse » et « analyse de marche/marche »



NB : je préfère à titre indicatif utiliser HeTOP car les mots peuvent être entrés dans toutes les langues (dont en français), quand on ne sait pas par où commencer, ça peut être utile !



Comment chercher sur les bases de données : exemple de Pubmed étant une des sous-unités de NIH

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> puis cliquez sur Advanced juste en dessous de la zone d'entrée de recherche.

Entrez l'un des mesh term puis cliquez sur « Add » et progressivement les autres mots clés

Si vous hésitez ou si vous voulez inclure plusieurs mots clés pour une notion (ex : orthèse) car vous avez peur que votre recherche ne soit pas suffisamment exhaustive, utilisez la fonction « or » à la place de « add » pour ajouter des synonymes. Normalement, un mot qui est dans l'arborescence est inclus dans la recherche du mesh term correspondant mais parfois on peut avoir des surprises.

Puis normalement vous devriez avoir ce type de formule :

Résultats de la recherche

Voici le résultat de votre recherche sur une base de données. Plein d'options pour l'affichage de vos résultats (résumé, vision des abstract, du plus récent au plus ancien, le « best match » de mots clés de recherche, etc.). Possibilité de sauvegarder sa recherche sous plusieurs formats, de la partager ou de se l'envoyer par mail (cercle rouge). Possibilité de faire des veilles de recherche automatique de nouveaux articles correspondant à sa recherche (avec réception par mail ou création d'un flux RSS) (cercle bleu).

Autres astuces

Il ne faut pas hésiter à faire des combinaisons avec plusieurs mots-clés pour potentialiser ses recherches car parfois, les mots clés rattachés à un article et mis par les auteurs ne sont pas tout à fait les mesh-terms de recherche. Ne pas hésiter aussi à aller regarder les références bibliographiques dans les articles trouvés. Il faut par la suite répliquer le travail sur différentes bases.

Quelques autres bases de recherche d'intérêt utiles en recherche médicale :



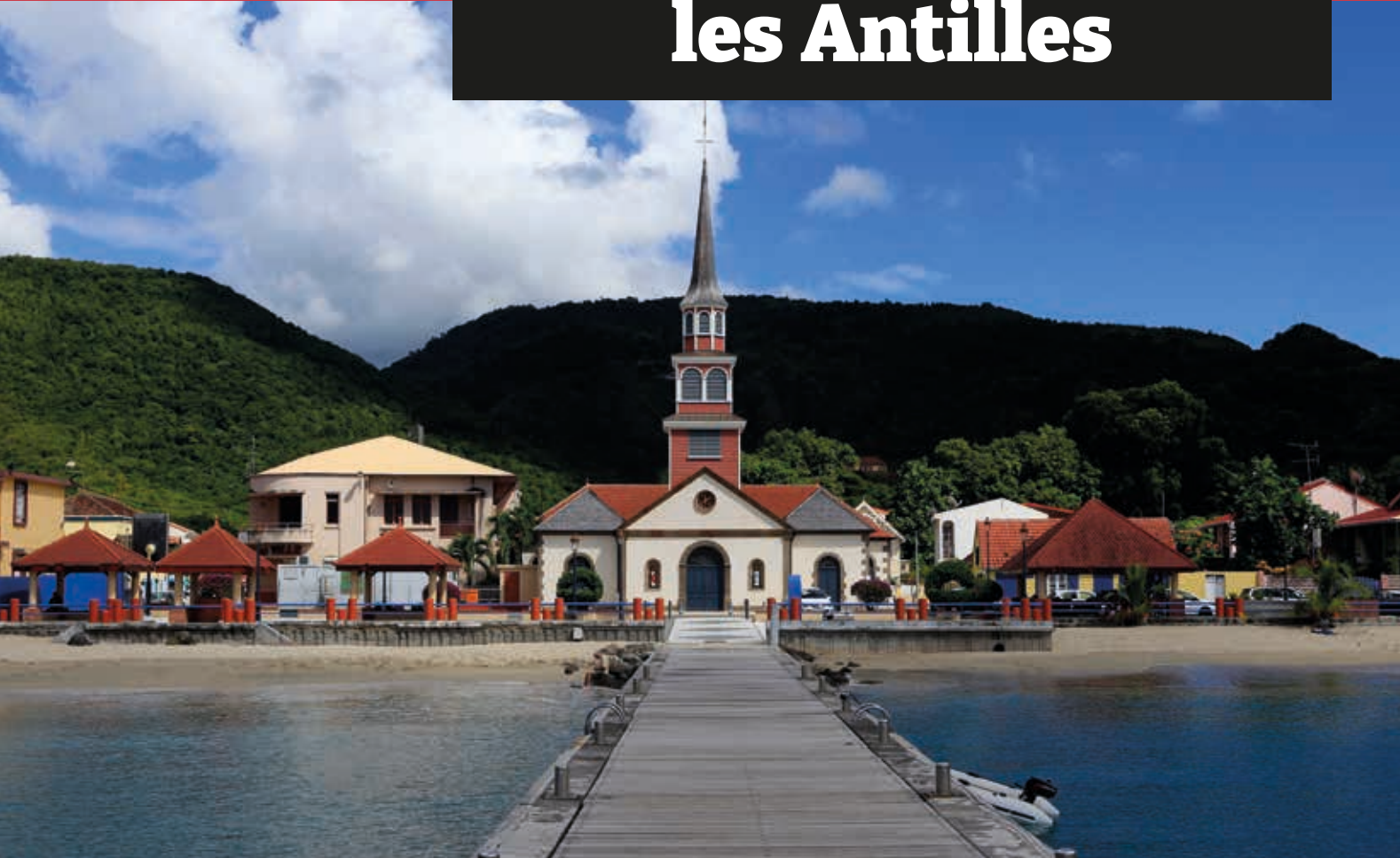
Un peu de lecture sur Orthèse/analyse de marche et maladie de Charcot-Marie-Tooth ? Voici quelques références (non exhaustives) intéressantes :

1. Öunpuu S, Garibay E, Acsadi G, Brimacombe M, Pierz K. The impact of orthoses on gait in children with Charcot-Marie-Tooth disease. *Gait Posture*. 2021 Mar;85:198-204. doi: 10.1016/j.gaitpost.2021.02.005. Epub 2021 Feb 12. PMID: 33610823.
2. Ramdharry GM, Day BL, Reilly MM, Marsden JF. Foot drop splints improve proximal as well as distal leg control during gait in Charcot-Marie-Tooth disease. *Muscle Nerve*. 2012 Oct;46(4):512-9. doi: 10.1002/mus.23348. PMID: 22987691.
3. Phillips MF, Robertson Z, Killen B, White B. A pilot study of a crossover trial with randomized use of ankle-foot orthoses for people with Charcot-Marie-tooth disease. *Clin Rehabil*. 2012 Jun;26(6):534-44. doi: 10.1177/0269215511426802. Epub 2011 Nov 16. PMID: 22089961.
4. Guillebaste B, Calmels P, Rougier PR. Assessment of appropriate ankle-foot orthoses models for patients with Charcot-Marie-Tooth disease. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011 Aug;90(8):619-27. doi: 10.1097/PHM.0b013e31821f7172. PMID: 21681059.
5. Vinci P, Paoloni M, Ioppolo F, Gargiulo P, Santilli V. Gait analysis in a patient with severe Charcot-Marie-Tooth disease: a case study with a new orthotic device for footdrop. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2010 Sep;46(3):355-61. Epub 2010 May 6. PMID: 20927001.
6. Guzman MC, Bensoussan L, Viton JM, Mihle de Bovis V, Ramon J, Azulay JP, Delarque A. Orthopaedic shoes improve gait in a Charcot-Marie-Tooth patient: a combined clinical and quantified case study. *Prosthet Orthot Int*. 2006 Apr;30(1):87-96. doi: 10.1080/03093640600585116. PMID: 16739785.

