

# ENTENTE

*préalable*

Numéro 45  
Mai 2003

## Sommaire

- 10 ans d'«Entente» !
- Le Parodontite : maladie et traitement
- La démarche de soins infirmiers
- Le soleil
- Qualité des soins : les associations médicamenteuses dangereuses
- Programme expérimental EQUIPADD 25
- Indépendance mais concertation
- Point Vitale
- Vitale et les Chirurgiens Dentistes
- Forte augmentation des arrêts de travail
- Lutte contre l'attraction terrestre au cours de la vie
- Guide pratique
- Enquête d'opinion 2003

## 10 ans d'«Entente» !

ENTENTE PRÉALABLE est né en mars 1993, à l'initiative conjointe de l'ALPS - Association Locale des Professions de Santé - et de la CPAM.



« Pourquoi ce journal ? Tout simplement parce qu'il est grand temps que des passerelles existent entre l'Assurance Maladie et les Professionnels de Santé, que des relations confiantes et durables s'établissent pour qu'enfin nous puissions gérer, chacun pour notre part, notre bien commun : le système de santé... »

ainsi commençait ce premier numéro.

Depuis 10 ans, au travers de ce journal, nous avons démontré ensemble que la concertation n'est pas un vain mot et qu'au plan local elle est bien réelle.

Conçu comme un outil d'information, de réflexion mais aussi et surtout d'expression, ce journal doit s'enrichir de l'apport de ses lecteurs.

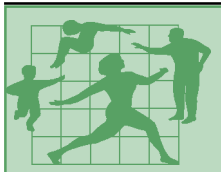
Nous avons tous des points de vue à développer, des informations à partager, alors, n'hésitez pas... faites nous parvenir vos articles.

Vous pouvez également si vous le souhaitez participer au comité de rédaction.

Ce journal est le vôtre, aider nous à le faire vivre.

Les membres du comité de rédaction

Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
3, Avenue Léon Blum  
25215 MONTBELIARD CEDEX  
Directeur de la Publication :  
Gérard COLÉ  
Chargée de Communication :  
Jacqueline CHENUT  
Tél. 03 81 99 12 22  
communication@cpam-montbeliard.cnams.fr  
Impression : CPAM - Montbéliard  
ISSN n° 1258-4789



L'Assurance Maladie  
sécurité sociale

Journal créé à l'initiative conjointe de la CPAM  
de Montbéliard, du Service Médical  
et des Professionnels de Santé

36 16  
SECUPRAT

# Le Parodonte : Maladies et traitement

Par le Dr Alain THEVENOT - Chirurgien Dentiste

Nombreux sont ceux qui s'interrogent sur la durée de vie de leur denture. Si les effets destructeurs de la carie sont bien connus, les atteintes parodontales sont moins bien mises en évidence et souvent trop tardivement traitées.

Le Parodonte est le terme utilisé pour désigner les tissus de soutien de la dent : os, ligament alvéolo-dentaire (ou desmodonte) et muqueuse gingivale.

Les atteintes parodontales sont diverses et différentes entre elles par le siège, l'âge de leur apparition et la vitesse de leur progression. Ainsi il faudra distinguer, la gingivite : inflammation limitée à la gencive de la parodontite : inflammation de tout le parodonte et en particulier de l'os alvéolaire.

Toutes les maladies parodontales ont la caractéristique commune d'être des maladies infectieuses polybactériennes à flore d'autant plus importante en bactéries gram - anaérobies que la forme de la parodontite est à progression plus rapide.

Il existe trois grandes catégories de maladies :

- 1) Les gingivites, peu graves sans atteinte osseuse.
- 2) Les parodontites chroniques à progression lente (ma-

ladie classique et répandue chez l'adulte, évoluant sur 2 à 4 dizaines d'années.)

3) Les parodontites à progression rapide (heureusement moins fréquentes), très destructrices, apparaissant chez l'adulte jeune ou parfois l'enfant et aboutissant en quelques années à la perte des dents.



