

Transmettez votre savoir de



VIDEO

L'épaule et le cross fit, place des techniques de crochetage

BLOG

Résultat du traitement orthopédique des fractures de l'olécrane chez les personnes âgées

Exercices physique et dépression majeure

Arthro-distension pour capsulite rétractile

Synthèse des recommandations de l'OMS sur l'activité physique pour la santé.

**La collaboration et l'assistanat
PAR REMPLEO**

La recherche, la formation et les congrès en psychosomatique

Chute chez la personne âgée, des chiffres alarmants

04 Edito:

JULIEN ENCAOUA

06 L'épaule et le cross fit, place des techniques de crocheting (partie 1)

JULIEN CRAMET

08 Résultat du traitement orthopédique des fractures de l'olécrane chez les personnes âgées

LAETICIA SELLEM

10 Exercices physique et dépression majeure

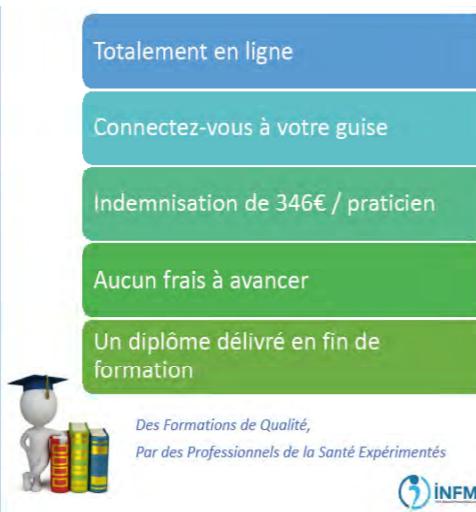
LAETICIA SELLEM

16 Arthro-distension pour capsulite rétractile de l'épaule : association à la kinésithérapie

LAETICIA SELLEM

22

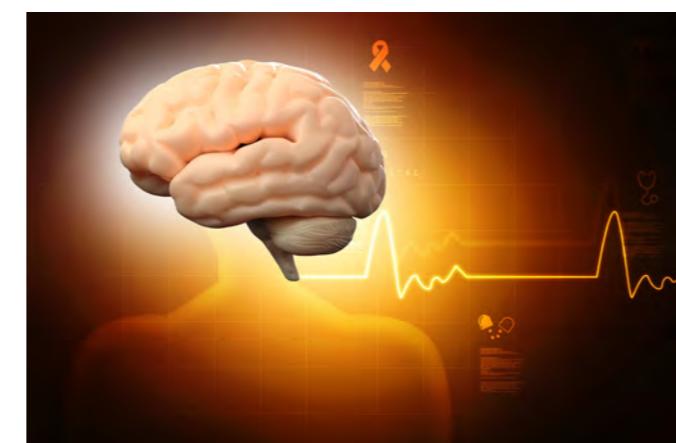
CHUTE DE LA PERSONNE ÂGÉE - DES CHIFFRES ALARMANTS.



24

36

**LA RECHERCHE,
LA FORMA-
TION ET LES
CONGRÈS EN
PSYCHOSOMA-
TIQUE**



18 **Synthèse des recommandations de l'OMS sur l'activité physique pour la santé.**

JULIEN ENCAOUA

22 **Chute de la personne âgée - Des chiffres alarmants.**

JULIEN ENCAOUA

24 **La collaboration et l'assistanat et l'assistanat.**

REMPLEO

28 **La recherche, la formation et les congrès en psychosomatique**

ROLAND HUSSLER



La gestion de cabinet kiné réinventée

Maiia Gestion
la solution **100% Web**
conçue par et pour les kinés.

Je pilote ma facturation
en un coup d'oeil !

Je génère mes
bilans en un clic !

Je me concentre
sur le soin !

La solution pour mes patients, ma vie & moi.



05 65 76 03 33
Prix d'un appel local

Rendez-vous sur
suite.maiia.com



Franco&Fils

CONCEPTION & FABRICATION D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX



ZONE INDUSTRIELLE | RN7 | 58320 POGUES-LES-EAUX

TÉL. : 03 86 68 83 22 | FAX : 03 86 68 55 95

E-MAIL : INFO@FRANCOFILS.COM | SITE : WWW.FRANCOFILS.COM

**L'ÉPAULE ET LE CROSS FIT, PLACE DES TECHNIQUES DE CRO-
CHETAGE**

Auteur de la présentation: Julien CRAMET



En bref :

Résultat du traitement orthopédique des fractures de l'olécrane chez les personnes âgées (>75 ans)

Auteur du résumé: Laetitia Sellem

Auteurs et titre de l'article original: Marot, V., Bayle-Iniguez, X., Cavaignac, E., Bonnevialle, N., Mansat, P., & Murgier, J. (2018). Results of non-operative treatment of olecranon fracture in over 75-year-olds. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 104(1), 79–82.

Introduction

Les fractures de l'olécrane représentent 10% des fractures du membre supérieur. L'âge moyen est de 50 ans pour les hommes et 63 ans pour les femmes. Beaucoup de praticiens choisissent une prise en charge chirurgicale : or, cela n'est pas sans risque pour les patients âgés (risque de désunion cicatriciel, d'infection ou de démontage est augmenté).

Le traitement orthopédique (immobilisation et kinésithérapie) pourrait être une alternative intéressante pour les fractures peu déplacées de l'olécrane chez les patients âgés.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les résultats fonctionnels du traitement orthopédique chez les patients âgés de plus de 75 ans et plus, hospitalisés pour une fracture de l'olécrane peu déplacée. Le second objectif est d'évaluer les séquelles fonctionnelles du traitement orthopédique chez ces patients.

Matériel et méthodes

L'étude est observationnelle, prospective,

monocentrique et continue.

22 fractures chez 21 patients ont été incluses : les patients étaient âgés de plus de 75 ans, étaient hospitalisés aux urgences du service orthopédique de l'hôpital Pierre Paul-Riquet de Toulouse pour une fracture fermée isolée et stable de l'olécrane peu déplacée (Mayo type 1 et 2). Les patients exclus de l'étude sont ceux présentant des troubles cognitifs.

Le traitement orthopédique consistait en :

- » Immobilisation coude au corps 15 jours + antalgiques : atèle de type Dujarier en position de confort (70 à 90° de flexion et prono-supination neutre)
- » Rééducation kinésithérapique : physiothérapie antalgique, mobilisations passives du coude sans limitation (pas de douleur), mobilisations actives à 6 semaines, renforcement musculaire à 8 semaines, proprioception

Les évaluations utilisées étaient le Mayo Elbow Performance Score (MEPS) et le score QuickDASH. Les complications ont également été recueillies.

Le suivi s'est fait à 6 semaines puis 3 mois post-opératoire, l'examen principal a été réalisé à 6 mois post-opératoire (toujours par le même examinateur).

Résultats / discussion

Le résultat fonctionnel du traitement orthopédique était excellent et comparable au traitement chirurgical. La plupart des patients présentaient un déficit d'extension qui n'impactait pas la qualité de vie : selon Morrey et al., l'arc fonctionnel du coude serait compris entre 30 et 130°.

Il n'y a pas eu de complications locales ou

générales.

Une pseudarthrose a été retrouvée chez 18 patients, bien tolérée en général : cela est dû à la rotulisation de l'olécrane qui permet de restaurer l'extension active du coude.

