

Transmettez votre savoir de

Kiné à Kiné



VIDEO

**L'épaule et le cross fit, place des techniques de crochétage
Partie 2**

BLOG

**Cicatrice et massage en
kinésithérapie**

**Prévention kinésithérapique des
tendinopathies patellaires**

**Les effets de la kinésithérapie sur
l'état de santé perçu chez des
patients BPCO en décompensation**

**Maladie de Charcot-Marie-Tooth :
éléments de rééducation
fonctionnelle.**

**La démographie du
remplacement
PAR REMPLÉO**

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

**Symposium sur
la terminologie
utilisée dans les
pathologies
tendineuses**



- 06** L'épaule et le cross fit, place des techniques de crochétage (partie 2)
JULIEN CRAMET
- 08** Cicatrice et massage en kinésithérapie
LAETICIA SELLEM
- 10** Prévention kinésithérapique des tendinopathies patellaires
LAETICIA SELLEM
- 12** Les effets de la kinésithérapie sur l'état de santé perçu chez des patients BPCO en décompensation
LAETICIA SELLEM



14 Maladie de Charcot-Marie-Tooth : éléments de rééducation fonctionnelle.

LAETICIA SELLEM

18 Symposium sur la terminologie utilisée dans les pathologies tendineuses

JULIEN ENCAOUA

20 La démographie du remplacement

REMPELO

24 Formation à l'Approche psychosomatique et psychocorporelle

ROLAND HUSSLER

22

PRÉVENTION
KINÉSITHÉRAPIQUE
DES TENDINOPATHIES
PATELLAIRES

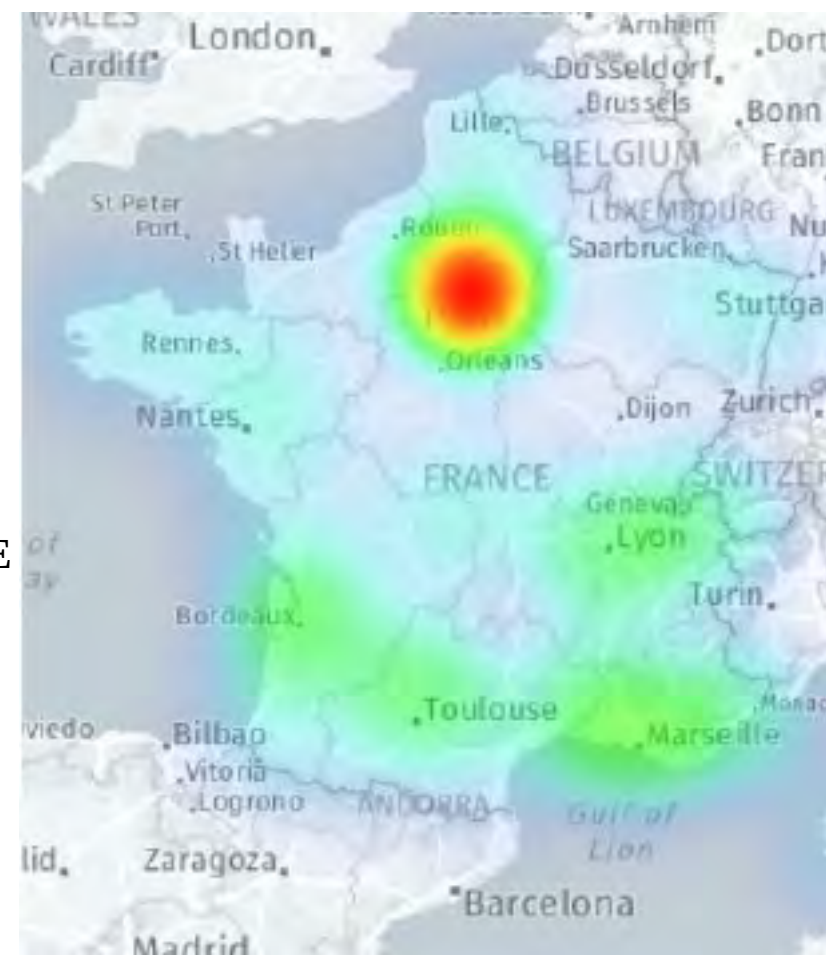


36

FORMATION À
L'APPROCHE
PSYCHOSOMA-
TIQUE ET PSY-
CHOCORPO-
RELLE

24

LA DÉMOGRAPHIE
DU REMPLACE-
MENT



Maiia

GESTION

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



DOCUMENT - SASU Capital 22 000 000 € - RCS de Nanterre 841 447 295 - 137 rue d'Aguesseau 92100 Boulogne-Billancourt - Tous droits réservés - Maiia - Document non contractuel - Jan 2021 - PR/Maiia - GEST/2021/001