Il convient de consulter un Chirurgien-Dentiste sans tarder lorsque l'on constate un saignement gingival persistant quel que soit l'âge.

Le traitement sera d'autant plus efficace qu'il aura été mis en place précocement :

Il s'agira :

- D'identifier le type de maladie parodontale.
- De traiter l'infection polybactérienne :

- ↳ Mise en place de techniques d'élimination de la plaque bactérienne par le patient.
- ↳ Détartrages, curetages, surfaçages radiculaires.
- ↳ Traitements médicamenteux

antibactériens (antibiotiques, antiseptiques, oxygénothérapie.)

↳ Contrôles et évaluations réguliers.

↳ Chirurgie muco-gingivale : greffes ou lambeaux de déplacements.

↳ Chirurgie osseuse d'assainissement ou de comblement..

- De traiter les facteurs mécaniques de déséquilibres ou de surcharges occlusales et de rétablir une fonction équilibrée.

En conclusion, perdre ses dents n'est plus, aujourd'hui, une fatalité. Même lorsqu'un patient hérite d'un terrain parodontal fragile, s'il est traité précocement et correctement il peut conserver sa denture 20 voire 30 ans de plus que s'il ne se traite pas. ■



# La Démarche de Soins Infirmiers DSI...vers une prise en charge globale du patient dépendant

L'amélioration des soins à domicile des personnes dépendantes, quel que soit leur âge, constitue le fondement de la démarche de soins infirmiers.

Élaborée en partenariat avec les représentants de la profession et l'Assurance Maladie pour favoriser le maintien à domicile, la DSI permet de préserver les capacités d'autonomie des personnes dépendantes, d'éviter l'aggravation de leur état de santé ou de compenser leur incapacité. Elle répond essentiellement à deux objectifs :

- ⇒ Assurer une prise en charge globale du patient dépendant.
- ⇒ Développer et formaliser la coordination des soins.

## Des patients mieux soignés à domicile

La DSI place le patient au centre d'une organisation où médecins, infirmiers et intervenants sociaux agissent chacun en fonction de leurs compétences respectives. Cette clarification des rôles permet de recentrer l'activité de l'infirmier sur son champ de compétences spécifiques.

## Des soins personnalisés, une autonomie préservée

La DSI est un programme de soins personnalisé en fonction de chaque patient. Le besoin de soins est déterminé en prenant en compte son état de santé, son environnement social et sa situation personnelle.

## Le contenu de la DSI :

- Des séances de **soins infirmiers** préventifs, curatifs et palliatifs (prévention des escarres, nursing...) visant à maintenir ou restaurer les capacités d'autonomie du patient. Ces soins relèvent de la compétence spécifique de l'infirmier et se pratiquent dans un objectif médical (contrairement à la toilette qui se fait dans un souci de propreté).
- Des séances dédiées à l'élaboration d'un **programme d'aide à domicile** pour assurer le relais avec l'entourage ou les intervenants sociaux.
- Des séances de **surveillance clinique et de prévention**. Ces séances permettent de faire le point régulièrement sur l'état général du patient (tension artérielle, humeur, mobilité...) et de prévenir les risques de dégradation.

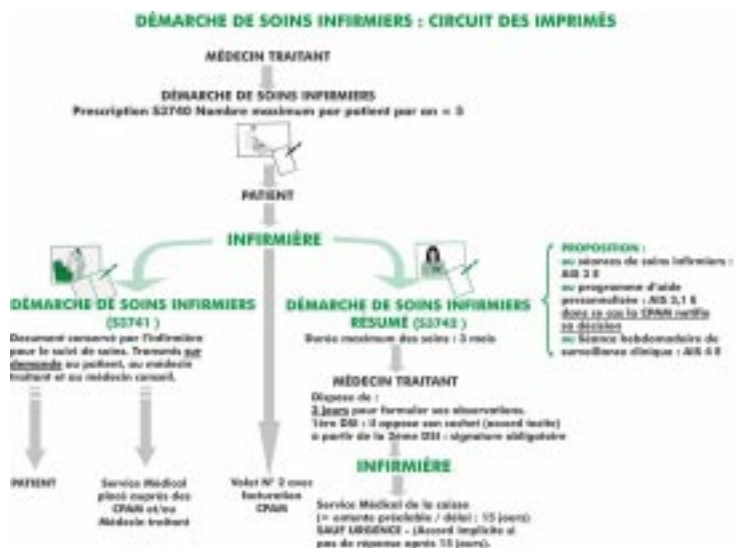
## La DSI ne concerne pas :