Comparativement aux résultats de la littérature concernant le traitement chirurgical dans la population générale, les résultats de cette étude sont équivalents voir supérieurs. On retrouve moins de complications avec le traitement orthopédique qu'avec le traitement chirurgical.

Cette étude comporte quelques limites : il aurait été intéressant de réaliser une comparaison avec le traitement chirurgical (pas assez de patients inclus dans l'étude) et d'évaluer la perte de force du triceps.



Exercices physique et dépression majeure

Auteur du résumé: Laetitia Sellem

Auteurs et titre de l'article original: Exercice physique et dépression majeure: programme de kinésithérapie(2020) 30, 190-197

J Knapen et al, Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression, *Disabil Rehabil*, Early Online: 1–6, DOI: 10.3109/09638288.2014.972579

La dépression majeure

La dépression est définie par une absence de positivité (perte d'intérêt et de plaisir pour les choses et expériences ordinaires), une mauvaise humeur persistante et une gamme de symptômes émotionnels, cognitifs, physiques et comportementaux associés. La sévérité de la dépression peut être classifiée comme faible, modérée et sévère (la plupart des symptômes interfèrent avec la fonction). La dépression sévère est identifiée après un épisode d'au moins 2 semaines d'épisode dépressif majeur (non causé par une autre pathologie ou médication).

Voici un résumé des symptômes (expérimentés la majeure partie de la journée) présentés dans le DSM-V.

Au moins 5 doivent être présents pour établir le diagnostic :

- Humeur dépressive la majeure partie de la journée et presque chaque jour
- Diminution marquée d'intérêt ou plaisir dans l'ensemble ou presque des activités
- Importante perte ou prise de poids sans régime ou une perte d'appétit

- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur observable
- Fatigue ou perte d'énergie
- Dévalorisation ou culpabilité excessive/inappropriée
- Perte de la capacité à se concentrer ou penser, et indécision
- Pensées récurrentes de mort, idéation suicidaire récurrente sans plan défini, tentative de suicide ou plan

Impact sur la santé publique

La prévalence de la dépression sur une vie est de 10 à 15%. Aux États-Unis, la prévalence de la dépression est de 9%, dont 3,4% de dépression majeure. Il existe une importante mortalité et morbidité associée à la dépression : le risque de mortalité par suicide est multiplié par 20 chez les patients dépressifs ; c'est également un facteur de risque important pour une mort cardiovasculaire. De plus, la dépression diminue la productivité au travail et augmente l'absentéisme, ce qui va provoquer une diminution du salaire ou une perte d'emploi.

Seulement 55% des patients atteints vont chercher à se faire soigner et juste 32% reçoivent un traitement efficace (psychothérapie ou antidépresseurs).

L'exercice physique a été suggéré comme un traitement complémentaire efficace pour réduire les symptômes de la dépression : cela diminue les coûts de santé et améliore la santé physique et la réponse au stress. Nous pouvons donc recevoir en séance de kinésithérapie ces patients afin d'établir avec eux un pro-

gramme d'exercices.
2 méta-analyses : exercice et dépression

- Une méta-analyse de la collaboration Cochrane a recherché les effets de l'exercice physique dans le traitement de la dépression comparativement à des patients n'ayant pas reçu de traitement ou ayant reçu une autre intervention. 39 études ont été incluses avec un total de 2326 participants. Ils ont cherché à répondre aux questions suivantes :

Est-ce que l'exercice est plus efficace que l'absence de thérapie ?	Modérément plus efficace
Est-ce que l'exercice est plus efficace qu'un traitement antidépresseur ?	Pas plus ou moins efficace (peu d'études)
Est-ce que l'exercice est plus efficace qu'un traitement en psychothérapie ou autre traitement non médical ?	Pas plus ou moins efficace (peu d'études)
L'exercice est-il accepté par les patients comme traitement de la dépression ?	50 à 100%



Une autre méta-analyse a été réalisée en 2013 évaluant les effets de l'exercice aérobic et du renforcement musculaire sur la dépression majeure. Ils ont conclu que l'exercice physique diminuait modérément les symptômes de dépression majeure, on retrouve une diminution de 50% des scores de dépression initiaux et une meilleure réponse chez les patients de plus de 60 ans. Une importante limite de cette méta-analyse est qu'elle incluait beaucoup d'études sur la dépression légère/modérée.

Syndrome métabolique et dépression majeure

Les patients dépressifs ont un risque multiplié par deux de développer une pathologie cardio-vasculaire. Le syndrome métabolique est une constellation de facteurs de risques cardiovasculaires incluant une obésité (abdominale), une hypertension, une dyslipidémie et hyperglycémie : on le suspecte d'être la connexion entre la dépression et les troubles cardiovasculaires.

Une étude a montré que 30,5% des individus souffrant de dépression majeure avaient un syndrome métabolique (peut être expliqué par l'utilisation d'antipsychotiques) et le

risque de le développer est multiplié par 1,5 par rapport à une personne normale. Une personne souffrant d'un syndrome métabolique a beaucoup plus de chance de développer une dépression. Ces deux pathologies se recoupent et partagent plusieurs pathologies cardiovasculaires, qui peuvent être dues à une inactivité et pauvre hygiène alimentaire.

Rôle des habitudes de vie

Une mauvaise alimentation, l'inactivité physique et être fumeur sont des facteurs de risque pour la dépression majeure. La sévérité de l'obésité est un facteur de risque important pour déterminer le risque d'un patient à développer une dépression comorbide.

D'autres facteurs influents existent: le stress chronique, l'influence sociale, effets physiques et mentaux associés à des maladies, la prise d'alcool ou de drogues, la douleur chronique et l'exposition au soleil (vitamine D).

Il existe une interconnexion entre le syndrome métabolique et la dépression (mauvaise hygiène alimentaire et inactivité) : cela peut entraîner un cercle vicieux conduisant à une dépression métabolique.

Nous pouvons ainsi avoir un rôle éducatif en tant que kinésithérapeutes lorsque nous recevons ces patients en séance.

Recommandations «evidence-based» pour les patients dépressifs

Voici un programme d'exercice recommandé pour les patients souffrant de dépression, pouvant être appliqué en séances de kinésithérapie.

Elaboration du programme

Le kinésithérapeute doit savoir que certains symptômes de la dépression (manque de motivation ou d'énergie, pauvre estime de soi) peuvent être un frein à la participation au programme. Il faut :

- Identifier les facteurs de risques pour les patients atteints d'autres pathologies comorbidies (pathologies cardiovasculaires, diabète): demander un avis médical, en général il n'y a pas de risque à commencer l'exercice à basse intensité, puis on l'augmente progressivement
- Evaluer la forme physique et l'effort perçu pendant l'exercice : le meilleur indicateur est de réaliser la mesure de la prise d'oxygène maximale lors d'un test d'effort.

Pour les patients dépressifs il est recommandé de réaliser un test sous-maximal. Il est important de prendre en compte l'effort perçu par le patient souffrant de dépression majeure (Borg 15 Graded Category Scale et the Borg Category Ratio 10 Scale)

- Etablir une liste des difficultés et bénéfices de l'exercice : il est important pour le kinésithérapeute de discuter des possibles difficultés rencontrées et de développer des stratégies avec le patient. Informer le patient sur les bénéfices va lui permettre d'établir une balance entre les difficultés et les avantages de l'exercice.