Dr Nawale HADOUIRI
CCA HU Dijon – Past présidente AJMER

LA MPR DANS LE MONDE

Zoom sur les Antilles



Les Anses D'Arlet, Martinique

On continue à découvrir notre spécialité à travers le monde avec le témoignage de Maxime, interne en MPR aux Antilles !

Est-ce que tu pourrais te présenter en quelques phrases ?

Je m'appelle Maxime LOMBARD et je suis interne en quatrième semestre de MPR. Mes parents sont originaires de Métropole (France hexagonale) et je suis né en Martinique.



La bibliothèque Schoelcher (Fort-de-France, Martinique)



Jardin de Balata



Le port, Fort-de-France, Martinique



bâtiment coloré dans le centre-ville de Fort de France

Pourquoi as-tu choisi d'exercer aux Antilles ?

J'ai choisi d'exercer mon internat aux Antilles pour plusieurs raisons. Tout d'abord, j'aime beaucoup le climat et les paysages que l'on peut voir ici. J'éprouve beaucoup de plaisir à y vivre, tant pour les particularités culturelles que culinaires.

Ensuite, il faut savoir que l'internat aux Antilles se répartit à la fois en Martinique, Guadeloupe et en Guyane, ce qui offre des terrains de stage très variés. La maquette impose aussi de réaliser deux semestres en Métropole, ce qui offre une formation intéressante. J'y ai réalisé mon troisième semestre et je suis actuellement en train d'y effectuer mon quatrième semestre.

Pourrais-tu nous parler des spécificités de la MPR aux Antilles ?

Il faut savoir que la population antillaise comprend un taux de chômage important chez les jeunes qui sont nombreux à partir en Métropole pour trouver du travail. Il s'agit principalement d'une population vieillissante et beaucoup d'antillais reviennent passer leur retraite dans leur île d'origine après avoir travaillé en France hexagonale.

L'organisation « traditionnelle » des familles s'articule autour d'aidants principaux qui s'occupent des personnes âgées. Ainsi, il est rare que ces dernières soient institutionnalisées bien que cette situation tend à évoluer.

Concernant les pathologies, certaines sont plus fréquemment retrouvées ici, à l'exemple de la sarcoïdose et du lupus en Médecine Interne, ou de la neuromyéélite optique en Neurologie. Toutes ces pathologies nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire et le médecin MPR y joue un rôle important. Comme en Métropole, les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux sont très fréquents avec de nombreux facteurs de risques retrouvés dans la population comme le diabète ou encore le surpoids.

Tout ceci participe à un besoin grandissant de centres de Médecine Physique et Réadaptation mais également d'une prise en charge libérale ou au domicile des patients. Ces besoins ne sont malheureusement pas suffisamment couverts aux Antilles pour l'instant.

Peux-tu nous présenter ton quotidien dans le service ?

J'ai eu la chance de travailler pendant six mois en Guadeloupe au Centre de Palais Royal. L'unité de rééducation se divise en deux secteurs : un secteur spécialisé en neurologie et un secteur gériatrique, avec pour chaque patients, des séances quotidiennes de kinésithérapie, ergothérapie ou encore d'orthophonie. On peut compter une vingtaine de lits par secteur.

L'équipe médicale se compose de quatre internes et six seniors dont cinq médecins rééducateurs.



Les îles des Saintes, Guadeloupe

Mon rôle dans le service comprenait la gestion de la salle, avec le suivi médical et la prise en charge d'éventuelles complications des patients, mais aussi la participation à de nombreuses consultations (injections de toxines botuliques, gestions de pompes à Baclofène, consultations d'appareillages, bilans uro-dynamiques, consultations de patients amputés ou présentant des escarres...). C'est très varié !

Nous bénéficions également de nombreux cours réalisés par nos chefs et les rééducateurs avec un cours hebdomadaire couvrant de multiples sujets et nous réalisons aussi des présentations bibliographiques toutes les semaines, tout cela dans une ambiance très confraternelle.

Pourquoi as-tu choisi la MPR comme spécialité ?

J'ai choisi cette spécialité car elle s'ancre dans le suivi du patient au long cours tant sur le plan médical, rééducatif et social. Cette approche globale me plaît beaucoup. De plus, la possibilité de réaliser des gestes médicaux ambulatoires nécessitant une expertise clinique et para-clinique n'a fait que me conforter dans cette idée.

Merci beaucoup Maxime pour ce témoignage intéressant !
Si vous souhaitez participer vous aussi à cette rubrique de témoignages, n'hésitez pas à nous contacter par mail à contact@ajmer.fr !

Propos recueillis par
Justine TREBUCQ et Camille NOËL

ZOOM SUR

Les différents types de corsets

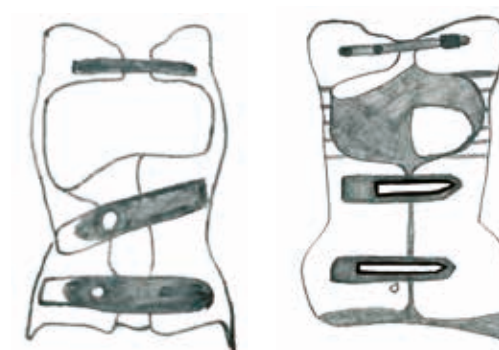
Corset de Boston, aussi appelé orthèse thoraco-lombo-sacrée (OTLS)

Corset thermoformable, asymétrique, utilisé dans le traitement des scolioses lombaires et thoraco-lombaires souples, les hyperlordoses, fractures, en post-opératoire et spondylodiscites (corset d'immobilisation à visée essentiellement antalgique).



Corset CTM (ou corset Chêneau-Toulouse-Munster)

Il est utilisé dans le traitement des scolioses lombaire, thoraco-lombaire ou thoracique, à courbure simple, double ou multiple, idiopathique secondaire ou dégénérative. Contre-indiqué dans le traitement des scolioses d'origine neurologiques ou infantiles.



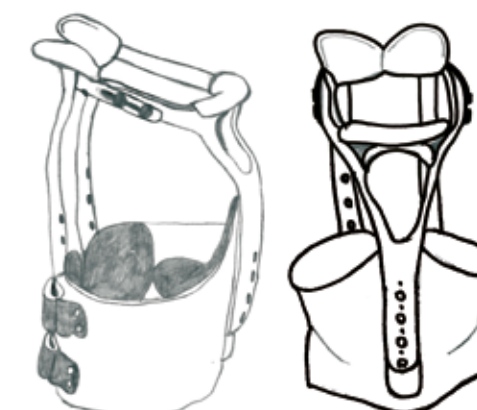
Corset 3D

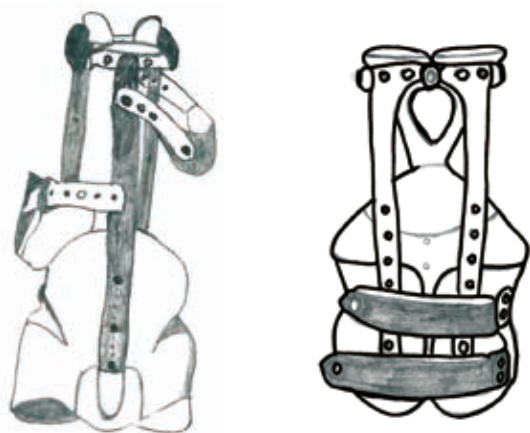
Évolutif et dynamique, il est conçu en plastique thermoformable, pour corriger la scoliose dans les 3 plans de l'espace en respectant les courbures physiologiques tout en respectant la capacité respiratoire et la mobilité du thorax.