Les actes médicaux infirmiers : injection, perfusion, grand pansement. Ces actes techniques sont prescrits et remboursés comme avant.

## La DSI en pratique :

- ⇒ Le médecin constate que l'état de santé de son patient nécessite l'intervention d'un infirmier et prescrit une DSI.
- ⇒ L'infirmier dresse un bilan de la situation du patient fixe, des objectifs de soins, les planifie et propose sa prescription au médecin traitant. Ce dernier dispose de 72 heures pour formuler ses observations.

La durée maximum des soins est de 3 mois, au delà, une nouvelle DSI peut être prescrite (5 par an et par patient). ■



# Soleil et peau : «du joli bronzage au cancer invasif»

par le Dr. H. VAN LANDUYT et ASFODER ★

**D**epuis 2000, les cancers de la peau sont les cancers les plus fréquents. Le Mélanome malin, le plus grave, pourrait être la première cause de mort par cancer dans les années 2030-2040 pour les patients de moins de 40 ans.

Les modifications du comportement solaire dans les années 1950, la diminution du temps de travail, l'augmentation des loisirs extérieurs et de l'espérance de vie expliquent la situation actuelle : vieillissement cutané, pigmentation, rides, cancers...chez des patients de plus en plus jeunes.

TUMEURS PRECANCEREUSES et CARCINOMES :

## Les kératoses actiniques ou kératoses séniles :

Elles sont secondaires à l'action cumulative du soleil. Elles peuvent dégénérer en carcinome spinocellulaire. Cliniquement, les lésions débutent par de simples croûtes superficielles, saignant au contact, sensibles, parfois prurigineuses. Elles évoluent vers des lésions kératosiques pouvant évoluer vers des excroissances de plusieurs centimètres : corne cutanée. Le traitement de ces lésions est impératif : azote, curetage ou pommade 5FU. Les récurrences sont fréquentes. Une surveillance stricte s'impose.

## Le carcinome spinocellulaire :

C'est une tumeur plus rare mais plus grave qui est lymphophile et qui métastase à distance. L'évolution est rapide. La lésion primitive peut être une kératose actinique, une cicatrice chronique... L'aspect clinique est polymorphe : lésion croûteuse rebelle, lésion verruqueuse inflammatoire, lésion ulcérée infiltrante. Les lésions muqueuses sont plus rapidement évolutives et invasives. Le traitement chirurgical doit être précoce est impératif. La chirurgie large

est le seul traitement de référence. Un curetage ganglionnaire s'impose au moindre doute. La curiethérapie et la radiothérapie sont des traitements de seconde intention.

## Le carcinome basocellulaire :

C'est la tumeur cutanée maligne la plus fréquente. Il est également induit par le soleil et siège surtout sur les zones photoexposées. Il débute par une lésion à type de perle typique et s'étend progressivement par une bordure surélevée. C'est une tumeur à malignité locale. Elle ne métastase pas à distance. Sans traitement elle peut «dévorer» et détruire un visage sans aucune douleur. Le traitement est indispensable pour éviter les évolutions délabrantes. L'âge du patient ne doit pas être un facteur limitant. Le traitement repose sur la chirurgie avec contrôle histologique. La cryochirurgie est réservée à certains patients (anticoagulants, pace maker..).