Stratégies pour augmenter la motivation et la participation.

Elles peuvent être basées sur les principes de Motivational Interviewing selon Miller and Rollnick et le Transtheoretical Model of Behaviour Change.

Il existe 6 stades de changement : pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintenance et terminaison.

Phase initiale : exercice supervisé

Le kinésithérapeute met en place des exercices selon les préférences et attentes du patient, le plan individuel doit être réalisé avec le patient et prendre en compte les aspects émotionnels, cognitifs et physiologiques de la dépression. Les objectifs doivent être raisonnables et possibles à atteindre. Réaliser des feedbacks régulièrement afin d'encourager le patient et mettre en valeur les bénéfices à court terme. Il faut toujours encourager et féliciter le patient sur ce qui a été accompli.

2ème phase : maintenir l'exercice supervisé

Se concentrer sur les gains obtenus par l'exercice, l'achèvement des objectifs personnels et le sens de contrôle sur le corps et son fonctionnement. Le kinésithérapeute doit user de stratégies cognitives comme l'autosurveillance et la mise en place d'objectifs. Avec le temps le patient aura une amélioration de son humeur et sera motivé pour continuer les exercices par lui-même : il est important de l'aider à développer une identité de personne active.

3ème phase : suivi après les exercices

Il est important de discuter avec le pa-

tient des difficultés rencontrées, de lui créer une sphère de soutien (famille, amis) et lui permettre d'établir des stratégies en cas de rechutes (qui font partie du processus de changement).



Arthro-distension pour capsulite rétractile de l'épaule : association à la kinésithérapie

Auteur du résumé: Laëtitia Rachel Sellem

Auteur et titre de l'article original: A. Ferenczi, J. Beaudreuil. Arthro-distension pour capsulite rétractile de l'épaule. Exemple d'une procédure associée à la rééducation. Revue du rhumatisme monographies 87 (2020) 222-224

Introduction

L'arthro-distension est utilisée dans le traitement de la capsulite rétractile (phase raide et douloureuse, en cas d'insuffisance d'une ou deux infiltrations gléno-humérales). Ses objectifs sont l'expansion et la rupture de la capsule. On réalise une anesthésie locale, puis une injection sous pression d'air ou de liquide et souvent d'un corticoïde, sous repérage clinique, échographique ou radioscopique.

On réalise une évaluation clinique initiale (douleur et amplitudes actives/passives de l'épaule) et elle est suivie par une mobilisation post-interventionnelle immédiate par un kinésithérapeute.

La ponction se situe à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, 2 mm en dehors de la ligne de projection cutanée de l'interligne gléno-humérale. L'aiguille est positionnée verticalement dans la partie antérieure de l'articulation, sous contrôle fluoroscopique : un produit de contraste est injecté (4mL). Puis on injecte de la lidocaïne (5mL). On considère que le volume capsulaire correspond au volume de liquide injecté au moment de la première résistance perçue : s'il est inférieur à 12mL, c'est le signe d'une capsulite rétractile. On injecte ensuite 1 à 3 mL de dérivé cortisonique. Puis sous pression, on réalise une injection de sérum physiologique stérile glacé (jusqu'à 19 mL).

Modalités techniques sous contrôle scopique

Méthode d'injection

Le patient est placé en décubitus dorsal, bras le long du corps, paume vers le haut (si possible). Une asepsie de la peau est réalisée, puis une anesthésie des plans sous-cutanés. Le point de

Puis, on réalise une rééducation tension est dû à son effet mécanique : kinésithérapique intensive : on réalise en effet, elle a montré son efficacité une mobilisation passive du membre couplée à une injection cortisonique supérieur à l'aide d'un arthromoteur comparativement à une arthro-distension seulement (jusqu'à 16 semaines sur la 1h) ; repos pendant 2 heures ; nouvelle séance de kinésithérapie de 30 minutes ; 1 heure d'arthromoteur.

Durant les 4 jours suivants le patient est traité deux fois par jour (30 minutes de mobilisations et 1h d'arthromoteur à chaque séance). A partir de la 4ème séance on peut commencer un travail fonctionnel du membre supérieur. Un traitement antalgique est toujours couplé aux séances de rééducation.

Résultats – conclusion

On ne sait pas si l'effet de l'arthro-dis-

La kinésithérapie suivant la technique a prouvé son efficacité jusqu'à 6 mois. Combinée à une arthro-distension avec injection de cortisone, elle a une efficacité supérieure à une rééducation seule (douleur et amplitudes en abductions/rotation externe et interne d'épaule) dès 5ème jour. Le gain en rotation externe était plus important à J30 chez les patients avec rupture capsulaire.



Synthèse des recommandations de l'OMS sur l'activité physique pour la santé

Auteur du résumé: Julien Encaoua

Auteur et titre de l'article original: Organisation mondiale de la santé

Introduction

En 2010, l'OMS réalise des recommandations sur l'activité physique.

Bénéfices de l'activité physique:

La sédentarité (6%) se place quatrième en terme de facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale juste après l'hypertension (13%) et le tabagisme (9%).

Tendance à la hausse et conséquences mondiales:

Le niveau de sédentarité est en augmentation dans plusieurs pays. Corréler directement avec les maladies cardio-vasculaires, le diabète et même le cancer.

"On estime que la sédentarité constitue la cause principale d'environ 21 à 25 % de la charge du cancer du sein et du côlon, 27 % de celle du diabète et environ 30 % de celle des maladies cardiaques ischémiques ."

Plan d'action mis en place:

En 2004, l'Assemblée mondiale de la Santé approuve la résolution

WHA57.17.

Cette résolution intitulée : Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé prévoit que les états membres mettent en place des stratégies nationales pour développer l'exercice physique.

Les recommandations sont réalisées par tranches d'âges. L'OMS s'appuyant sur des données scientifiques décrit trois classes d'âge : 5-17 ans, 18-64 ans et 65 ans ou plus.

Pour chaque section l'OMS présente :

- le résumé des données scientifiques;
- les recommandations sur l'activité physique pour la santé ;
- l'interprétation et la justification des recommandations présentées.

Les recommandations

Le 26 Novembre 2020 l'OMS publie sur son site une mise à jour de ses recommandations. Ce sont celles que nous vous citons ci-dessous.