Corset Milwaukee

Corset actif par auto-élongation, en plastique thermoformable, principalement utilisé pour les enfants très jeunes, plutôt pour les scolioses thoraciques hautes, cervico-thoraciques ou également pour les cyphoses thoraciques. Il ne comporte aucune contrainte au niveau de la cage thoracique, permettant de laisser les fonctions respiratoires se développer notamment chez ces jeunes dont le thorax est encore très fragile. Le port en voiture est interdit en raison du risque de fracture laryngée.

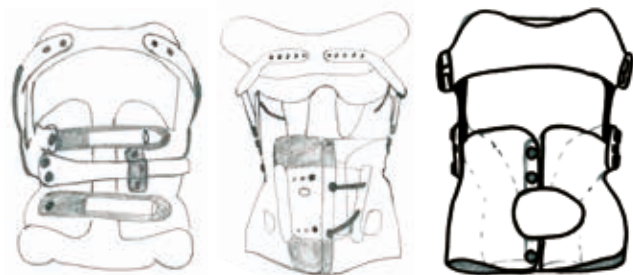




Corset Milwaukee

Corset Garchois

Corset symétrique rigide, utilisé principalement pour la correction des scolioses d'origine neurologiques, peut être confectionné à tous les âges même chez les plus jeunes. Il est souvent conçu avec des articulations postérieures ou une ouverture antérieure pour faciliter sa mise en place. Si un maintien ou une correction du rachis cervical est nécessaire, une têtère d'extension ou minerve peut être ajoutée.

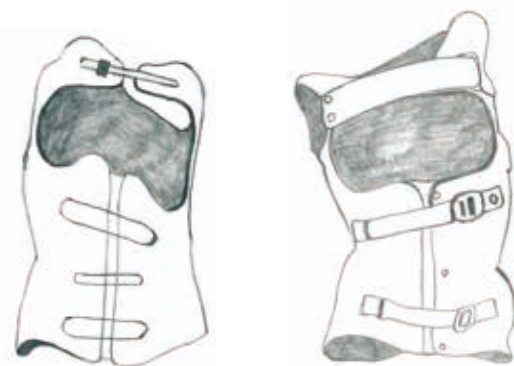


Corset Charleston

Réalisé en plastique thermoformé, il est généralement utilisé dans le traitement des scolioses thoraciques basses, thoraco-lombaires ou lombaires, à courbure unique. Il fonctionne sur le principe de l'hypercorrection de la courbure, son port est uniquement nocturne. Il est contre-indiqué dans le traitement des courbures cervico-thoraciques ou thoraciques hautes. Il présente la particularité d'être monté en « bending » pour maintenir le tronc en inclinaison latérale afin d'inverser la courbure.

Corset de Caen

Principe similaire au Charleston, il fonctionne par hypercorrection, avec un port uniquement nocturne, il est indiqué en cas de scoliose idiopathique à courbure unique de type lombaire ou thoraco-lombaire et est contre-indiqué en cas de courbure dorsale haute : la vertèbre limite supérieure ne doit pas être au-dessus de la 5^e vertèbre thoracique.



Corset anti-cyphose

Il est effectué en 2 étapes, d'abord une réduction de la lordose lombaire puis une correction de la cyphose permettant ainsi de rééquilibrer le rachis dans le plan sagittal. Il peut être réalisé à tous les âges.



Corset de traitement du pectus carinatum

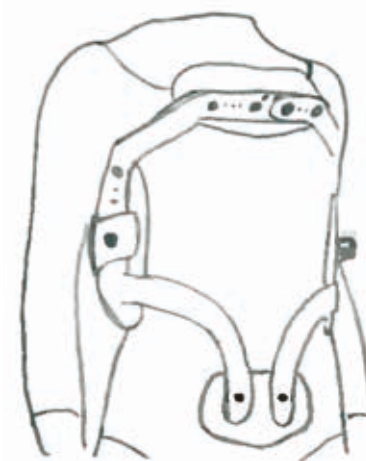
Souvent constitué d'une valve antérieure en polyéthylène et d'une partie postérieure en tissu pour plus de confort, permet un appui sur niveau de l'apex du pectus carinatum dont la pression peut être ajustée directement par le patient lui-même grâce à une vis ajustable.



➤ Petit aparté sur le pectus carinatum : il s'agit d'une déformation du thorax liée à une hypertrophie des cartilages costaux en lien avec une pathologie génétique (affection syndromique ou chromosomique) ou dans les suites d'une chirurgie thoracique. Il existe dans 1 cas sur 4 un antécédent familial et 1 enfant sur 5 développe une scoliose associée. La déformation survient chez 4 garçons pour 1 fille, souvent vers l'âge de la puberté. Du fait du préjudice esthétique et de la plus grande souplesse du cartilage avant l'âge de 20 ans, il est important de débiter le traitement orthopédique le plus tôt possible, dès les premiers signes de déformation. Dans les cas les plus sévères, le pectus carinatum peut entraîner des déficiences cardio-respiratoires. L'alternative au traitement orthopédique est une intervention chirurgicale, lourde et douloureuse, très souvent proposée comme pour la scoliose dans les cas les plus graves et en cas d'échec du traitement orthopédique.

Corsets d'immobilisation

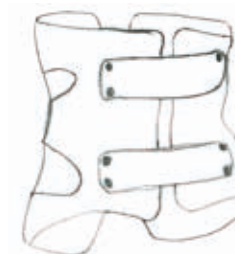
♦ Corset 3 points avec appui pubien pour un maintien en hyperextension, indiqué en cas de fracture vertébrale, ostéoporose, ostéomalacie, processus ostéolytique, cyphosé modéré.



♦ Corset lombaire, pour immobiliser les spondylodiscites, fractures lombaires, lombalgies sévères, ou en post-chirurgical.



♦ Corset thoracique.
♦ Corset thoraco-lombaire.
♦ Corset minerve.
♦ Corset OVALE (Orthèse Vertébrale Active Lombaire d'Elongation) utilisé dans le traitement des diverses lombalgies et sciatiques.



♦ Ceintures en coutils (corset d'immobilisation vertébrale B1, corset d'immobilisation vertébrale A CIVA, corset d'immobilisation vertébrale B2 CIVB2).

Ceintures lombaires de série ou sur mesure, utilisée en post-opératoire ou en cas de faiblesse de la paroi lombaire temporaire ou de lombalgie aiguë car elle permet de soulager les muscles de la colonne tout en maintenant une posture correcte de la colonne vertébrale, elle permet également un maintien de celle-ci afin d'éviter les « faux-mouvements ».