## Le mélanome :

C'est la tumeur cutanée maligne la plus grave, de plus en plus fréquente (incidence multipliée par 2 tous les 10 ans). Il peut s'agir de la transformation d'un naevus (grain de beauté) mais le plus souvent, il s'agit d'une lésion de novo. C'est classiquement une lésion noire irrégulière dans sa forme, sa couleur... La lésion subit une extension superficielle progressive et secondairement peuvent apparaître des lésions nodulaires tumorales signant le caractère invasif. Une chirurgie large doit être précoce. Dans

les formes évoluées, les métastases à distances sont fréquentes. Les traitements (radiothérapie, chimiothérapie) sont peu efficaces.

Dans le cadre de la prévention primaire, le médecin ne doit pas ignorer chez des patients polymédicamentés et souvent encore actifs (marche, promenade du week-end), le risque de toxidermie à type de photodermatose parfois très grave.

Seul un dépistage précoce des lésions précancéreuses et un traitement rapide des carcinomes débutants pourront modifier le pronostic et limiter les effets délétères des cancers cutanés.

Tous les partenaires médicaux : médecins, pharmaciens, infirmiers doivent apprendre à dépister les lésions à risque et orienter rapidement les patients.

Il faut intervenir très tôt pour changer radicalement les habitudes solaires des jeunes générations et diminuer ainsi la fréquence de ces lésions à risques. ■



★ Les dermatologues de Franche-Comté (ASFODER) organisent actuellement une grande campagne de sensibilisation sur les effets néfastes du soleil et sur les méthodes de prévention solaire. Cette action a reçu un financement du F.A.Q.S.V

## Qualité des soins : les associations médicamenteuses dangereuses

De nombreux traitements exigent la prescription de plusieurs médicaments. Toutefois, certaines associations sont formellement contre indiquées car potentiellement dangereuses pour la santé des patients.

Une étude\* réalisée par l'Assurance Maladie met en évidence l'importance du risque de iatrogénie médicamenteuse lié à quelques Associations Formellement Contre Indiquées (AFCI).

### Le cadre de l'étude :

Les 11 AFCI étudiées ont été sélectionnées car reconnues par les experts du réseau de pharmacovigilance et en raison de leur caractère évitable.

L'étude concerne exclusivement les prescriptions établies par des professionnels de santé libéraux, elle porte sur les délivrances de médicaments établies au cours de l'année 2000 par des pharmaciens à partir des seules données du remboursement (elle ne prend pas en compte les conseils écrits ou oraux formulés par le médecin ou le pharmacien).

### Les résultats de l'enquête :

Ces AFCI concernent essentiellement 3 types de cas :

- L'association de médicaments destinés au traitement d'une même pathologie.
- L'association du traitement d'une pathologie chronique à un traitement anti-infectieux.
- L'association du traitement d'une pathologie chroni-

que à un traitement symptomatique.



Cinq AFCI représentent plus de 85% des AFCI identifiées :

- Anti-migraineux (triptan) + dérivés de l'ergot de seigle.
- Lévodopa ou agonistes dopaminergiques + neuroleptiques antiémétiques.
- Antibiotique de la famille des macrolides + dérivé de l'ergot de seigle.
- Cisapride\*\* + antibiotique de la famille des macrolides.
- Cisapride + anti-fongique azolé

### Les enseignements de cette étude

Cette étude montre que la question des AFCI doit faire l'objet d'une réflexion commune avec l'ensemble des professionnels de santé. En effet, tous les médecins/pharmaciens peuvent être amenés à prescrire/délivrer une AFCI.

La recherche et la prévention des associations contre indiquées passe par la constitution d'un dossier patient par le médecin et par le pharmacien.

La généralisation des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation devrait permettre de mieux prévenir le risque lié aux AFCI et le risque iatrogène de manière plus générale.