Les enfants âgés de 5- 17 ans:

- *"devraient consacrer en moyenne 60 minutes par jour à une activité physique d'intensité modérée à soutenue, principalement d'endurance, tout au long de la semaine.*
- *Des activités d'endurance d'intensité soutenue, ainsi que celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être pratiquées au moins 3 fois par semaine.*
- *Le temps de sédentarité devrait être limité, en particulier le temps de loisir passé devant un écran et devraient limiter leur temps de sédentarité. Remplacer la sédentarité par une activité physique quelle qu'en soit l'intensité (y compris légère) est bénéfique pour la santé ;*

Les adultes âgés de 18-64 ans:

- *"devraient consacrer au moins 150 à 300 minutes par semaine à une activité d'endurance d'intensité modérée ; ou pratiquer au moins 75 à 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine ;*
- *devraient pratiquer 2 fois par semaine ou davantage des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou supérieure - qui sollicitent les principaux groupes*

musculaires - celles-ci procurant des bienfaits supplémentaires pour la santé ;

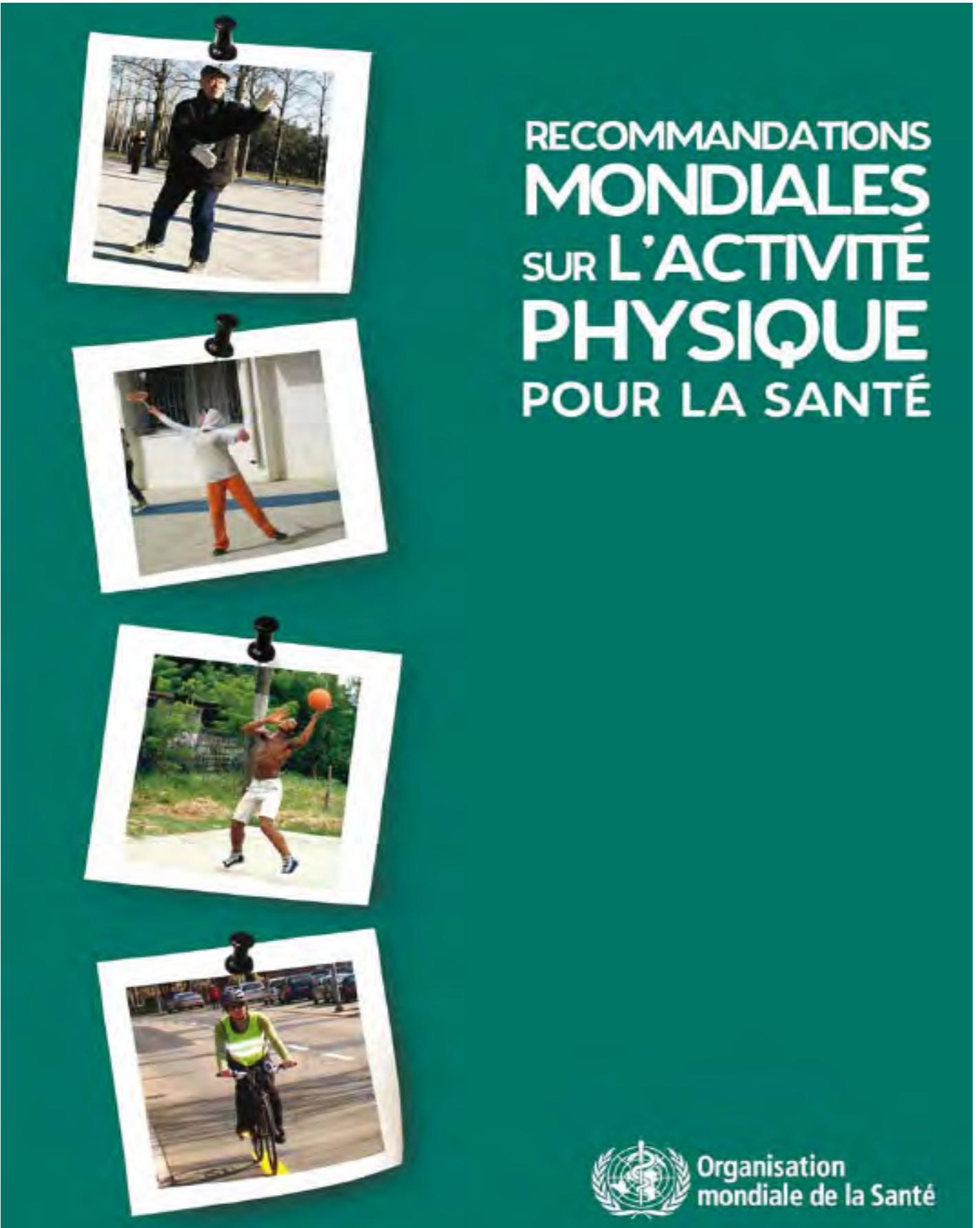
- *peuvent porter à plus de 300 minutes la pratique d'une activité d'endurance d'intensité modérée ; ou pratiquer plus de 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine, afin d'en retirer des bienfaits supplémentaires pour la santé ;*
- *et devraient limiter leur temps de sédentarité. Remplacer la sédentarité par une activité physique quelle qu'en soit l'intensité (y compris légère) est bénéfique pour la santé ;*
- *devraient tous s'efforcer de dépasser les niveaux recommandés d'activité physique d'intensité modérée à soutenue afin d'amoindrir les effets néfastes d'un niveau de sédentarité élevé.*

Les adultes de 65 ans et plus :

Les recommandations sont les mêmes que pour les adultes plus jeunes ; et :

Dans le cadre de leur programme hebdomadaire de mise en forme, les personnes âgées devraient pratiquer des activités variées et à plusieurs composantes qui mettent l'accent sur l'équilibre fonctionnel et des exer-

cices de force d'intensité modérée ou supérieure, 3 fois par semaine ou davantage, afin d'améliorer leur capacité fonctionnelle et de prévenir les chutes.



CHUTE DE LA PERSONNE ÂGEE - DES CHIFFRES ALARMANTS

JULIEN ENCAOUA

Introduction

au moins une fois:

La chute de la personne âgée est un événement fréquent avec des conséquences à l'échelle du sujet chuteur, allant de la peur de la chute à la perte d'autonomie complète. Mais aussi à l'échelle nationale avec un coût de santé publique important.

Des chiffres alarmant.

Chez le médecin généraliste, les plaintes sont reparties comme suit:

- Instabilité (85%)
- Chutes (35%)
- Vertiges (57%).

Jonson en 1994 déclare : "80% des patients âgés souffrant de troubles de l'équilibre le rapportent à leur médecin ; 56% ne reçoivent aucun traitement."

En 2016 d'après l'INSEE, 16.2% des personnes en France sont dites « âgées » car elles ont 65 ans et plus. (selon l'oms 60 ans et +).

Sur cette population, ont déjà chuté

- 25% des plus de 65 ans
- 50% des plus de 80 ans.

Par ailleurs 25% des personnes âgées chutent à domicile et entre 50 et 70% chutent en institution (EHPAD).

L'hospitalisation

30% des hospitalisations sont causées par des chutes en institution.

Selon les données EPAC (Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante) en 2010, en moyenne 85% des recours aux urgences pour accident de la vie courante chez les 65 ans et plus étaient dus à une chute.

Cette proportion augmentant avec l'âge :

- 71% de 65 à 69 ans,
- 78% de 70 à 74 ans,
- 85% de 80 à 84 ans,
- <93% de 85 à 89 ans,
- 95% à 90 ans et plus.

Les conséquences des chutes : la fracture : de l'extrémité supérieure du fémur sont les plus coûteuses à traiter.

Selon le PMSI en 2014 (Programme de médicalisation des systèmes d'information) sont hospitalisés 76 100 patients pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur uniquement chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Il est précisé dans ce rapport que cela est trois fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

Sur ces 76100 hospitalisations, 68490 ont pour cause une chute (soit 90%).

Décès et taux de mortalité

Selon les données issues des certificats de décès, en 2013, en France métropolitaine, 9334 personnes de plus de 65 ans (11,2/100 000) sont décédées des suites d'une chute. Sur ce total, on compte 3 737 hommes et 5 597 femmes.