Franco&Fils

CONCEPTION & FABRICATION D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX



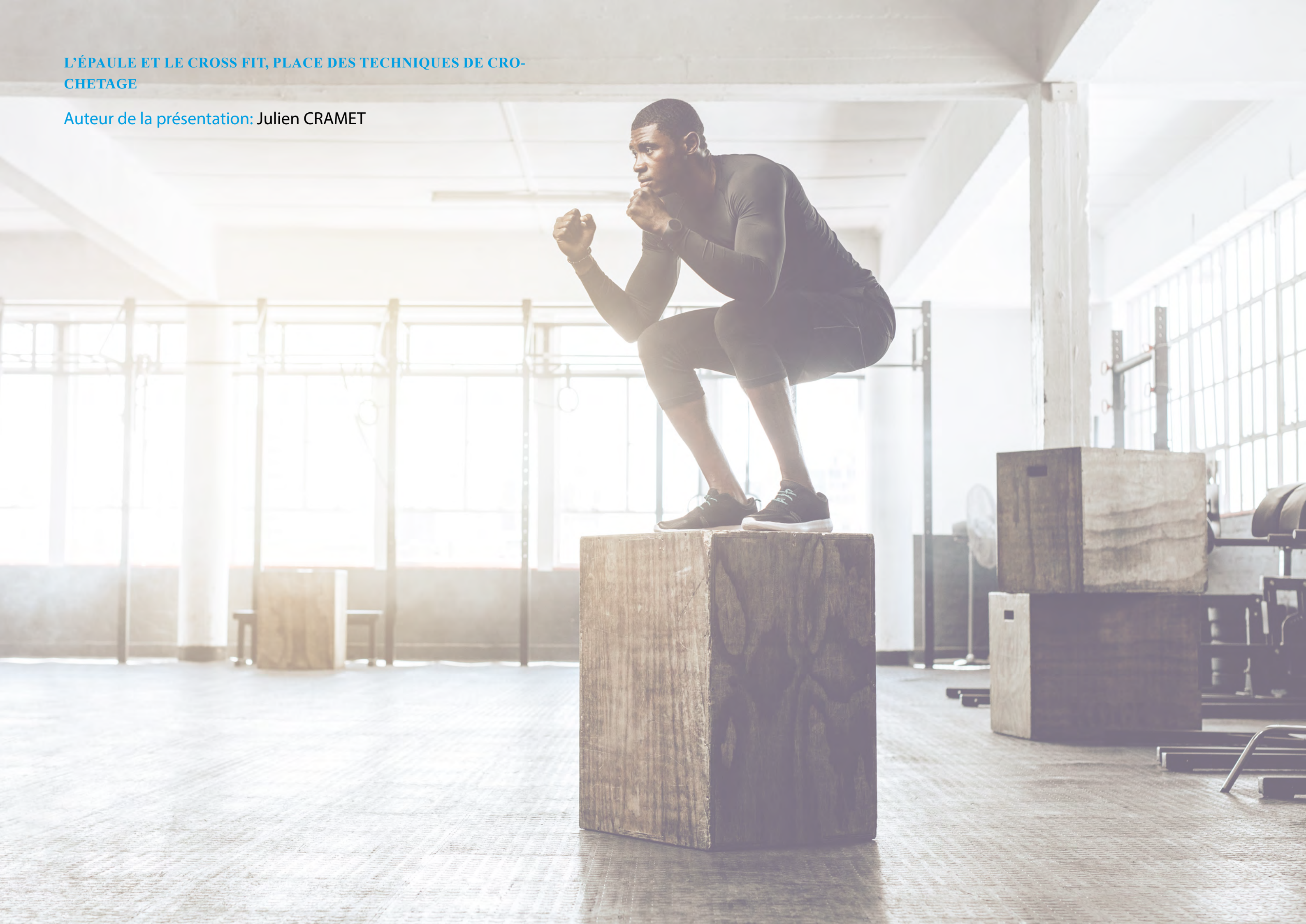
ZONE INDUSTRIELLE | RN7 | 58320 POUQUES-LES-EAUX

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 :

Cicatrice et massage en kinésithérapie

Auteur du résumé: Laetitia Sellem

Auteurs et titre de l'article original: Titre original : Frasson N. et al. Cicatrice et massage. Rev. Francophone de cicatrisation, n°3, juil/sept 2018, pp. 44-46

Introduction

Le massage est une technique ancienne comprenant l'ensemble des techniques manuelles (pétrissage, pressions, etc) ou performées à l'aide d'une machine (vacuo-aspiration, douche filiforme) sur les différentes parties du corps à but thérapeutique. De nombreuses techniques de massages sont employées en rééducation masso-kinésithérapique afin d'améliorer la cicatrisation tissulaire, de manière adaptée à l'aspect et la position de la cicatrice.

Les techniques de massage

Lors de la prise en charge des cicatrices (notamment de brûlures) en massage manuel, il faut porter attention à ne pas majorer l'inflammation cutanée ou réaliser une lésion de l'épiderme. On ne réalise pas de frictions mais des « mobilisations cutanées ». Plusieurs techniques sont appliquées selon le stade cicatriciel ainsi que de l'inflammation (test de vitropression VP,

normal 3 secondes). Lorsque le VP est inférieur à 1,2 secondes, on doit commencer les manœuvres autour de la cicatrice. On peut également réaliser des techniques de drainage lymphatique.

- » Les étirements orthodermiques de René Maurice Ces étirements décrits par René Maurice peuvent être appliqués sur un épiderme inflammatoire : on réalise une prise pulpaire fixe et on réalise un étirement modéré dans le sens inverse de la rétraction.
- » Les étirements cutanés simples On les utilise de manière lente et progressive. On saisit la zone rétractée et on la tire dans le sens contraire à la rétraction sans à-coups.
- » Les écrasements punctiformes Utilisés durant la phase inflammatoire, ils permettent d'écraser les bords des greffes ou des cicatrices hypertrophiques. On applique une pression modérée, verticale avec la pulpe du doigt
- » Les manœuvres d'assouplissement

- » Les Plis statiques : on peut les réaliser en stade inflammatoire lorsque le VP est proche de 2 secondes, sur un épiderme solide et intègre. Ils améliorent les différents plans de glissement.
- » Plis roulés : à réaliser quand le VP est autour de 3 secondes, le pli statique évolue en pli roulé et agit sur les plans cutanés profonds

Les massages mécaniques

- » Douches filiformes haute pression : On débute le traitement 8 à 10 mois après le traumatisme. Ce sont des jets haute pression (15 à 20 bars) permettant l'assouplissement cutané. On peut l'utiliser dans le traitement du prurit chez le brûlé.
- » Le massage instrumental par aspiration : vacuothérapie C'est une technique complémentaire aux massages kinésithérapiques, on l'utilise dans la prise en charge des cicatrices consécutives à des brûlures. Il existe plusieurs têtes de soins s'adaptant à la zone et à la surface, réalisant une mobilisation horizontale et ver-

ticale. Il existe l'aspiration séquentielle (pour les tissus inflammatoires) et l'aspiration continue (cicatrices matures)

Conclusion : efficacité des massages

Dans notre pratique kinésithérapique, nous utilisons énormément les techniques de massage. Mais leur niveau de preuve dans la littérature scientifique est bas : de nouveaux essais cliniques contrôlés devraient être réalisés afin d'établir des recommandations. Le massage jouerait un rôle sur différents aspects de la cicatrice :

- » Son épaisseur
- » Le prurit
- » L'inflammation
- » La douleur
- » La souplesse cutanée

Le kinésithérapeute doit adapter sa technique à la nature du tissu cicatriciel (stade de cicatrisation) et à l'inflammation en prêtant attention aux signes qui indiqueraient une augmentation de cette dernière.