Bibliographie

<https://ottobock-ortho.fr/orthese/orthese-de-tronc/>
<https://www.neut.fr/fr/corsets-dimmobilisation-thoracique.html>
<https://fr.proteor.com/metiers/appareillage-orthopedique/>

L'icône du jour

Spondylodiscite chez l'enfant

INTRODUCTION

La spondylodiscite est un processus inflammatoire du disque intervertébral et du corps vertébral. Sa localisation est préférentiellement au niveau des vertèbres lombaires. Il s'agit d'une pathologie rare chez l'enfant, environ 0,3 cas pour 100 000 habitants par an. Elle représente 3 % des infections ostéo-articulaires de l'enfant. Le germe n'est pas identifié dans plus de 50 % des cas. L'identification se fait par hémocultures, la ponction/biopsie n'est pas réalisée en pratique courante chez l'enfant. Lorsqu'il est identifié, les germes les plus souvent retrouvés sont : *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Kingella kingae* et *Escherichia coli*.

L'âge moyen de survenue est de 4,3 ans et le ratio H/F de 1 garçon pour 3 filles. (1) (2)

CASE REPORT

Enfant de 2 ans et 6 mois, de sexe féminin, consulte aux urgences pédiatriques le 20 janvier 2022, pour boiterie et fièvre depuis 2 jours, avec notion de contage COVID 2 jours auparavant. Boiterie constatée à la crèche, sans autres symptômes associés. À l'arrivée aux urgences : apyrétique aux urgences sans DOLIPRANE. Au niveau de ses antécédents personnels : naissance à 38SA par césarienne programmée PN=3300gr TN=49,2cm PC=36cm. Antécédents familiaux : grand-mère paternelle : polyarthrite rhumatoïde.

À l'examen : démarche précautionneuse sans réelle boiterie, amplitudes articulaires actives et passives normales et indolores, pas de signe local d'arthrite.

Au vu du contage COVID, test covid et grippe faits, négatifs, simple surveillance et consignes de reconsultation si persistance de la fièvre.

Reconsulte aux urgences 4 jours plus tard le 24/01 pour persistance des douleurs et boiterie droite. Fièvre qui a perduré pendant 4 jours au total puis s'est arrêtée spontanément, mais douleur en revanche qui a progressé au niveau du sacrum, devenue insomnante, avec une enfant qui n'arrive à pas se pencher en avant à cause de la douleur. Notion de constipation associée, pas de selles depuis 48h. La douleur est décrite comme fluctuante par les parents, majorée par le décubitus dorsal et soulagée par la position « à 4 pattes » ou décubitus latéral.

À l'examen, boiterie droite avec déviation du tronc vers la gauche en position assise et debout. Impossibilité de se pencher en avant. Reste de l'examen sans particularités.

Examens complémentaires

Bilan biologique

CRP 30 mg/L
PCT 0,03 µg/L
Leucocytes 10 570 10p3/mm3
PNN 5180/mm3
VS 62mm
Hémocultures prélevées

PCR Covid

Négative

Radiographies du rachis

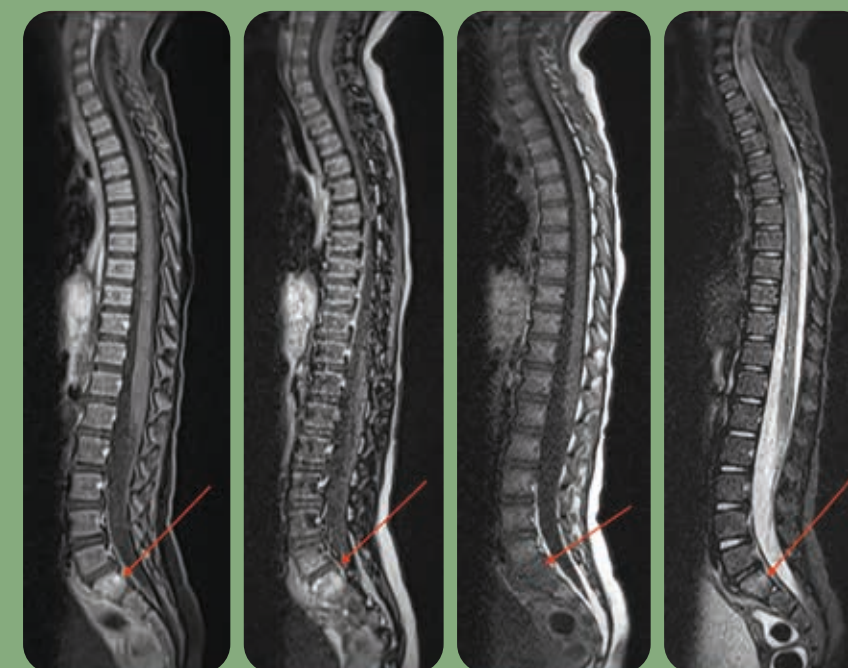
Normales



IRM du rachis injecté

Discret hyposignal T1 à droite au niveau de S1, et hypersignal T2 STIR avec réhaussement après injection de gadolinium.

Images en faveur d'une spondylodiscite L5-S1 avec atteinte du mur antérieur.



PRISE EN CHARGE

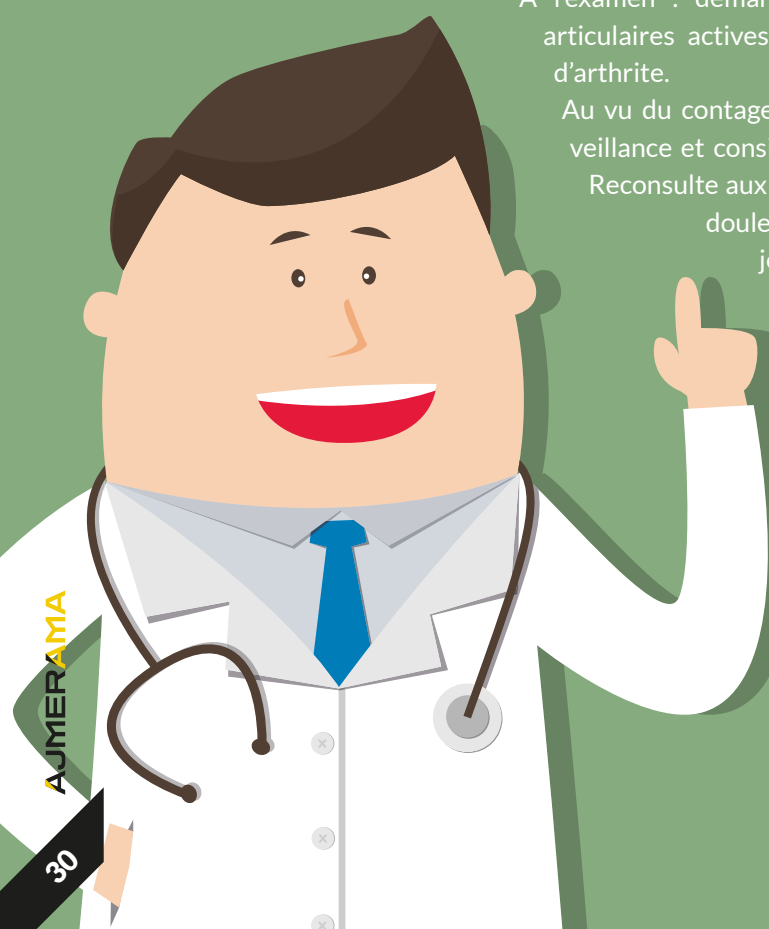
Avis pris auprès des chirurgiens pédiatriques du CHU : antibiothérapie par GENTAMICINE 6mg/kg/jour IV + CEFAZOLINE 450mg toutes les 8h IV.