Les coûts de santé publique

Les chutes représentent 1,5 % de l'ensemble des dépenses de santé. La majorité des coûts étant due aux hospitalisations. Rappelons que les fractures

Conclusion

Les chiffres relatés ici sont tirés de rapports récents. Leur compilation met en exergue la détresse du sujet âgé chuteur. C'est, en effet, une réalité à laquelle, nous kinésithérapeutes sommes confrontés chaque jour. Notre rôle est essentiel et ne saurait être délégué à un autre professionnel.

Nous détaillerons dans le prochain numéro les spécificités de la rééducation su sujet âgé chuteur.

Nous finirons par cette note pleine d'espoir du professeur GONTHER (Membre correspondant de l'Académie nationale de médecine.)

« Depuis quelques années, grâce à la prévention de l'ostéoporose et des chutes, le nombre annuel de fractures du col du fémur se stabilise (environ 79 500 par an) et les taux standardisés d'hospitalisation ont baissé, ainsi que les durées de séjour. Pour réduire les coûts en lien avec l'augmentation du nombre de sujets âgés, il faudra intensifier la prévention grâce à la prise en compte précoce des facteurs de fragilisation du milieu de la vie. »

LA COLLABORATION ET L'ASSISTANAT

PAR REMPLEO



Collaborateur ou assistant (ou assistant-collaborateur) ? En pratique, c'est deux contrats qui sont usuellement utilisés par le titulaire pour faire face à l'accroissement de l'activité de son cabinet. Ils peuvent également servir à réduire le temps de travail, être une transition vers une association ou une future cession. D'ailleurs, certaines antennes de l'Ordre demandent à ce que les numéros URSSAF de chacune des parties soient inscrits sur les contrats.

Collaborateur et assistant exercent en leur nom propre et conservent leur indépendance professionnelle, notamment dans leur manière de prendre en charge les patients. Il n'y a pas de lien hiérarchique, chacun perçoit directement ses honoraires et est responsable de sa pratique. L'Ordre recommande de prévoir dans le contrat une réévaluation régulière de la redevance, qui correspond en général aux frais de fonctionnement du cabinet. Chacun possède son propre statut fiscal et social et doit être immatriculé auprès de l'URSSAF. Le contrat d'assistant est en revanche le seul qui ne soit pas encadré par la loi et est librement déterminé par les deux parties, sous réserve de respecter les règles déontologiques et contractuelles en vigueur. Il est donc potentiellement beaucoup plus souple qu'un contrat de collaboration mais cette liberté le rend plus sujet à des clauses dites "abusives". Souvent en cause, la clause de non-réinstallation, limitée dans l'espace et le temps, permet de protéger le titulaire contre le détournement ou la tentative de détournement de patientèle (article R 4321-100 du Code de la santé).

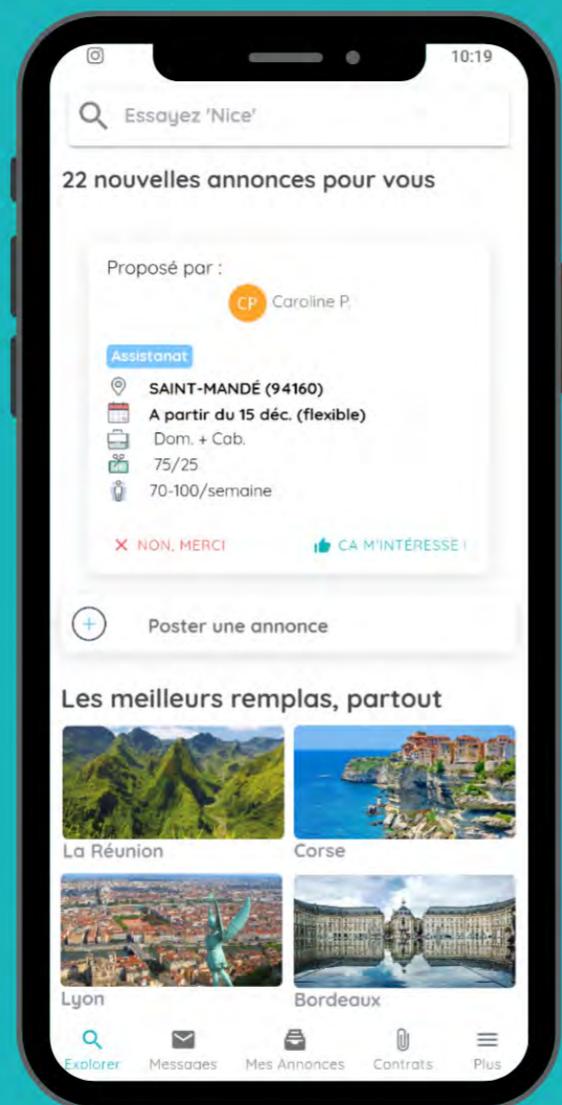
Initialement, ce statut permet à un titulaire de faire face à un surcroît temporaire d'activité. Si l'utilisation en est souvent différente aujourd'hui, l'Ordre recommande malgré tout de restreindre la durée des contrats d'assistanat à deux ou trois ans pour éviter que certains contrats de trop longue durée ne soient requalifiés en salariat...

Le contrat de collaboration est donc

le seul encadré par la loi, et doit nécessairement préciser, sous peine de nullité, la durée du contrat, les modalités de la redevance, de rupture du contrat, de la renégociation des modalités de la collaboration et les conditions d'exercice de l'activité sur sa patientèle personnelle.

C'est là que réside la deuxième différence entre les deux statuts : contrairement à l'assistant qui suit la patientèle du titulaire, le collaborateur se constitue une patientèle qui lui est propre. Au terme du contrat, le collaborateur peut donc théoriquement partir avec sa patientèle constituée. Théoriquement, car si le contrat de collaboration n'a pas vocation à intégrer une clause de non-réinstallation,

dans les faits les titulaires l'intègrent très souvent. Dans ce cas, la clause ne doit donc pas être considérée comme un moyen pour le titulaire d'empêcher son collaborateur de se constituer une patientèle. Par expérience, nous avons observé qu'une limitation dans la zone de chalandise au-delà de 2 ans était généralement considérée par l'Ordre comme abusive que ce soit pour une collaboration comme pour un assistanat.



Rempleo
L'appli ☰ du rempla kiné

Remplacements
Assistanats
Collaborations
Salariat
Contrats in-app
Avantages négociés

Profitez en gratuitement en
téléchargeant l'appli



LA

CHRONIQUE

DU

DR. HUSSLER

LA RECHERCHE, LA FORMATION ET LES CONGRÈS EN PSYCHOSOMATIQUE

Roland HUSSLER*, *Cadre de Santé Kinésithérapeute, PhD Science de l'éducation, Etudiant Chercheur en Psychologie, psychosomatique (roland.hussler@gmail.com; http://www.ifres.fr; http://hussler-roland.e-monsite.com/)

Introduction

Dans les articles précédents, nous avons fait un tour d'horizon sur le concept de psychosomatique en analysant l'étymologie, la définition, la partie historique et un aperçu sur son avenir. Dans le présent article, nous analyserons quelques réflexions sur la recherche, la formation et les congrès sur la psychosomatique.