Prévention kinésithérapique des tendinopathies patellaires

Auteur du résumé: Laeticia Sellem
Auteurs et titre de l'article original: Mendonça LD, et al. Interventions used for Rehabilitation and Prevention of Patellar Tendinopathy in athletes: a survey of Brazilian Sports Physical Therapists. Braz J Phys Ther. 2018, <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.12.001>

Introduction

La tendinopathie patellaire (PT) est une condition chronique causant un handicap prolongé pour les athlètes, pouvant être difficile à prendre en charge et à prévenir. En général, les athlètes se plaignent de douleurs et d’une sensibilité à la palpation du tendon patellaire durant les activités sportives. Sa prévalence est de 40% chez les joueurs de basketball et de volleyball professionnels, 22% chez les athlètes et 13% chez les footballeurs. En rééducation, on réalise en général un renforcement du quadriceps en excentrique, une thérapie par ondes de choc, les ultrasons, etc. Mais il existe peu de preuves scientifiques sur l’efficacité de ces méthodes. Cette étude a pour but d’identifier quels sont les moyens de rééducation utilisés par les kinésithérapeutes au Brésil, et comparer ces résultats au grade de recommandation actuel.

Matériel et méthode

C’est une étude transversale. 121 kinésithérapeutes y ont participé : ils devaient répondre à un questionnaire en ligne par le biais d’une association de

kinésithérapie du sport.

Le questionnaire comportait 10 questions:

- 4 questions à propos de leur pratique clinique et les caractéristiques des athlètes pris en charge
- 2 questions à choix multiples (QCM) à propos des techniques employées le plus en rééducation (protocole excentrique/renforcement excentrique-isométrique-concentrique/étirements/mobilisations articulaires/orthèses/électrothérapie/stabilisation lombo-pelvienne/relâchement myofascial/entraînement fonctionnel/stabilisation du membre inférieur/friction transversale/pliométrie/contrôle de la charge/éducation/cryothérapie/etc.)
- 2 questions concernant la fréquence des séances de kinésithérapie et la durée du traitement
- 1 QCM sur le temps de pratique sportive perdue
- 1 question concernant les critères de retour à la pratique sportive (douleur/fonction/Victorian Institute of Sport Assessment-Patella (VISA-P) score/performances à un test fonctionnel, etc.)

Résultats et conclusion

On retrouve des incohérences entre les pratiques utilisées en rééducation maso-kinésithérapique et les preuves scientifiques de ces méthodes.
Il serait intéressant d’établir des straté-

gies afin d’actualiser nos connaissances concernant les dernières recommandations scientifiques, comme l’organisation de groupes d’études entre kinésithérapeutes afin d’échanger sur les nouvelles découvertes ou événements scientifiques.

Fréquence des séances	48,8% 1-3X/semaine	37,2% 4-6X/semaine	
Durée du traitement	43,8% 4-8 semaine	24% 2-4 semaine	19% 9-12 semaines
Prévention	75,2 % Renforcement du quadriceps en excentrique	61,2% Education	59,5 % Stabilisation du membre inférieur et lombo-sacré + étirements des IJ
Traitement	81,8% Stabilisation du membre inférieur	80,2% Education	78,5 % Relâchement Myofascial
Retour à l'entraînement	44,6% Intensité de la douleur, fonction et résultats aux tests fonctionnels		



Les effets de la kinésithérapie sur l'état de santé perçu chez des patients BPCO en décompensation

Auteur du résumé: Laëtitia Rachel Sellem

Auteur et titre de l'article original: Irene Torres-Sánchez, Marie Carmen Valenza, Maria dels Àngels Cebrià i Iranzo, Laura López-López, Ma Paz Moreno-Ramírez & Araceli Ortiz-Rubio (2017): Effects of different physical therapy programs on perceived health status in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease patients: a randomized clinical trial, Disability and Rehabilitation, DOI: 10.1080/09638288.2017.1323236

Introduction

La BPCO (BronchoPneumopathie Chronique Obstructive) est une atteinte respiratoire chronique caractérisée par une limitation partiellement réversible des volumes pulmonaires. Cette diminution des volumes se fait de manière progressive et est associée à une inflammation des voies aériennes (en général causée par le tabagisme). C'est une cause de mortalité importante à travers le monde. Outre les atteintes respiratoires, il existe d'autres symptômes comme une baisse significative des aptitudes fonctionnelles, de l'état de santé et la perception de son état de santé. Il existe des épisodes d'exacerbations caractérisés par « une aggravation durable de l'état de santé, au-delà des variations quotidiennes, d'apparition aiguë et pouvant justifier l'ajout d'un traitement » : ces épisodes impactent sévèrement l'état de santé du patient. La notion de la « perception de l'état

de santé » est une évaluation importante chez les patients BPCO : les facteurs testés sont la dyspnée, la sévérité de la maladie et l'anxiété (prédisent une altération de l'état du malade). Les effets positifs des techniques de kinésithérapie sur les patients BPCO ont été prouvés sur le long terme, et également dans les cas aigus. Cette étude s'intéresse à l'évaluation de la répercussion de différentes techniques kinésithérapiques chez ces patients, en période d'hospitalisation due à une décompensation.

Matériel et méthodes

C'est une étude randomisée comprenant 90 patients atteints de BPCO, hospitalisés à l'hôpital de Grenada pour exacerbation aiguë et ayant plus de 40 ans. Ils ont été répartis en 3 groupes :

1. Groupe contrôle : antibiotiques, corticostéroïdes, bronchodilatateurs inhalés et oxygène thérapie.

2. Groupe contrôle de la respiration + exercices d'amplitudes articulaires : prise en charge standard + exercices de kinésithérapie respiratoire (relaxation, expiration lèvres pincées, expiration active) + exercices actifs dans toutes les amplitudes articulaires, tous les jours pendant 30-40 minutes

3. Groupe exercices contre résistance : prise en charge standard + exercices de renforcement contre résistance des membres inférieurs, 30-40 minutes.