L'URCAM de Franche Comté a inscrit à son Programme Régional de gestion du risque 2003-2005, une étude sur la poly-médication des personnes âgées responsable d'un nombre accru d'accidents iatrogéniques.■



\* Disponible sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

\*\* Cisapride : classé médicament d'exception

# Programme experimental EQUIPADD\* 25

“GARDER OU RETROUVER L'EQUILIBRE... TOUT UN PROGRAMME”

Dans le cadre du Programme Régional de Santé (P.R.S) «Handicap et Dépendance», l'Association A.F.P.A.D \*\* s'est portée volontaire pour réaliser une action expérimentale en partenariat avec L'assurance maladie et d'autres partenaires \*\*\*.

L'objectif du programme est de diminuer le risque, la fréquence et la gravité des chutes des personnes de plus de 55 ans par l'entretien et la stimulation de leur fonction d'équilibration. Les personnes âgées bénéficiant d'une aide à domicile se verront

proposer un «Atelier Equilibre». En pratiquant, à domicile, quelques exercices, une ou plusieurs



fois par semaine, les personnes peuvent conserver le bénéfice de ces ateliers, assurer plus facilement certaines tâches quotidiennes et conserver ainsi une certaine autonomie.

Les aides à domicile, grâce à une formation spécifique, seront en mesure de proposer des exercices de courte durée, adaptés à l'état physique de la personne. ■

\* EQUilibre de Personnes Agées Dépendantes à Domicile

\*\* Association des Familles et des Personnes Agées à Domicile

\*\*\* CRAM, URCAM, CPAM Besançon et Montbéliard, Associations d'aide à domicile (AMAD AFPAD, ADMR), CCAS Besançon, Conseil régional du Doubs, DRASS, MSA, Profession sport...

Si les trois quarts des chutes dues à une perte d'équilibre ne causent aucune blessure, beaucoup de personnes ne savent pas se relever seules, prennent peur, restreignent leurs activités et de ce fait, ont moins de relations avec les autres...

## Indépendance mais concertation

Par le Dr WIDMER - Médecin Conseil Chef - Service Médical

C'est un décret du 24 mai 1969 qui a défini le statut des Praticiens Conseils du Régime Général d'Assurance Maladie.



Le Service Médical placé auprès des CPAM joue un rôle charnière entre les usagers (assurés et professionnels de santé) d'une part et les caisses d'autre part. Par ses actions, au service des assurés sociaux, il concourt au maintien d'une médecine de qualité tout en contribuant à une utilisation optimale des ressources de l'Assurance Maladie. Ce rôle ne peut se concevoir sans une indépendance complète des parties en cause.

Le Service Médical occupe une place originale au sein de l'Assurance Maladie puisqu'il constitue

un service national unique et hiérarchisé. Il est placé sous l'autorité directe de la CNAM. Organisé et dirigé par la Caisse Nationale (art. L221.1 du code de la sécurité Sociale) il se déploie aux trois niveaux, national, régional et local. Si au niveau national il est intégré à la CNAM, au niveau régional et local il est placé auprès des caisses régionales et primaires assurant les fonctions de conseil de ces organismes mais sans en être dépendant.

Cette indépendance, réclamée par le service médical et voulue par le législateur, a toujours été maintenue, car considérée comme un

facteur d'efficacité de son action. Les Praticiens sont soumis au statut fixé par décret du 24 mai 1969 qui prévoit entre autre :

- une interdiction d'avoir à titre professionnel une autre activité lucrative
- l'astreinte au respect du secret professionnel (code pénal) donc secret médical vis à vis des services administratifs.
- L'obligation d'inscription à l'Ordre à titre individuel.