Repos au lit, antalgie par PARACETAMOL + NALBUPHINE si besoin avec confection d'un corset si hyperalgique. Hospitalisation pour poursuite de la prise en charge.

ÉVOLUTION DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE

Sur le plan infectieux : apyrétique durant l'hospitalisation.

Avis pris auprès du rhumatopédiatre du CHU concernant la durée d'antibiothérapie : GENTAMICINE 6mg/kg/j pendant 5 jours + CÉFAZOLINE 450mgx3/jour jusqu'à normalisation du bilan biologique ou pendant 10 jours.





Relais per os suivant le germe identifié par les hémo-cultures, en l'absence de germe, relai per os par AUGMENTIN dose-poids 3 fois par jour pendant 6 semaines à 3 mois.

▪ Sur le plan orthopédique

Immobilisation au lit pendant 7 jours et confection d'un corset devant le très jeune âge ne permettant pas un repos strict au lit pendant 6 semaines. Pas de sport, pas de marche pendant 6 semaines (même avec le corset), poussette pour les déplacements.

Surveillance de l'évolution des douleurs qui ont totalement disparues dès la première semaine d'hospitalisation, et de la mobilité du rachis qui progressivement a retrouvé un peu de souplesse.

Sortie d'hospitalisation si bilan biologique normalisé et maintien de l'apyrexie, consultation de contrôle à J+10 de la sortie d'hospitalisation en chirurgie pédiatrique avec bilan sanguin de contrôle et à la fin du traitement antibiotique à J+45 avec des radiographies de contrôle et un nouveau bilan biologique.

▪ Bilan biologique de contrôle

Le 29/01 montrait la persistance d'un léger syndrome inflammatoire (CRP 9mg/L leucocytes 9830/mm3 dont 3932/mm3 de polynucléaires neutrophiles, VS=40mm).

- ♦ Maintien de l'antibiothérapie IV.
- ♦ Nouveau contrôle le 31/01 : disparition du syndrome inflammatoire, VS=33mm, hémo-cultures prélevées le 24/01 revenues stériles.
- ♦ Relais antibiothérapie par os par Augmentin le 31/01.

Surveillance du transit durant l'hospitalisation, introduction de traitement laxatif devant constipation liée à l'immobilisation.

Sortie de service de pédiatrie le 01/02/2022.

Rendez-vous de contrôle en chirurgie pédiatrique au CHU le 10/02 avec bilan biologique : pas de syndrome inflammatoire au bilan biologique, enfant qui va bien, pas de récurrence des douleurs, bon respect du

repos et port du corset, rachis qui retrouve sa souplesse de manière progressive. Prochain contrôle à 6 semaines d'antibiotiques avec de nouveaux clichés radiographiques.

▪ RDV de suivi en chirurgie orthopédique du 08/03

Absence de douleur, rachis souple, pas de gibbosité, examen neurologique sans particularités. Corset thoraco-lombaire porté la journée mais pas la nuit, depuis la sortie d'hospitalisation.

▪ Bilan biologique de contrôle

GB : 8600/mm3 ; Hb : 12.6 g/dl ; plaquettes : 410000/mm3 ; VS : 9 mm. CRP : 1.3 mg/l.

▪ Radiographie de contrôle

Petit pincement discal entre L5-S1.

▪ Au total

Évolution satisfaisante de la spondylodiscite L5-S1 sous antibiothérapie.

L'enfant est autorisée à reprendre la marche, mais pas les activités sportives qui sont dispensées encore 6 semaines.

Nouveau contrôle radio-clinique dans 3 mois.

CONCLUSION

Spondylodiscite L5-S1, traitée par CEFZOLINE IV du 24/01 au 31/01 + GENTAMICINE IV du 24/01 au 29/01. Relai per os par Augmentin dose-poids 3 fois par jour pendant 6 semaines.

Corset lombaire bivalvé réalisé pour immobilisation, préservation du rachis et antalgie.

Consultation de contrôle en chirurgie orthopédique pédiatrique du CHU le 10 février et le 08 mars satisfaisantes.

Bibliographie

1. Saleh ES, Vasileff CC, Omari AM, Khalil JG. The Diagnosis and Management of Pediatric Spine Infections. *Cureus*. 2021;13(7):e16748. Published 2021 Jul 30. doi:10.7759/cureus.16748
2. Principi N, Esposito S. Infectious Discitis and Spondylodiscitis in Children. *Int J Mol Sci*. 2016;17(4):539. Published 2016 Apr 9. doi:10.3390/ijms17040539

Chloé PACTEAU

FAQ

On répond à vos questions



► **Jeanne, externe en 5^{ème} année de médecine**

Quelle est la différence entre le métier de MPR et de kinésithérapeute ?

Le métier de médecin de médecine physique et de réadaptation est une profession médicale. Il s'agit d'une spécialité de la profession de Docteur en médecine, faisant partie des spécialités médicales lors de l'internat, au même titre que la cardiologie ou la neurologie. La formation dure 10 ans en tout, dont 4 ans d'internat. Nous ne détaillerons pas ici le métier de kinésithérapeute car nos confrères le feraient mieux que nous mais il s'agit à l'inverse d'une profession paramédicale.

La MPR est la médecine de la fonction. Elle vise à identifier, prévenir et/ou réduire les déficiences, incapacités et leurs conséquences sur le quotidien des patients. Le médecin, en accord avec le patient et son entourage, élabore et coordonne un projet de soins dont les acteurs sont pluridisciplinaires : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues... Il s'agit d'un métier qui comporte aussi la réalisation de nombreux gestes comme l'injection de toxine botulique, la réalisation de test au Baclofène, les blocs moteurs, etc.

► **Louise, interne de 2^{ème} semestre en MPR**

Pourriez-vous nous donner un exemple de la relation entre un médecin généraliste et un médecin MPR ?

Pour répondre à cette question, voici le témoignage d'Eugénie, interne en cinquième semestre de médecine générale, qui a réalisé son stage SASPAS dans un service de MPR où elle venait travailler une fois par semaine :

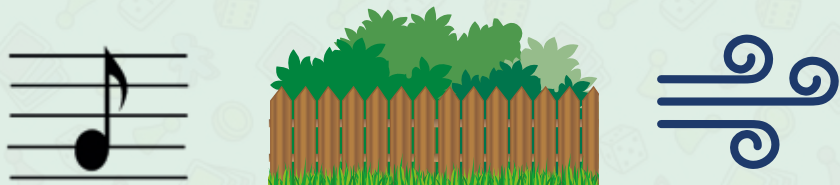
Mon passage en MPR m'a permis de découvrir votre spécialité que je connaissais peu. J'ai pu, par exemple, assister aux ateliers d'éducation thérapeutique post-infarctus avec différents intervenants : médecins, diététiciens, psychologues notamment. Outre les connaissances que j'ai pu acquérir, je sais maintenant que je vais pouvoir vous adresser mes patients qui, à la suite de leur infarctus, se retrouvent parfois rapidement lâchés dans la nature après leur hospitalisation en cardiologie, avec de nombreuses peurs et interrogations (possibilité de reprendre une activité physique ? de prendre l'avion ? de reprendre une vie sexuelle ? Etc.). J'ai pu aussi mieux comprendre les interactions entre les différents rééducateurs, leur collaboration et leurs différents points de vue lors des staffs. Je ne connaissais pas non plus votre expertise en matière d'appareillage et de corset, et je vous enverrai beaucoup plus d'enfants présentant des scolioses au lieu de les envoyer directement chez un chirurgien orthopédique.