La mesure de l'état de santé perçu s'est faite avec le questionnaire EuroQol-5D (EQ-5D). Il se compose de 3 parties : l'auto-classification, l'index EQ-5D et l'échelle visuelle analogique (EVA).

Elle explore 5 dimensions de santé : mobilité, auto-soin, activité usuelle, douleur/inconfort et anxiété/dépression.

Un profil clinique de chaque patient a été également réalisé : évaluation de l'état respiratoire (spirométrie, dyspnée par l'échelle de Borg) ; humeur (échelle d'anxiété et dépression créée par l'hôpital) ; niveau d'indépendance (index de Barthel) ; comorbidités (charlson's comorbidity index).

Résultats et conclusion

On retrouve pour les 3 groupes une amélioration de la perception de leur état de santé entre le début et la fin de l'intervention. Il est à noter une amélioration significative dans les groupes ayant reçu les sessions de kinésithérapie par rapport au groupe contrôle.

Une amélioration de la fonction pulmonaire et de la dyspnée a été retrouvée chez les 3 groupes, et plus spécifiquement chez le groupe exercice contre résistance. Concernant le test EQ-5D, on a retrouvé une amélioration de -28,33 points chez le groupe contrôle de respiration + exercices d'AA, -32,4 points chez le groupe exercice contre résistance et -13,44 chez le groupe contrôle.

L'ajout de techniques de kinésithérapie dans la prise en charge des patients BPCO hospitalisés pour décompensation aiguë est donc avantageuse pour ces patients : cela montre l'avantage de la prise en charge multidisciplinaire pour améliorer la qualité de vie des patients hospitalisés.

Maladie de Charcot-Marie-Tooth : éléments de rééducation fonctionnelle.

Auteur du résumé: Laëtitia Rachel Sellem

Auteur et titre de l'article original: : P. Sautreuil et al, Maladie de Charcot-Marie-Tooth : éléments de rééducation fonctionnelle, kinésithérapie et ergothérapie, m/s HS n° 1, vol. 33, nov 2017

INTRODUCTION

La maladie de Charcot-Marie-Tooth est une neuropathie périphérique héréditaire sensitive et motrice. La gravité de l'atteinte est variable d'un patient à l'autre, et rien ne permet de prédire son évolution : d'une simple gêne à la marche à l'utilisation d'un fauteuil roulant (seulement 10% des cas). Sa prise en charge précoce en kinésithérapie est essentielle afin de limiter les conséquences de la maladie et de retarder son évolution : travail de l'équilibre, prévention des chutes, limitation de la fatigue à la marche, endurance, etc. Cet article nous présente les techniques employées à l'hôpital de jour du service de rééducation neuro-orthopédique de l'hôpital Rothschild, Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Ce sont celles que nous vous citons ci-dessous.

BILAN

1 - Analytique et fonctionnel

Le kinésithérapeute réalise un bilan articulaire (orteils, pieds, chevilles, genoux, hanches, rachis, mains, mem-

bres supérieurs) et un bilan fonctionnel :

- Qualité et quantité de marche
- Time Up and Go Test
- Marche pendant 6 minutes (TM6)
- Equilibre monopodal
- Functional reach test
- Marche « funambule »
- Périmètre fonctionnel de marche (+/- aides techniques)
- Accès aux terrains irréguliers
- Escaliers
- Test de Berg (équilibre)

2 - Instrumental

On évalue l'équilibre avec une plateforme de stabilométrie (sur sol, puis sur mousse, yeux ouverts puis fermés, penché en avant : la plateforme enregistre la projection du centre des pressions et peut mettre en évidence une asymétrie d'appui ou d'équilibre), la marche avec un locomètre, l'isocinétisme.

3 - Préhension

A l'hôpital, l'examen est réalisé en ergothérapie mais est également réalisable par un kinésithérapeute. On réalise :

- Le bilan fonctionnel de Kapandji
- Bilan générique du 400 points
- Evaluation de la force de préhension
- Nine Hole Pegboard (test de dextérité)
- Bilan gestuel des membres supérieurs

On réalise également un bilan des sensibilités :

- Sensibilité thermoalgique
- Sensibilité discriminative (two points discrimination test)
- Sensibilité proprioceptive statique et kinesthésique

RÉÉDUCATION KINÉSITHÉRAPIQUE

Isocinétisme

Cette rééducation concerne les genoux (ischios-jambiers et quadriceps) et les muscles extenseurs/fléchisseurs du rachis. On travaille soit en excentrique soit en concentrique.

Marche sur tapis roulant

Permet de faire varier et d'évaluer

la vitesse de marche, la pente et la durée: on peut travailler l'endurance et le périmètre de marche.

Travail sur cyclo-ergomètre

Possible pour les membres inférieurs et supérieurs, également à domicile.

Rééducation proprioceptive et parcours de marche

On la réalise sur des matériaux de différentes textures/densités, sur des surfaces instables, avec des obstacles, yeux ouverts/fermés...

Relaxation

Utilisation du Fleximatic® (vibrations à effet massant) pour traiter les courbatures.

Auto-entretien

Il est essentiel pour le patient de continuer sa rééducation à la maison et de l'intégrer dans sa vie quotidienne.

Rééducation de la main

On commence par un travail de détente musculaire de l'ensemble du membre supérieur (particulièrement les mobilités de la scapula), on veut harmoniser les musculatures intrinsèques et extrinsèques de la main. poser une adaptation des activités de loisir, activités professionnelles et de la conduite automobile aux patients

Puis on réalise des exercices afin de conserver la qualité de la préhension : entraînement sensitivo-moteur (musculature intrinsèque + prises fines). Le patient réalise un auto-programme quotidien d'entretien des mains constitué d'étirements (pour éviter les rétractions des articulations du pouce, des doigts et du poignet), puis un renforcement en utilisant plusieurs pâtes de différentes résistances (prises globales ou orientées).

Le domicile

Un ergothérapeute va conseiller le patient afin d'adapter son domicile à ses différents besoins fonctionnels. Le kinésithérapeute va également proposer une adaptation des activités de loisir, activités professionnelles et de la conduite automobile aux patients





SYMPOSIUM SUR LA TERMINOLOGIE UTILISÉE DANS LES PATHOLOGIES TENDINEUSES

AUTEUR DU RÉSUMÉ : JULIEN ENCAOUA



LA DÉMOGRAPHIE DU REMPLACEMENT

PAR REMPLÉO

Ces dernières semaines, difficile de trouver des remplaçant(e)s, n'est-ce pas ? Alors chez Rempleo, nous nous sommes demandés comment évoluait la demande de remplacements.