Certaines dispositions sont destinées à les protéger compte tenu de la mission de contrôle qui leur incombe. Mais ils sont soumis aux mêmes règles de déontologie que l'ensemble de leurs confrères. ■

# Point VITALE

Situation à Montbéliard  
au 26/03/2003

5 429 667 FSE  
reçues et traitées

## ■ MÉDECINS

219/266 (82,33%)

151/155 Généralistes (97,42%)

68/111 Spécialistes (61,26%)

## ■ PHARMACIENS

62/68 (91,18%)

## ■ MASSEURS-

KINÉSITHÉRAPEUTES

43/57 (75,44%)

## ■ ORTHOPHONISTES

14/17 (82,35%)

## ■ CHIRURGIENS-

DENTISTES

4/79 (5,06%)

## ■ INFIRMIERES

21/85 (24,70%)

## Vitale et les Chirurgiens Dentistes

L'avenant n° 4 à la convention nationale des chirurgiens dentistes –annexe VIII- (JO du 27/02/2003) définit les conditions d'engagement et les modalités relatives à la télétransmission des Feuilles de Soins Électroniques par les chirurgiens dentistes.

Comme elle l'a fait pour les autres professionnels de santé, la CPAM apportera son soutien à chaque chirurgien dentiste qui en fera la demande : accompagnement et conseils lors du démarrage, suivi

et intervention de nos agents si besoin. ■

Service relations avec les  
professionnels de santé

Tél. : 03 81 99 12 98 ou  
[rps@cpam-montbeliard.cnamts.fr](mailto:rps@cpam-montbeliard.cnamts.fr)

Service informatique

Tél. : 03 81 99 12 02 ou  
[informatique@cpam-montbeliard.cnamts.fr](mailto:informatique@cpam-montbeliard.cnamts.fr)

## Forte augmentation des arrêts de travail

Les indemnités journalières progressent à un rythme soutenu depuis le dernier trimestre de 1999 et de façon encore plus prononcée depuis le début de l'année 2002.

Evolution du poste IJ  
à Montbéliard :

Dépenses totales :  
( IJ + 3 mois et IJ - 3 mois )

Janvier 2002 à fin novembre  
2002 : + 13,14 % PCAP

Face à cette évolution constante et conformément au Plan National Inter Régime de gestion du risque, l'Échelon Local de Service Médical, va effectuer, dès 2003, des contrôles sur les prescriptions d'arrêt de travail en direction des assurés et des prescripteurs.

Par exemple :

- ➔ Arrêts itératifs de moins de 15 jours
- ➔ Ciblage de certaines pathologies
- ➔ Absence d'éléments médicaux justifiant l'arrêt

Parallèlement, un travail de réflexion national sera mené sur l'élaboration d'un référentiel de prescription des arrêts de travail.

En effet, celle ci fait partie de l'arsenal thérapeutique du médecin mais, à la différence des prescriptions médicamenteuses, il n'existe pas encore de référen-

tiels médicaux indiscutables sur la justification et la durée de l'arrêt. ■

Poids des dépenses de  
prescriptions IJ :

# Guide Pratique

## Maladies professionnelles : 2 nouveaux tableaux : Les formulaires de l'Assurance Maladie en ligne

Deux nouveaux tableaux de maladies professionnelles sont entrés en vigueur le 15 février 2003 (JO du 13 02 2003) :



La liste des formulaires en ligne est régulièrement mise à jour.

► Tableau n° 49 bis : Affections respiratoires provoquées par les amines aliphatiques, les éthanolamines ou l'isophoronediamine (rhinites et asthme).

► Tableau n° 66 bis : pneumopathies d'hypersensibilité (bronchoalvéolite aiguë, fibrose pulmonaire).

Une trentaine d'autres tableaux ont été révisés afin d'harmoniser les termes désignant les différentes pathologies et les délais de prise en charge correspondants. ■

En savoir plus : [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)  
rubrique : nos dossiers.  
Accès par tableau ou pathologie.

La plupart d'entre eux peuvent être complétés à l'écran puis imprimés et adressés aux caisses d'Assurance Maladie et ce sans autorisation préalable de ces organismes conformément aux décrets du 02 02 99 et du 25 05 01.

Ces documents ont la même valeur que les originaux et ne peuvent en aucun cas être refusés.