Et vous ? Quelle question sur la MPR vous posez-vous ? N'hésitez pas à nous poser toutes vos questions sur les réseaux sociaux ou directement par mail à contact@ajmer.fr, elles apparaîtront sûrement dans les prochains numéros !

Avant de se quitter...

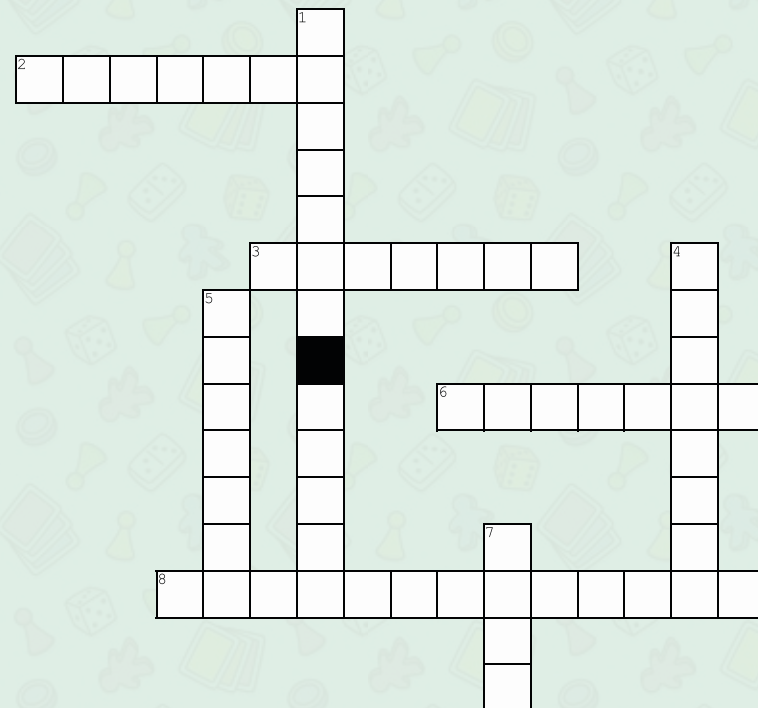
Rébus

Devine le mot caché derrière les dessins ?



Mots croisés

Sauras-tu tout retrouver ?



Horizontal

2. Nerf innervant le muscle ilio-psoas
3. Interface entre le membre résiduel et l'emboîture
6. Index permettant l'évaluation l'autonomie dans les activités de vie quotidienne
8. Boiterie causée par une atteinte du muscle glutéal moyen

Vertical

1. Muscle stabilisateur du bassin lors de la marche en appui unipodal
4. Le muscle tibial antérieur a une action de du pied
5. Indice permettant de dépister une raideur rachidienne
7. Échelle d'évaluation des spasmes

Created using the Crossword Maker on TheTeachersCorner.net

Réponses

Réponse rébus : Soléaire : Il forme avec les chefs latéral et médial du gastrocnémien le triceps sural qui a une action de flexion plantaire. Il est innervé par le nerf tibial.

Réponses mots croisés : 1. Muscle glutéal moyen 2. Nerf fémoral 3. Il s'agit du manchon 4. Action de relever le pied 5. Indice de SCHÖBER : On trace un trait au niveau de L5 (en regard des crêtes iliaques) et à 10cm environ au dessus lorsque le patient est debout. Puis le patient réalise la flexion maximale du tronc et on mesure le gain d'amplitude entre les deux repères. La norme est autour d'un gain de 4cm (on parle de « Schöber à 10 + 4cm »). 6. Index de Barthel 7. Echelle de Penn 8. Il s'agit de la boiterie de Trendelenburg. Elle correspond à un abaissement du bassin du côté oscillant associé à une inclinaison du tronc du côté de l'appui et est causée principalement par une insuffisance du muscle glutéal moyen.

Justine TREBUCQ

AGENDA

L'Agenda de l'AJMERAMA

DES

♦ Module 6 9 et 10 juin

Rééducation en pathologie du système nerveux périphérique – Lille

♦ Module optionnel 9 et 10 juin

Activité physique et pathologies chroniques – Strasbourg

♦ Module optionnel 28 et 29 juin

Méthodologie de la recherche

♦ Module 13 29 juin au 1^{er} juillet

Podologie et MPR - Montpellier

♦ Module 15 8 et 9 septembre

Docteur Junior - Toulouse

♦ Module 14 6 et 7 octobre

Compensation et réparation du dommage, domaine médico-social : le 6 octobre en e-learning avec évaluation puis le 7 octobre à Nancy

FORMATION

Journée nationale de la SOFCODH (Société Française des Consultations Dédiées Handicap), Lille 2 juin 2022

XIII^{ème} congrès de la SFRHE (Société Francophone d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps de l'Enfance), Reims 13 et 14 juin 2022

XX^{ème} congrès de la SOFAMEA (Société Francophone de l'Analyse de la Marche de l'Adulte et de l'Enfant), Marseille 15 au 17 juin

48^{èmes} Journées Thématiques : La main, Issy Les Moulineaux 17 et 18 juin

ISPRM 16th World Congress Lisbonne, Portugal 03-07 juillet 2022

38^{ème} journée de traumatologie du sport, Paris 5 novembre 2022

37^{ème} congrès de la SOFMER à Rennes 1^{er} au 3 décembre 2022



WHAT'S NEXT?

MOT DE LA FIN

C'est déjà la fin du troisième numéro, nous espérons qu'il vous a plu, on se retrouve très vite pour le prochain numéro ! En attendant, n'hésitez pas à suivre nos comptes Instagram, Facebook et Twitter pour être au courant de toutes les dernières actualités !

Votre avis compte beaucoup pour nous, n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et impressions, nous sommes à l'écoute de toutes vos idées !

Vous aimez écrire et vous souhaitez participer à la confection du magazine ? Notre équipe cherche à s'agrandir, n'hésitez pas à nous contacter à contact@ajmer.fr, nous vous accueillerons à bras ouverts !

Encore une fois un grand merci à l'entreprise Réseau Pro Santé qui nous a accompagné avec professionnalisme dans la création de ce numéro.

Ajmerativement,

Camille, Justine, Chloé & Nawale



LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

Le Centre Hospitalier Public d'Hauteville recrute un-e

MÉDECIN MPR

Activité RFR à développer

Recherche & publications encouragées

RÉÉDUCATION SPORTIVE de HAUT NIVEAU

Cryobain

Imagerie

PLATEAU TECHNIQUE

Bains balnéo dédiés

Parcours extérieur de proprioception

Liens forts

Parcours clinique coordonné

HOPITAUX de LYON & BOURG en BRESSE

ÉQUIPE EXPERTE & PLURIDISCIPLINAIRE

kinés

profs de sport

ergo

diététicienne

neuropsy

& tous les autres spécialistes de l'hôpital...