Les données recueillies ici condensent des centaines de milliers de recherches de remplacement effectuées tout au long de l'année. Elles sont parfaitement anonymes, d'où un périmètre macro qui ne permet pas de rentrer dans les détails.

Les périodes tendues

Sans surprises, les périodes les plus tendues sont les périodes de vacances. On trouve toujours beaucoup de demandes dans les DOM-TOM, et particulièrement dans ces périodes-là. Les Alpes et les Pyrénées sont aussi largement plébiscitées en hiver alors que le sud de la France semble plus attirant au printemps ou en été.

Sur Facebook, on retrouve donc rapidement des groupes désertés... et d'autres saturés. Une offre peut alors se retrouver noyée dans le fil de discussion, les notifications passent inaperçues. Il n'est pas rare de s'apercevoir qu'une offre est reléguée en une journée par l'algorithme du réseau social alors que l'urgence demeure et des kinés sont sûrement disponibles.

Les zones demandées par saison

Paris est bien sûr plébiscité toute l'année

par les remplaçants : il y a de nombreuses opportunités de travail et la centralisation du pays permet de s'y rendre facilement ou de profiter de ses week-ends au calme en une heure de train !

Mais au printemps, il semble que l'appel de la mer se fasse sentir : on retrouve beaucoup de demandes pour la région de Bordeaux, la Bretagne ou le Sud ! Titulaires de ces régions, c'est peut-être une bonne période pour prévoir des vacances !

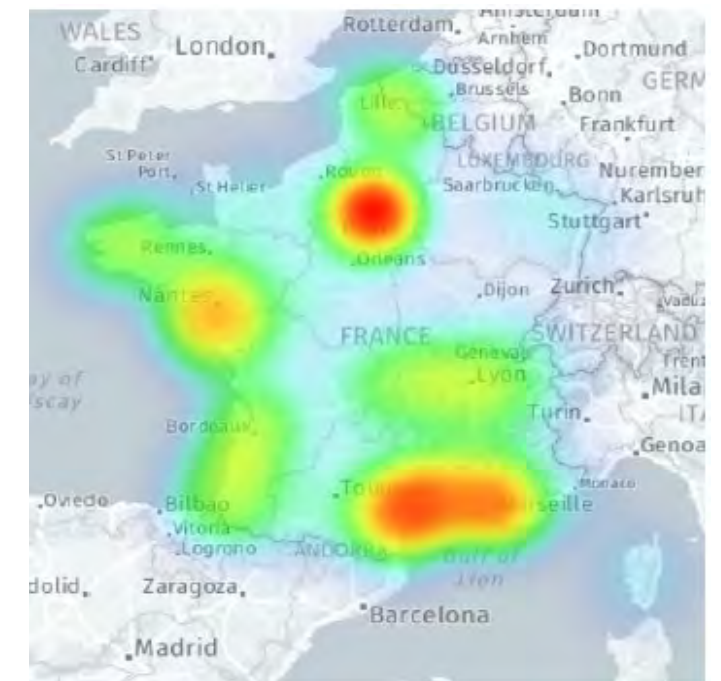


Figure 1: Remplacements cherchés en automne

En hiver, Marseille, les Alpes et le Sud-Ouest sont des zones très actives. Les jeunes remplaçants sont souvent dynamiques, voire sportifs, il est donc tout à fait naturel qu'ils souhaitent se rapprocher des pistes de ski.

La demande générale sur tout le territoire

Parce que toutes les situations méritent d'être prises en compte, titulaires, collaborateurs, assistants et remplaçants peuvent échanger sur des disponibilités partout dans le monde grâce à l'étendue du territoire français. Et même si la demande est moins forte à Papeete qu'à Paris, il faut noter qu'elle existe, tout comme à Mayotte, en Nouvelle Calédonie ou en Guyane ! Titulaires, à vos téléphones !

Conclusion

On se rend compte en regardant ces chiffres que les disparités entre les régions sont importantes, mais une chose nous semble évidente :

l'offre et la demande de postes de kinés sont toutes les deux importantes, même si la demande de remplacements est volatile.

Un outil adapté qui protège la confidentialité des données de ses utilisateurs et qui permet efficacement de mettre en relation les confrères entre eux est essentiel pour permettre à toute la profession d'assurer une bonne couverture et la continuité des soins. Ça tombe bien, c'est la mission de l'application mobile Rempleo