Sur le site de la COSA (COMmission pour les Simplifications Administratives), vous trouverez tous les formulaires portant une référence Cerfa [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)

Sur le site de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, vous trouverez tous les formulaires de la branche maladie :

[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

rubrique : formulaires. ■

Pour enregistrer ces formulaires sur votre disque dur :

Clic droit sur :

- le n° cerfa ( site service public.fr)

- le n° d'homologation ou la référence (site ameli.fr)

Puis :

" enregistrer la cible sous " pour l'installer dans un dossier de votre disque dur.

## Etiquettes Maternité : Accident de travail et accident de trajet

A compter du 02 mai 2003, les guides de surveillance médicale «mère et nourrisson» et «surveillance de l'enfant» seront adressés à nos assurés sans étiquettes.

En effet, l'utilisation de ces étiquettes est devenue obsolète compte tenu de la proportion importante de FSE qui prennent en compte le risque maternité et du fait que cette rubrique figure sur la feuille de soins papier. Elle doit être renseignée par le professionnel de santé sur présentation du guide, cela permet de distinguer les examens de la mère, du père et de l'enfant remboursables au risque «maternité» et donc à 100 %. ■

## Accident de travail et accident de trajet

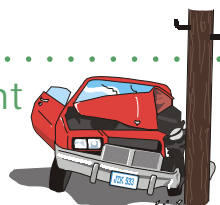
L'accident de travail est l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

L'accident de trajet est l'accident qui survient lors du trajet (aller ou retour) entre :

► Le domicile et le lieu de travail.

► Le lieu de travail et l'endroit où la victime prend habituellement ses repas.

Le trajet ne doit pas avoir été interrompu ou détourné pour un motif personnel (faire des courses ou rendre visite à des



amis en rentrant du travail par exemple).

L'indemnisation de l'accident de trajet par la CPAM est identique à celle de l'accident du travail : 100% et dispense d'avance des frais.

La déclaration d'accident de trajet doit se faire auprès de l'employeur dans les mêmes conditions que pour un AT et les formulaires utilisés ( feuille AT et certificats médicaux ) sont identiques. ■

# Lutte contre la force d'attraction terrestre au cours de la vie

par M. Eric GEHIN, Masseur-Kinésithérapeute

Depuis leur sortie de l'eau, les êtres vivants ont lutté contre la pesanteur pour pouvoir se déplacer.

L'homme a mis environ cinq millions d'années pour obtenir la position érigée que nous connaissons. Tous les stades de cette lutte sont vécus, si tout se déroule correctement, par les bébés de leur naissance à l'acquisition de la marche. En moyenne, un enfant marche seul à 13-14 mois, court raide à 18 mois, marche en terrain irrégulier à 21 mois. A partir d'observations, une potentialité cérébro-motrice innée a été invoquée. celle-ci permet l'émergence de réponses motrices automatiques et modulables en fonction des conditions physiques auxquelles le corps de l'enfant est soumis. Elle est composée de la fonction posturale ; régulation de l'ensemble des contractions des muscles lors des synergies et réponses actives globales du corps. Des fonctions anti-gravitaires soit : la fonction de soutien, la fonction de maintien, la fonction de redressement, et la fonction d'équilibrage. Des fonctions de locomotion, que sont la marche automatique, la reptation et les retournements. De la commande volontaire qui permet de renforcer ou de

modérer les réponses automatiques. Le pouvoir de sélectivité se développe au fur et à mesure et donne des possibilités supplémentaires.

L'évolution motrice fonctionnelle dépend de trois facteurs: la maturation, les aptitudes perceptivo-motrices innées (permettant la mémorisation des mouvements et des informations extérieures), les expériences motrices répétées.

La succession de redressements, de maintiens, d'enchaînements et de déplacements qui définissent la locomotion de l'enfant jusqu'à la marche sont décrits et codifiés sous l'appellation de Niveau d'Evolution Moteur (N.E.M.).

Les N.E.M. représentent les nombreuses combinaisons d'enchaînements possibles que l'enfant découvre dans ses explorations du milieu extérieur. Les différentes variantes possibles multiplient ses possibilités fonctionnelles.