CONTACT

recrutement@chph01.fr

04 74 40 80 86

GHT BRESSE HAUTE SAVOIE

Centre Hospitalier Public d'HAUTEVILLE

LES HOPITAUX DRÔME NORD

26100 ROMANS

RECRUTENT

Pour le site de Saint-Vallier

**UN MÉDECIN DE MÉDECINE
PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
OU UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

pour compléter l'équipe
médicale.



Activité : Prise en charge et suivi médical des patients en MPR, participation à la PDS, à l'activité de consultations MPR et d'appareillage, ainsi qu'à la prise en charge des patients en HDJ et HC.

Plateau technique de qualité : Salle de kinésithérapie équipée d'appareil d'isocinétisme, Salle d'ergothérapie, Appartement thérapeutique, Balnéothérapie, Salle de consultation d'appareillage (orthoprothésiste et podo-orthésiste).

Équipe comportant : kiné, ergo, APA, psychomotricien, psychologue, diététicien, orthophoniste, neuropsychologue, COMETE, assistantes sociales.

À propos de Saint-Vallier : Ville accueillante de 4 000 habitants, située aux portes de l'Ardèche, à 30 km de Romans-sur-Isère et de Valence, à 1h de Lyon et de Grenoble et 2h15 de Paris en TGV.

Autoroute : A7 et gare TGV à proximité. À 2h de la Méditerranée, 1 heure des stations de ski du Vercors, 2 heures des stations des Alpes.

CONTACTS :

Dr Annelise MOULINET
04 75 05 37 71
a.moulinet@hopitaux-drome-nord.fr

Présidente de la CME

Dr Françoise CELLARD
04 75 05 78 07
f.cellard@hopitaux-drome-nord.fr

Directeur des Affaires Médicales

Louis BERTHELOT
Secrétariat : 04 75 05 75 41
affaires.medicales@hopitaux-drome-nord.fr



NOUS RECHERCHONS un Médecin MPR H/F



Situé à 25 km de Lyon et de Saint-Étienne, le Centre Médical Germaine Revel est un ESPIC dont l'activité SSR est spécialisée dans les affections du système nerveux. Leader en France dans la prise en charge des patients porteurs de sclérose en plaques et 2^{ème} de la Région Auvergne-Rhône-Alpes dans la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson, nous gérons 83 lits et places dont 8 lits dédiés aux patients en EVC-EPR répartis en 6 unités.

L'établissement propose 3 modes d'hospitalisation : HC, HDS, HDJ (avec un volet d'actes & gestes et un volet rééducatif). Un programme d'éducation thérapeutique (« mieux vivre avec une maladie neurologique évolutive ») est également proposé aux patients.

Doté d'un plateau technique complet et de haut niveau (balnéothérapie, salle de kinésithérapie, et d'activités physiques adaptées, espace d'ergothérapie, box d'électrothérapie, pressothérapie, local d'urodynamique, salle de gestes et actes, salle de yoga et de sophrologie...), vous intégrerez une équipe médicale dynamique composée de 4 médecins à temps plein (dont 2 médecins spécialisés en MPR, un en neurologie et un en médecine générale).

Profil recherché

Titulaire d'un Doctorat en médecine inscrit(e) à l'Ordre des Médecins spécialisé(e) en MPR, avec expérience souhaitée de patients présentant des déficiences d'origine neurologique. Expérience en échographie interventionnelle souhaitée ou en pelvi-périnéologie.

Type de contrat : CDI idéalement à temps plein, à pourvoir dès que possible, conditions de travail attractives.

Pour postuler, merci de transmettre un CV et une lettre de motivation à emilie.rouchier@cmgr.fr
renseignements sur le poste : <https://cmgr.fr/recrutement/>



Centre Médical de l'Argentièrre LE CENTRE MÉDICAL DE L'ARGENTIÈRE

C'est un établissement privé à but non lucratif de 180 lits et places de SSR, situé à Aveize (entre LYON et SAINT-ÉTIENNE) et Bellevue, qui accueille en hospitalisation complète et de jour des patients.

2 MEDECINS :

- **UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ou MÉDECIN MPR** pour le service des Brûlés (formation spécifique facilitée au besoin) - Site d'Aveize (69).

- **UN MÉDECIN MPR** pour le service HDJ - Site de St-Étienne Bellevue (42).

Équipe sympathique, motivée et impliquée dans la mise en œuvre du projet médical et la restructuration de l'établissement (relocalisation des SSR spécialisés à St-Étienne et Lyon).

Possibilités de développer des projets avec un encadrement dynamique et une équipe pluridisciplinaire stabilisée, bien formée et motivée.

Plateau technique intéressant et évolutif.

Formation complémentaire et continue facilitée.



L'établissement recherche, pour compléter son équipe médicale composée de 14 praticiens, et développer de nouvelles activités dans les différentes filières, en lien avec le CHU de SAINT-ÉTIENNE, les HOSPICES CIVILS de LYON et ses partenaires territoriaux :

Pour tout renseignement, s'adresser au Dr Evelyne CHOMETON, Présidente de CME
04 74 26 40 01/04 77 12 79 16 - mail : echometon@ch-argentiere.fr

Les candidatures sont à adresser à Jean-François MONOD, directeur d'établissement :
Centre Médical de l'Argentièrre - 980 route du Pont Grizon - 69610 AVEIZE
Secrétariat : Mme GAULIN - charlene.gaulin@ch-argentiere.fr

FSEF LA CLINIQUE RECRUTE !

Clinique Neufmoutiers-en-Brie

Vous êtes médecin spécialisé en Médecine Physique et de Réadaptation ?
Venez partager votre expérience auprès de nos adolescents

Au sein du service MPR — en CDI

Le service se compose de 5 médecins, et accueille des adolescents et jeunes adultes atteints de pathologies neurologiques, orthopédiques et rhumatologiques (traumatisés crâniens, blessés médullaires, polytraumatisés). Il compte 72 lits en hospitalisation temps plein, 10 places en hospitalisation de jour et dispose d'un important plateau technique (bilans urodynamiques, injections de toxine botulinique, rééducation écologique, handisport, conduite automobile).

L'établissement est situé en Seine-et-Marne à 15 minutes du TGV Marne-la-Vallée, 30 minutes de Paris (SNCF ligne Tournan - Gare de l'Est) et 30 minutes de l'aéroport CDG.

Possibilité de logement — 38h hebdomadaires, 18 RTT — Rémunération attractive selon la CCN 51 et l'expérience — Reprise d'ancienneté, prime annuelle, mutuelle...

Inscrit à l'ordre, rejoignez-nous : neufm.recrutement@fsef.net — T. 01 64 42 45 61



Centre de rééducation
Jacques Calvé
Berck-sur-Mer (62)

03.21.89.20.20
www.fondation-hopale.org



Le Centre de rééducation Jacques Calvé recrute !

Situé en bord de plage à Berck-sur-Mer, cet établissement est hautement spécialisé dans la prise en charge des pathologies orthopédiques et neurologiques. La structure dispose de l'un des plus grands plateaux techniques de rééducation et de réadaptation de France.

Découvrez nos offres d'emploi :

MPR - Service ORTHOPÉDIE - SPORTIF
MPR - Service ORTHOPÉDIE - RACHIS
MPR - Service NEUROLOGIE - BLESSE MÉDULLAIRE
MPR - Service NEUROLOGIE - AVC/ SEP
MPR - Service NEUROLOGIE - BLESSE CRÂNIEN
MPR - Service HÔPITAL DE JOUR

Plus de détails sur ces offres
et bien d'autres sur notre site recrutement :
<https://recrutement.fondation-hopale.org>



L'OHS DE LORRAINE

Recrute pour le Centre d'éducation motrice de Flavigny-sur-Moselle.