1 - La recherche en psychosomatique

Quel constat pouvons-nous faire en ce qui concerne la recherche clinique en psychosomatique ? Jacques Caen répond : « Sur le plan expérimental, la preuve peut être faite, précise et sans ambiguïté, de l'influence des situations psycho-affectives sur le fonctionnement des voies biliaires extra-hépatiques. Sur le plan clinique, si les lithiasiques ne paraissent pas avoir de structure particulière, on peut retrouver chez les dyskiné-

tiques (sujets qui ont des mouvements anormaux) des traits de personnalité communs » [1]. Ce genre d'expérimentations découlent notamment des travaux de Selye sur l'influence du stress sur le fonctionnement organique et les travaux sur l'influence de certaine typologie comportementale sur le fonctionnement des organes (par exemple les personnalités de type A ont un risque de problèmes coronariens (angine de poitrine et infarctus double de celui des personnalités de type B)¹.

Toutefois l'auteur mentionne la difficulté d'appliquer des méthodologies de recherche objectives et matérialistes d'influence positiviste² sur des considérations d'ordre psychanalytique (nous avons vu dans les articles précédents l'influence prépondérante de la psychanalyse dans l'approche psychosomatique) par essence subjective. Témoin ces propos de

¹ F. Lelord et C. André dans leur livre « comment gérer les personnalités difficiles » (2000) Ed Odile Jacob font référence à ces études. Pour éclairer le lecteur, ces auteurs donnent l'exemple de personnages célèbres comme Louis de Funès pour représenter le type A (Il fera par ailleurs trois infarctus dont le dernier lui fut fatal) et Bourvil pour le type B.

² Le positivisme est un courant philosophique fondé au XIXe siècle par Auguste Comte, à la fois héritier et critique des Lumières du XVIIe siècle et qui soumet de manière rigoureuse les connaissances acquises à l'épreuve des faits (Pratique basée sur les preuves). L'accent est porté sur la relation entre les phénomènes et non les phénomènes en eux-mêmes (L'étude des phénomènes est en lien avec la phénoménologie initiée par Husserl)



l'auteur précédent : « *Alors bien sûr en psychanalyse les choses sont encore beaucoup plus complexes et ceci pour de nombreuses raisons dont la première, la plus fondamentale est qu'elle fonctionne sur un mode purement subjectif qui ne présuppose pas procéder d'une pensée bien faite ou d'être fondée sur la logique habituelle. La psychanalyse s'oppose par là à toute démarche matérialiste, qu'elle soit ou non dialectique dans la mesure où elle ne pose pas le monde comme objet de recherche indépendant du moi* ».

En effet comment objectiver la relation de

transfert-contretransfert pour ne prendre que ce concept ? Cela signifie-t-il que toute recherche soit inutile ? L'auteur répond : « *Est-ce à dire que toutes ces recherches soient négatives ? Non sans doute car elles permettent quand même un certain type de progression qui reste à définir ; elles nous donnent un aspect du champ dont on doit connaître les limites ; elles sont enfin susceptibles d'être améliorées si l'on tient compte de ce que nous apprend une réflexion plus profonde sur le sens de la recherche en psychosomatique* ».

Selon cet auteur, il appartient à l'approche psychosomatique de développer ses propres méthodologies de recherche (la recherche clinique s'appuie actuellement essentiellement sur une approche phénoménologique (étude qualitative de cas clinique) pour donner sens à l'intersubjectivité en œuvre dans la relation thérapeutique et pour prouver son efficacité dans le champ clinique.

2° La recherche en neuropsychanalyse

Nous avons évoqué le concept de neuropsychanalyse dans les articles précédents mais voyons comment ce concept a évolué et fait aujourd'hui l'objet d'études scientifiques. Freud, le père de la psychanalyse était lui-même neuropathologiste. Son premier ouvrage sur la névrose (par ailleurs inachevé) devait être l'*Esquisse pour une psychologie scientifique*, explicitant d'un point de vue neuronal le fonctionnement de ce que Freud nomme aussi l'âme, y compris l'inconscient. Devant l'impossibilité de prouver scientifiquement (n'ayant à sa disposition ni la panoplie technique d'investigation neurologique ni les avancées en neurosciences) le lien entre psychanalyse et neurosciences, il exprima néanmoins l'avis que la connaissance du cerveau finirait peut-être par supplanter la psychanalyse. Il n'abandonnait donc le point de vue biologique que par nécessité. Témoin ses propos : « *Je suis loin de penser que la psychanalyse flotte dans les airs et n'a pas de fondements organiques. Néanmoins, tout en étant convaincu de l'existence de ces fondements, mais n'en sachant davantage ni en théorie ni en thérapie, je me vois contraint de me comporter comme si je n'avais affaire qu'à des*

facteurs psychologiques

Pendant plusieurs décennies les deux disciplines restèrent séparées puis au cours des années 1990, un courant interdisciplinaire a vu le jour et s'est concrétisé à l'occasion de la création de la Société internationale de neuropsychanalyse, présidée par Mark Solms, professeur de neuropsychologie, membre de l'association internationale de psychanalyse de New York. Des scientifiques renommés s'y intéressent comme Antonio Damasio ou Eric Kandel, prix Nobel de physiologie ou médecine en 2000.

Ce courant interdisciplinaire majoritaire dans les pays Anglo-saxons commence à avoir des échos en France comme en témoigne le livre sur la neuropsychanalyse de J.B Stora [3]. Dans la conclusion de son livre, Stora soulignait en 2006, date de parution de ce livre, que la neuropsychanalyse était centrée sur la neuropsychologie des patients cérébrolésés.

Deux limites avaient besoin d'être dépassées selon cet auteur : le nombre limité de psychanalystes impliqués dans la recherche et l'ignorance du passage d'un ensemble neuronal à la pensée ainsi qu'à la pensée du mouvement.

Nul doute que l'engouement suscité par les avancées technologiques d'investigations neurologiques d'une part et la prise de conscience par les professionnels de santé et le grand public en général du lien indissociable entre le corps et l'esprit dans son environnement d'autre part, permettront de repousser sans cesse ces limites.

J.B Stora cite enfin Gerard Edelman qui déclara : « *L'incarnation pose inévitablement des limites. Le désir de dépasser ces limites crée des contradictions, des illusions, et une mystique qui fait de l'étude de l'esprit un défi majeur, car à partir d'un certain point, du moins en ce qui concerne ses créations individuelles, l'esprit se trouve hors de portée de la science* » [4].

Depuis 15 ans, J.B Stora n'a cessé de peaufiner un métamodèle héritier de la métapsychologie et des neurosciences, celui de la psychosomatique intégrative qui pose le fondement de l'unité psychosomatique et interrelie cinq systèmes (système psychique, système nerveux central, système nerveux périphérique, système immunitaire et génome) sous l'influence d'un environnement multiple (Cf. Fig. 1).