Ils permettent aux rééducateurs d'évaluer les retards d'acquisition, les troubles moteurs et d'établir une trame pour les soins qui doivent être donnés.

Suivant les enfants, des écarts dans le temps d'acquisitions des différents niveaux peuvent exister sans pour autant parler de déficiences : par exemple, un enfant peut marcher seul entre 10 et 20 mois, la plupart le feront entre 13 et 14 mois.

◆ A un mois, l'enfant est capable de soulever les membres du sol et de décoller les fesses.



◆ A 3 mois, il s'appuie sur les membres supérieurs étendus et tourne du ventre sur le dos.



◆ 5-7 mois, retournement du dos sur le ventre.



◆ 7-8 mois, il tient assis sans appui. Réactions parachutes antérieures.



- ◆ 9-11 mois, reptation, quadrupédie (inconstante),



réactions parachutes latérales, tient debout avec le tronc droit, se met debout en s'agrippant. Se place en lapin et passe à genoux dressé en prenant appui.

- ◆ 10 mois, marche en



poussant une chaise, se place en chevalier servant.

- ◆ 11 mois, réactions parachutes postérieures. Déplacements latéraux avec appui des mains au mur. Marche tenu par deux mains.

- ◆ 12 mois, marche tenu par une main.



- ◆ 13-14 mois, marche seul.

- ◆ A 2 ans sait tomber en arrière, monte un trottoir.

- ◆ A 2 ans et demi descend un trottoir.

- ◆ A 4 ans tient quelques secondes sur un pied.

L'homme conserve ces praxies toute sa vie à condition de les entretenir par un minimum de répétitions. Plusieurs facteurs peuvent empêcher l'acquisition ou faire perdre la capacité de pratiquer ces différents stades moteurs. Tous les types de pathologies peuvent avoir des conséquences directes ou secondaires sur la motricité, de même que le vieillissement.

L'équilibre est une fonction sensori-motrice. Les atteintes et/ou le vieillissement -

- sensorielles (capteurs plantaires, sensibilité articulaire, oreille interne, vue),
  - neurologiques,
  - et de l'appareil musculo-articulaire,
- mettent en péril la capacité de se déplacer.

Une rééducation à la marche n'est jamais aussi simple que la formulation le laisse entendre. Souvent, une réadaptation motrice globale est à entreprendre avant l'apparition des troubles importants et bien avant la perte de la marche.

Par exemple, pour une personne atteinte d'un syndrome ou d'une maladie de Parkinson, il est plus efficace de retarder le moment où la déambulation devient inefficace que de redonner une marche à un patient qui se trouve au fauteuil lors des premiers soins.

Comme pour les enfants Infirmités Motrices Cérébraux (IMC), une rééducation, mieux

une prévention suivant les NEM peut être entreprise avec les personnes âgées. En dehors de fractures ou de douleurs, bon nombre de "seniors" sont surpris, voire choqués psychologiquement, de se retrouver au sol après une chute, sans pouvoir se relever faute de ne plus l'avoir fait depuis longtemps. Il faut cependant adapter les exercices suivant les blocages articulaires, les douleurs d'appuis, les craintes.

Même alitée, une personne dépendante peut aider à sa toilette en ayant la possibilité de se mettre sur le côté activement.

Elle peut également mimer un ramper sur le dos, afin de conserver une mobilité articulaire, un peu de force, quelques sensations. Tout ceci évitera l'inconfort, luttera contre les complications du décubitus et permettra, si l'évolution est favorable, de fixer une étape vers la position debout.

Les évolutions et les traitements peuvent être très spécifiques suivant les différentes pathologies et ils correspondent bien au travail et aux résultats à obtenir, mais prendre en compte les caractéristiques de la rééducation suivant les NEM permet de compléter les soins sur une motricité fonctionnelle.

Et si la vieillesse nous fait retourner en enfance, profitons-en pour entretenir nos possibilités motrices. ■