Établissement médico-social pour enfants, adolescents et jeunes adultes porteurs d'une déficience motrice (75 lits d'internat et 25 places de semi-internat, IEM).

MÉDECIN MPR

C.D.I. — À TEMPS PLEIN ou À TEMPS PARTIEL

Ni garde, ni astreinte

PROFIL RECHERCHÉ

- Doctorat en médecine et inscription au tableau du conseil de l'Ordre.
- Diplôme de spécialisation en médecine MPR, formation médicale continue obligatoire.
- Connaissance de l'organisation sanitaire et du secteur médico-social serait un atout.
- Disponibilité et appétence pour le travail en partenariat.
- Intérêt pour les nouvelles technologies (développement de la téléconsultation).



DÉPÔT DE CANDIDATURE

Le(la) candidat(e) devra adresser sa demande accompagnée d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation précisant les références de cette offre (MED/CEM/04/01) à :

OHS DE LORRAINE
ÉTABLISSEMENTS
DE FLAVIGNY

Monsieur le Directeur
des Établissements
46, rue du Doyen Parisot
54630 Flavigny-sur-Moselle
Ou par mail :
etablissement.flavigny@ohs.asso.fr

CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION

Il est fait application des dispositions de la Convention Collective FEHAP du 31 octobre 1951 rénovée selon le profil du candidat. Reprise d'ancienneté.



LE CENTRE DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE POUR ADULTES UGECAM Nord-Est - Situé à Charleville-Mézières (08)

RECHERCHE

UN MÉDECIN DE MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION CDI temps plein

- Établissement Sanitaire SSR spécialisé (neurologie / locomoteur / polyvalent / cardio-respiratoire)
- Équipe médicale professionnelle composée de 6 médecins spécialistes MPR, 2 gériatres.
- Accueil et formation d'internes de spécialité (MPR, neurologie, rhumatologie) et médecine générale.
- Plateau technique complet dont balnéothérapie et gymnase, avec équipe de rééducation pluridisciplinaire (service APA, ergothérapie, kinésithérapie, orthophonie, neuropsychologie, prothèse).
- Consultations spécialisées sur site (appareillage, neuro-urologie, pluridisciplinaire neuro-orthopédie).
- Explorations et gestes techniques (bilan urodynamique, épreuve d'effort, toxine botulique, pompe baclofène intrathécale).

Prise en charge de patients en hospitalisation complète et hospitalisation de jour (90 lits et 30 places).

Convention collective de l'Assurance Maladie (14 mois de salaires, prime d'intéressement...).

Mutuelle d'entreprise, Comité d'entreprise (chèques vacances, etc.).

Situation géographique : à 45 min de REIMS et à 2h15 de PARIS par liaison autoroutière, proximité avec la Belgique.

- Participation aux astreintes (pas de garde).
- Mise à disposition d'un logement sur site.
- Possibilité de formation spécialisée (DU, DIU...).

Prise de fonction dès que possible.

Monsieur le Dr CHENE Antoine, Médecin Coordinateur
Madame ROFFIDAL-LESEULTRE Sandrine, Directeur
crf.ardennes@wanadoo.fr - Tél. : 03 24 52 63 00

<https://youtu.be/deo8wXt5mnc>



RECRUTE UN MÉDECIN MPR H/F en CDI

L'EMPR Le Normandy de Granville (50)

ÉQUIPE MÉDICALE

11 médecins MPR, 1 rhumatologue, 1 pneumologue, 4 médecins généralistes, 1 psychiatre. Bilan urodynamique, électromyogramme, injection de toxine botulique, analyse de la marche par Gaitrite, épreuve d'effort.

LE NORMANDY 1

200 lits : 90 lits MPR neuro, 20 lits amputés, 90 lits MPR ortho + brûlés.
HdJ : 160 patients/jour, ½ neuro, ½ ortho.
Lokomat, Andago, Armeo, isocinétisme, tapis C-Mill, simulateur de conduite.
Atelier d'appareillage.
2 piscines d'eau de mer.

LE NORMANDY 2

100 lits : 85 lits MPR neuro dont éveil de coma, 15 lits SSR respiratoire.
HdJ : 30 patients/jour, neuro et respi.
Lokomat, Armeo, isocinétisme, Vibramoov.

Granville : 111km/1h20 de Caen, 110km/1h21 de Rennes.
Ligne de train Paris-Granville.



Le Normandy
Médecine physique et de réadaptation

CONTACT

Médecin Chef Coordinateur A. PESKINE
apeskine.normandy@lna-sante.com

Rejoignez un acteur de santé reconnu !

L'UGE CAM PACA ET CORSE,

organisme de l'Assurance Maladie, favorise l'accès aux soins des personnes (enfants, adultes et personnes âgées) fragilisées médicalement et socialement par la maladie ou le handicap.

Nous avons pour missions la préservation et la restauration de l'autonomie des personnes accueillies. Nous nous engageons dans la prise en charge globale de la personne humaine pour un retour, au bon moment, dans un milieu familial, social ou professionnel adapté.

QUELQUES CHIFFRES :

- 22 Structures sanitaires et médico-sociales.
- 1 700 salariés.
- 1 595 lits et places.
- Près de 6 000 usagers accompagnés chaque année.



Adressez votre candidature à l'IUR Valmante Sud - Service recrutement
42 Boulevard de la Gaye - 13009 Marseille
grp.recrutement.pacac@ugecam.assurance-maladie.fr



NOUS RECHERCHONS DES
MÉDECINS MPR (H/F)

au sein de nos établissements SSR en PACA
(Briançon, Marseille, Vallauris)
CDI temps plein



**Poste à temps plein
et basé sur la ville du Port**
(Régence par la convention collective de la FHP).

Activités principales

- Élaborer et encadrer les programmes de réadaptation et de rééducation des patients pris en charge.
- Bilans analytiques et fonctionnels d'entrées permettant de définir un projet thérapeutique.
- Coordination des synthèses périodiques pluridisciplinaires pour adapter les objectifs de soins de rééducation.
- Synthèses des sorties pour permettre la continuité des soins et la réinsertion sociale puis professionnelle.
- Possibilité de réaliser des injections de toxines botuliques.
- Accès à une chaîne d'urodynamique...

Vous pouvez adresser vos candidatures à :
Madame Laurence LEVET, Chargée de recrutement
joignable au 02 62 42 72 91 (ligne directe)
l.levet@groupelesflamboyants.fr



**Prise de poste :
dès le 30/05/2022**

Le Groupe Les Flamboyants
RECRUTE pour sa clinique Les Tamarins Ouest,
spécialisée en Soins de Suite et de Réadaptation,
1 MÉDECIN MPR H/F
salarié en HC - CDI Temps plein

Profil

Médecin en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) [spécialité neurologique appréciée].

Inscrit à l'Ordre des médecins en France.

Qualités / Compétences

- Bon relationnel, travail en équipe.
- Sens de l'organisation.
- Capacité d'adaptation.
- Maîtrise de l'outil informatique (dossier patient 100 % informatisé).
- La connaissance du logiciel OSIRIS est un plus.