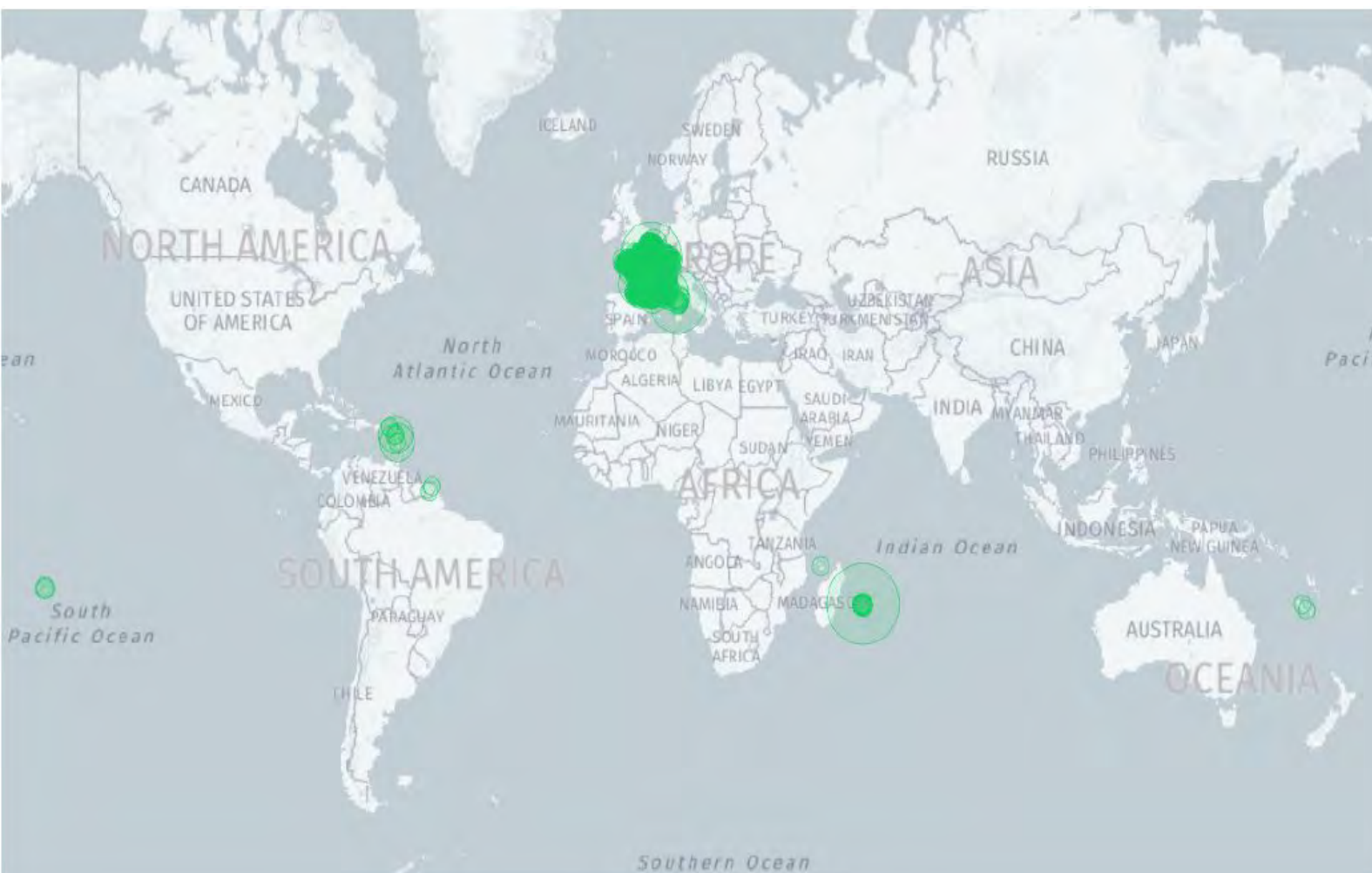
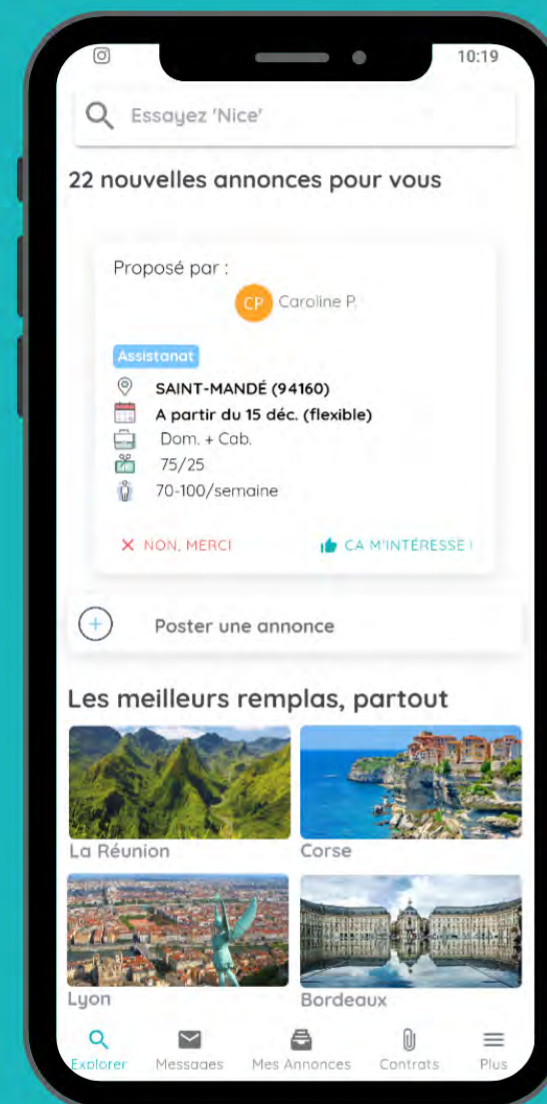


Figure 2: Remplacements cherchés dans le monde



Rempleo

L'appli ☑ du rempla kiné



Remplacements

Assistants

Collaborations

Salariat

Contrats in-app

Avantages négociés

Profitez en gratuitement en téléchargeant l'appli



FORMATION À L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE ET PSYCHOCORPORELLE

Roland HUSSLER*, *Cadre de Santé Kinésithérapeute, PhD Science de l'éducation, Etudiant Chercheur en Psychologie, psychosomatien (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 - Pourquoi une nouvelle formation en psychosomatique ?

Comme observé dans l'article précédents, il existe un certain nombre de formations existantes dans le champ psychosomatique. D'où la question de la raison d'une nouvelle formation. Premièrement plus il y aura de formations plus la psychosomatique sera connue et reconnue. Deuxièmement, chaque clinicien/formateur s'appuie sur une expérience professionnelle qui lui est propre et son désir est de transmettre cette expérience unique tout en respectant les principes de bases du concept psychosomatique. De

plus en fonction de son parcours et de son expérience professionnelle et personnelle, le clinicien/formateur touchera plus facilement l'esprit et le cœur des personnes qui partagent les mêmes expériences. Troisièmement un clinicien quel que soit son expertise n'est pas forcément un pédagogue. Nous pouvons lire en effet dans un article : « La transmission des savoirs à de nouvelles collègues ou à des étudiants se fait sur un mode analytique. L'expert doit donc faire un travail de métacognition pour retrouver la façon dont il combine ses connaissances et procède à leur mise en œuvre. Cette capacité renvoie à ce que Le Boterf [1] nomme le « savoir-faire cognitif ». D'après cette explication, l'expert a acquis des réflexes professionnels qu'il est amené à reconscientifier pour pouvoir les enseigner. De plus un expert s'adressant à des novices doit apprendre à adapter son vocabulaire, à évaluer le niveau des connaissances acquises sur le sujet ainsi que les représentations qui pourraient constituer un obstacle à l'apprentissage, à présenter les matières de manière compréhensible, attractive avec des outils



pédagogiques adaptés à l'auditoire (en fonction de son âge et de ses centres d'intérêts) et enfin à évaluer l'appropriation de cette connaissance et son impact dans la pratique professionnelle. Nous pouvons donc répondre que l'expert n'est pas automatiquement un pédagogue car la pédagogie est une profession par elle-même ». [2].