3° La formation en psychosomatique

L'approche psychosomatique n'étant pas

considérée comme une discipline universitaire en France, il n'existe pas à ma connaissance (certes limitée) de cursus délivrant un enseignement de type licence/master/docteurat en psychosomatique. Il est nécessaire de sortir de nos frontières pour avoir accès à des enseignements de type universitaire et plus particulièrement dans le monde anglo-saxon. Prenons comme exemple l'université d'enseignement à distance appelée Bircham International University (BIU). Sur le site dédié à cette institution, nous pouvons lire (en anglais) : « *BIU est une institution véritablement internationale proposant des programmes d'études pour adultes en huit langues: anglais, espagnol, français, portugais, chinois, japonais, russe et arabe, et avec une présence réelle dans chacun des principaux environnements culturels mondiaux: l'Amérique du Nord, Amérique centrale et Caraïbes, Amérique du Sud, Europe, Afrique, Moyen-Orient et région Asie-Pacifique.*

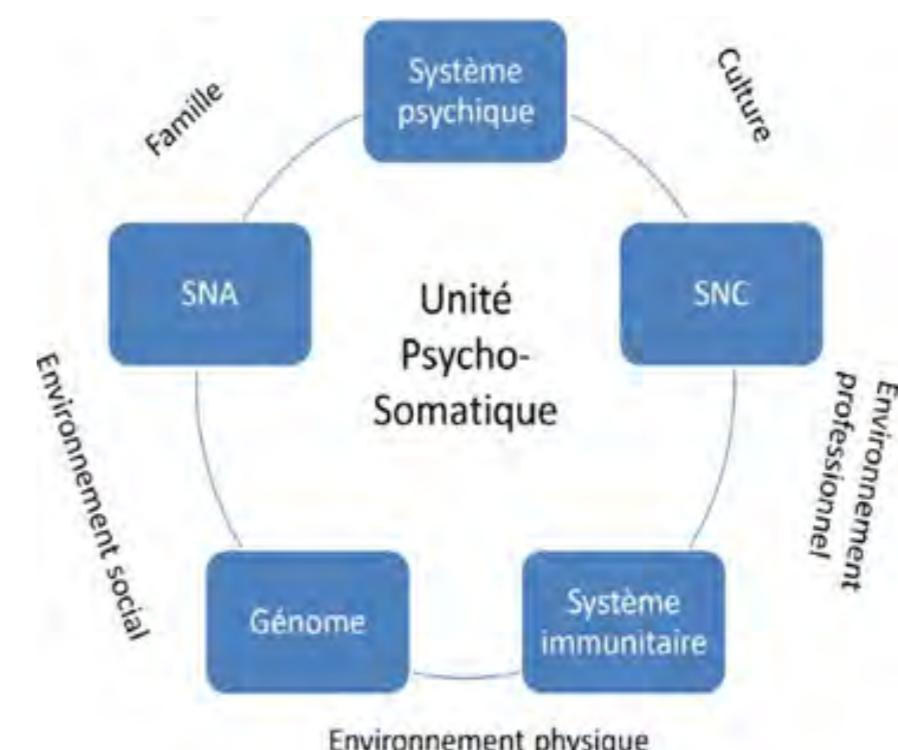


Figure 1 : Métamodèle Psychosomatique proposé par Stora

Le classement de l'Université internationale de Bircham peut être considéré dans le top dix en fonction de sa pertinence internationale ».

Mis à part ces initiatives pédagogiques internationales dont il est difficile d'évaluer la pertinence, pour suivre un enseignement en psychosomatique en France, il nous faut donc nous tourner vers la formation continue. Une recherche rapide sur internet nous oriente sur plusieurs formations soit de type DU ou DIU (Diplôme (inter) universitaire en une ou plusieurs années selon les modalités pédagogiques) et accessibles généralement à des niveaux d'entrée postbac soit des formations qui ont été des DU à l'origine mais ne sont plus affiliées à une université (à l'exemple de l'IPSI : institut de psychosomatique intégrative du professeur Stora) et enfin des formations délivrées par des Etablissements privés d'enseignement en présentiel ou à distance.

De nombreux professionnels issus du domaine de la santé (médicaux, paramédicaux), du domaine de la psychanalyse et du domaine de la relation humaine en général trouvent généralement chaussures à leur pied, d'autant que plusieurs de ces instituts de formation proposent un cursus exclusivement en distanciel. Ainsi ils enrichissent leur cursus professionnel en complétant leurs connaissances initiales au grand profit des personnes souvent désireuses d'une prise en soin globale.

Une question reste en suspens à laquelle répondrons les prochaines générations. A quand une reconnaissance et une formation universitaire en psychosomatique en France?

4°Les congrès en psychosomatique

Une recherche francophone sur le domaine des congrès en psychosomatique s'étant révélée peu fructueux, c'est encore vers le monde anglosaxon qu'il faut se tourner (à la condition de maîtriser quelque peu la langue de Shakespeare). En tapant "World International Congress in Psychosomatic" dans un moteur de recherche bien connu, nous tombons sur l'ICPM (The International College of Psychosomatic Medicine) dont les objectifs déclarés sont : « *de favoriser le développement de la médecine psychosomatique, c'est-à-dire l'étude, l'éducation et l'application des connaissances et des compétences dans les relations bio-psycho-sociales ; des relations entre le cerveau, le comportement, la santé, la maladie ; de favoriser la coopération et la collaboration des chercheurs, des éducateurs, et les praticiens de la médecine psychosomatique à travers le monde ; et de fournir des opportunités de communication et de collégialité entre les personnes et organisations qui partagent et/ou soutiennent les objectifs de l'ICPM* ». Ce congrès se tient tous les deux ans et débuta en 1971. La liste exhaustive est donnée dans ci-dessous :

1st Guadalajara, Mexico 1971 ; 2nd Amsterdam, Netherlands 1973 ; 3rd Rome, Italy 1975 ; 4th Kyoto, Japan 1977 ; 5th Jerusalem, Israel 1979 ; 6th Montreal, Canada 1981 ; 7th Hamburg, Germany 1983 ; 8th Chicago, USA 1985; 9th Sidney, Australia 1987; 10th Madrid, Spain 1989; 11th Brazil – Cancelled ; 12th Bern, Switzerland 1993 ; 13th Jerusalem, Israel 1995 14th Cairns, Australia 1997; 15th Athens, Greece 1999; 16th Göteborg, Sweden 2001; 17th Waikoloa, Hawaii, USA 2003 18th Kobe, Japan 2005; 19th Quebec City, Canada 2007; 20th Torino, Italy 2009; 21st Seoul, Korea 2011; 22nd Lisbon, Portugal 2013; 23rd Glasgow, UK 2015; 24th Beijing, China 2017 25th Florence, Italy 2019.

Le prochain congrès le 26ème aura lieu en automne 2022 à Rochester (NY) aux Etats Unis. Là aussi une question reste en suspens. A quand un congrès francophone international ?