Donc les compétences et l'expérience pédagogique du concepteur et du formateur

sont à questionner mais que propose cette formation ? Voyons ce point dans le paragraphe suivant.

Que propose cette formation à l'Approche Psychosomatique ?

Sur quels socles s'appuie cette formation en psychosomatique ? Le premier étant le concept dit du " processus somatopsychique" (Cf. Fig. 1).

Ce concept est défini ainsi : « Le processus somatopsychique est l'objet d'un apprentissage décliné en trois temps : d'abord l'apprentissage par l'étudiant d'une vision autocentrée de sa Perception Somatopsychique (PSP), puis l'apprentissage d'une vision centrée sur la PSP de l'autre, et enfin l'aide apportée à autrui pour qu'il apprenne à se centrer sur sa propre PSP.

Cette approche du processus s'inspire de l'approche suggérée par Mme Ehrenfried, praticienne somatique, qui à la question « Mais comment voir ? », répond : « Apprenez à vous voir d'abord, à voir les autres ensuite et aidez-les enfin à se voir » (Bertherat[3], 1976 : 40).[4]. Ce concept appliqué à la formation sur l'approche en psychosomatique prévoit donc un temps d'analyse psychosomatique sur soi qui constitue le socle de la formation.

Le second socle de la formation s'appuiera sur les apports récents issus de la psychosomatique en conciliant l'analyse psychosomatique (par investigation verbale) et l'analyse somatopsychique (par une investigation psychocorporelle basée sur les principes de W. Reich). Développons le socle de l'auto-analyse guidée.

L'auto-analyse guidée en psychosomatique

Un certain nombre d'étudiants étant issus de domaines variés n'ont pas eu l'occasion de faire une analyse de type psychanalyse ou autre. Or pour aider l'autre (le sujet en souffrance) à se voir pour reprendre le 3ème élément du processus somatopsychique, il est d'abord nécessaire d'apprendre à se voir. (1ER élément du processus). Comment peut se réaliser cette autoanalyse dans le cadre de cette formation ?.

Premièrement au début de la formation et pendant environ trois à quatre mois, l'étudiant applique les principaux outils d'investigation clinique sur lui-même sous la supervision clinique régulière du clinicien/formateur. L'avantage est double: d'une part, l'étudiant pourra se familiariser avec ces outils d'investigation et d'autre part il pourra bénéficier de la supervision individuelle du clinicien/formateur

qui en l'occurrence deviendra son analyste psychosomatique. Bien sur cette guidance sera prévue sur une période limitée mais rien n'empêche l'étudiant de poursuivre, si le besoin s'en fait sentir, son analyse (ou l'analyse des situations cliniques) en dehors du cadre de la formation.

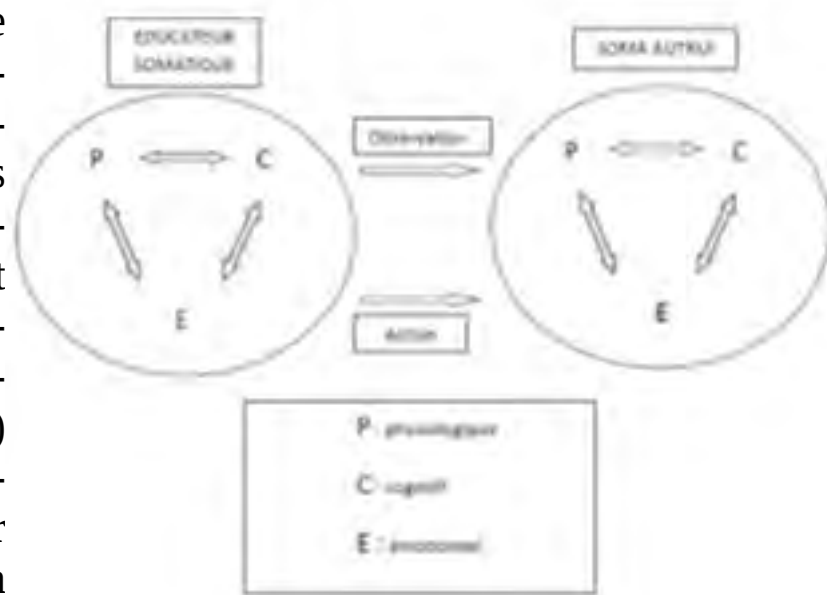


Figure 1 : Processus Somatopsychique

Le travail personnel, dans le cadre du premier axe du processus somatopsychique, permet d'affiner la sensibilité somatopsychique et donc de faciliter le transfert et contretransfert psychosomatique. En effet sur l'influence du transfert et contretransfert, notons le commentaire édifiant de Tonella & Heinrich-Clauer (2018) [5] citant Asper (1993 p. 39): «*Nous devons particulièrement prendre au sérieux nos sentiments contretransférentiels dans le travail avec un analysant qui a perdu sa capacité de sentir et qui n'a plus ou seulement très peu accès à ses sentiments. Dans ce cas, ce sont nos sentiments contretransférentiels qui nous permettent d'accéder aux sentiments perdus de l'analysant*»[6]. Or prendre au sérieux nos sentiments contretransférentiels suppose développer la perception de nos propres sentiments et d'une manière générale de nos sensations psychocorporelles. Par conséquent les étudiants auront la possibilité de participer à des ateliers à visée psychocorporelle et de pouvoir ensuite en conduire .

Un dossier d'autoanalyse clinique validera l'acquisition des compétences développées au cours de cette première période.