Conclusion

Cher(e)s lecteur(trices), il est plus probable que vous ayez en tête, suite à votre expérience ou vos recherches personnelles, des formations et des congrès autour de la psychosomatique et c'est tant mieux car cela démontre la sphère d'influence grandissante de cette discipline. Toutefois, cet humble article, comme les précédents, ne cherchait qu'à susciter votre intérêt et éveiller votre

A Retenir:

- Des expériences scientifiques ont montré l'influence des mécanismes psychiques sur le fonctionnement organique
- La recherche en psychosomatique doit pourvoir s'appuyer sur les neurosciences
- La formation en psychosomatique existe en France dans le domaine de la formation continue
- Les congrès en psychosomatique, lieu d'échange indispensable pour une profession émergente, ont besoin de se développer

curiosité pour le concept psychosomatique et notamment pour cet article sur le domaine scientifique et celui de la formation. Bien entendu vous êtes invité(es) à creuser davantage pour construire vous-même les connaissances et vous faire une idée personnelle sur l'importance à accorder à la psychosomatique. Le prochain et dernier article de la série sera consacré à l'analyse d'une formation en psychosomatique qui tient compte des différents courants évoqués tout au long de cette série et qui inclue le concept du « processus somatopsychique ». Votre curiosité est -elle suscitée ? Alors rendez-vous au prochain article.

QUIZZ

1° J. Cain a montré l'influence des situations psycho-affectives

- a) sur le fonctionnement des voies biliaires extra-hépatiques
- b) sur le fonctionnement des voies respiratoire
- c) sur le fonctionnement des voies cardiocirculatoires

2° Le métamodèle de J.B. Stora interrelie

- a) trois systèmes
- b) quatre systèmes
- c) cinq systèmes

3° La formation en psychosomatique en France existe sous la forme de :

- a) enseignement universitaire type Licence/Master/Doctorat
- b) enseignement universitaire type diplôme universitaire DU ou DIU
- c) enseignement non universitaire



FORMATION A L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE

Durée : enseignement à distance étalé sur neuf mois.

Objectifs formation:

- Compréhension de la relation réciproque corps-esprit
- Analyse de la relation corps-esprit -environnement à travers son histoire personnelle (trimestre 1)
- Analyse de la relation corps-esprit-environnement à travers des situations cliniques fictives (trimestre 2)
- Analyse de la relation corps-esprit -environnement à travers une situation clinique réelle (trimestre 3)

Outils pédagogiques

- Utilisation de la visio-conférence par logiciel Zoom
- Appropriation connaissances par fiches de lecture et analyse d'articles
- Production de connaissances par dossiers régulés
- Restitution et régulation individuelle et en groupe
- Dynamique par groupes limités
- Possibilité analyse pratique à l'issue de la formation

ORGANISME DE FORMATION CERTIFIÉ
DATADOCK

FORMATION A DISTANCE
(LOGICIEL ZOOM)

FORMATEUR : HUSSLER ROLAND

- PSYCHOPRATICEN PSYCHO-CORPOREL
- PSYCHOSOMATICIEN
- CADRE DE SANTE KINESITHERAPEUTE
- DOCTEUR EN SCIENCES DE L'EDUCATION

FORMATION OUVERTE AUX PROFESSIONNELS DE LA RELATION HUMAINE

SIRET: 411 684 855 00058

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 84691527369 auprès de la Direction Régionale des Entreprises, du Commerce et de l'Innovation (DREMI) Rhône Alpes

IFRES

Adresse : 46 Rue d'Arezzo 69800 Saint Priest

Tel : 04 26 55 14 92

Courriel :
ifres.contact@gmail.com

Site : <http://www.ifres.fr> (détails de la formation sur page d'accueil)





EMI 2.1

Thérapie par ondes de choc radiales
pour applications orthopédiques
multiples

EMI 2.1 est un système de traitement par ondes radiales. Il s'agit de LA solution aux problèmes orthopédiques chroniques. Après avoir acquis des connaissances théoriques poussées et une large expérience pratique des traitements par ondes de choc extracorporelles (RWT), EMI a développé un appareil de pointe, considéré comme l'un des leaders dans le domaine de l'orthopédie.

Là où les traitements conventionnels à base de corticoïdes ou de physiothérapie classique ont échoué, EMI 2.1 offre des résultats particulièrement impressionnantes, il s'agit d'une méthode non invasive, non chirurgicale et rapide permettant de soigner des pathologies orthopédiques superficielles ne réagissant pas aux autres traitements, d'atténuer la douleur et d'améliorer considérablement les performances du patient.

RWT - un taux de succès de plus de 85% sur les maladies chroniques!

- Compacte et mobile
- Design
- Coûts de maintenance extrêmement bas
- Schémas anatomiques
- Satisfaction des patients garantie
- Soulagement immédiat



LA TECHNOLOGIE AU SERVICE DE LA SANTE

SOLUTIONS POUR MEDECINS ET KINESITHERAPEUTES

Depuis plusieurs années dans le domaine de l'onde de choc, Équipement Médical International équipe nombre d'hôpitaux, centres de rééducation et cabinets de kinésithérapie. Basée au cœur de Paris dans le huitième arrondissement, une équipe de professionnels composée de kinésithérapeutes, de médecins, d'ingénieurs et de commerciaux, met en commun son savoir pour améliorer le quotidien des professionnels de la santé et de leurs patients.



Comment fonctionne EMI 2.1?

Les ondes de choc radiales sont appliquées directement sur la source de la douleur. Les ondes radiales agissent sur les tissus et déclenchent des réactions **biologiques positives:**

- Réponse inflammatoire ou inflammation atténuée
 - Vasodilatation, flux sanguin et apport en oxygène accrus dans le tissu endommagé
 - Induction de facteurs angiogénétiques conduisant à une néovascularisation
 - Guérison tissulaire
 - Fragmentation des dépôts calcaires en « bris » absorbés ensuite par les tissus
 - Différenciation des cellules souches mésenchymateuses formant les cellules (ostéoblastes)
- qui conduisent à la restauration osseuse et à la reconstitution des fractures
- Effet analgésique

Le protocole de soins varie entre quatre et six sessions selon l'état du patient, la gravité de sa pathologie et son rythme personnel de guérison.

Une procédure ambulatoire dure au maximum 15 minutes.

L'unité EMI 2.1 dispose de trois embouts de traitement différents: 6mm/15mm/25mm pour optimiser le traitement de la douleur et garantir une localisation précise de la zone à traiter.

Indications multiples

- Tendinite de l'épaule (avec ou sans calcification)
- Bursite de l'épaule
- Epicondylite latérale et médiane
- Tendinite patellaire
- Bursite trochantérienne
- Inflammation du tendon d'Achille
- Fasciite plantaire
- Epine calcanéenne
- Doigt à ressaut
- Douleurs lombaires (d'origine musculaire)
- Points gâchettes

Caractéristiques techniques

- **Intensité:** 60 à 185 mj correspond à une pression de 1 à 5 bar
- **Fréquence:** 1 à 22Hz
- **Dimensions:** Console centrale: 290X240X130 mm - Applicateur 230X50 mm
- **Poids:** Console centrale: 2.07 kg - Applicateur: 960g



**Equipement
Médical
International**

**EQUIPEMENT MEDICAL
INTERNATIONAL FRANCE**
128 rue de la Boétie, 75008 PARIS
Service commercial:
Tél:01.86.26.94.95
Courriel:contact@emi-medical.com
S.A.V:
Tél:09.77.55.73.29
Service Marketing:
Tél:09.70.73.99.03
www.emimedical.net

**MEDISPEC LTD Corporate
Headsquarters**
203 Perry Parkway, Suite #6,
Gaithersburg, MD 20877, USA
Tel:+1(301)944 - 1575

**EQUIPEMENT MEDICAL
INTERNATIONAL TEL-AVIV**
Nahal Lakish 13
7770107 Ashdod
Israël