Apprendre à voir l'autre et l'aider à se voir Dans le cadre du deuxième stade du processus somatopsychique, il sera proposé l'analyse de un ou plusieurs cas clinique (basés sur des cas cliniques réels) puis dans le cadre du troisième stade du processus clinique l'analyse d'un cas clinique réel choisi par l'étudiant. L'étudiant pourra dans ce dernier cas, puiser soit dans la clientèle/patientèle de sa profession d'origine soit proposer à son réseau personnel un contrat

pédagogique (l'institut de formation n'étant pas habilité à délivrer des conventions de stages, l'étudiant devra prévoir d'informer voire de contracter une assurance pour responsabilité civile) durant le temps d'investigation clinique.

Selon le nombre de participants, des groupes seront constitués. Le cas clinique virtuel fera l'objet d'une analyse personnelle puis régulés par le groupe et validés oralement par le formateur. L'analyse du cas clinique réel suivra le même principe que le cas clinique virtuel avec en plus la rédaction d'un rapport/mémoire qui fera l'objet d'une soutenance orale finale au cours du mois de septembre de l'année de formation.

En outre, la formation pourra prévoir des évaluations/régulations sur les connaissances et compétences à acquérir, la constitution et l'évaluation de fiches de lecture indispensables à l'élaboration des différents cas cliniques, la réalisation d'un article publiable, etc. Un note de 10/20 sur l'ensemble des travaux et l'assiduité durant la formation notamment les régulations individuelles et collectives conditionneront l'obtention de l'attestation de formation en tant que psychosomaticien.

Quel est l'intérêt de suivre une telle formation

Comme souligné dans les articles précédents, la dichotomie ou division entre le corps et l'esprit, reflet de la tendance dualiste, a généré des professionnels experts du corps d'un côté et experts de l'esprit de l'autre. Beaucoup ressentent de la frustration à n'aborder qu'un aspect de la

personne humaine, sachant que seule une vision biopsychosociale permet d'être efficace en tant que thérapeute. L'être humain étant une unité psychosomatique, la relation humaine se nourrit des influences psychosomatiques et environnementales. Par conséquent tout professionnel de la relation humaine profitera des apports spécifiques de cette formation à l'approche psychosomatique. A l'issue de la formation, il est possible soit d'intégrer les apports à sa pratique professionnelle existante, soit de pratiquer en tant que psychosomaticien (pratique libérale en tant que micro entrepreneur) en plus de son activité professionnelle. Certains se consacrent à la pratique exclusive de la psychosomatique avec la possibilité de devenir formateur en psychosomatique, sans oublier la nécessité de développer la recherche clinique.

Et après la formation ?

L'analyse d'une situation clinique réelle vous donnera une compétence mais pas une expérience dans l'approche psychosomatique. Pour vous donner envie d'appliquer cet enseignement dans une activité clinique régulière, des régulations de groupe en post-formation (donc hors cadre de la formation initiale) vous seront proposés à partir de vos situations cliniques. Un certificat de thérapeute en psychosomatique sera délivré au bout de deux ans de formation (16 sessions de deux heures). Un précieux réseau professionnel peut donc se constituer favorisant les échanges.

Conclusion

Chaque formation aborde la matière à en-

seigner, ici la psychosomatique, en fonction des spécificités propre à l'expérience et aux compétences des formateurs qui la composent. Cet article a donné les principes généraux justifiant l'élaboration de cette nouvelle formation ; Les détails techniques de la formation seront visibles sur le site ifres.fr qui diffusent les informations de l'institut de formation et de recherche en éducation à la santé (IFRES). Le lecteur(trice) intéressé(e) pourra ainsi effectuer une pré-inscription par l'envoi de son CV et d'une lettre de motivation soit par le lien contact du site soit à l'adresse mail indiqué en début d'article.

Bibliographie

- [1] Le Boterf (G) De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Ed organisation 1995
- [2] Hussler R, Transmettre une expertise d'adulte à adulte, une compétence à acquérir"(2016) article publié sur la revue électronique de kineakine.com et disponible sur le site internet : <http://www.ifres.fr/pages/publications.html> (Cf. n°5)
- [3]Bertherat T, , Le corps a ses raisons, Paris : Seuil., 1976
- [4] Hussler R, Pédagogie somatopsychique et enseignement de la masso-kinésithérapie, (2016) article publié sur la revue électronique de kineakine.com et disponible sur le site internet : <http://www.ifres.fr/pages/publications.html> (Cf. n°1)
- [5]Tonella G, Heinrich-Clauer V. Aux fondements des thérapies psychocorporelles: l'analyse bioénergétique, de Lowen à nos jours. 2018.
- [6]Asper, K (1939) : Verlassenheit und Selbstentfremdung, München ,DTV).



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

- ✚ PSYCHOPRATICIEN PSYCHOCORPOREL
- ✚ 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 Direccte
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

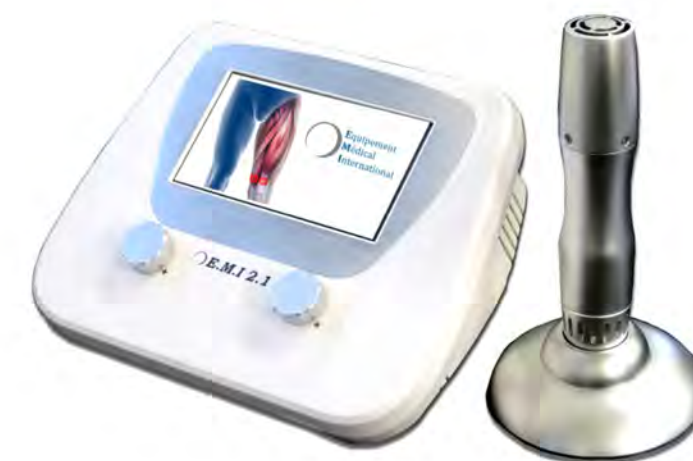
Thérapie par ondes de choc radiales
pour applications orthopédiques
multiples

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 impressionnants, 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, Equipement Médical International équipe nombre d'hôpitaux, centres de rééducation et cabinets de kinésithérapie. Basée au coeur 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 ressort
- 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
Headquarters**
203 Perry Parkway, Suite #6,
Gaithersburg, MD 20877, USA
Tel: +1(301)944 - 1575

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