

Transmettez votre savoir de

# Kiné à Kiné



## VIDEOS

**Le système cardio-vasculaire**

## BLOG

**Épidémiologie des blessures de l'équipe de foot coréenne**

**Lésion du LCA, quand faut-il opérer ?**

**Étude du SCAT5 dans la prise en charge des commotions cérébrales**

**Une brève histoire moderne de la psychosomatique**

**Kinésithérapie et syndrome fémoro-patellaire : lutte contre l'effondrement du membre inférieur**

**04 Edito:**

JULIEN ENCAOUA

**06 Les évènements KAK**

- Perfectionnement de la prise en charge des lésions musculaires du sportif.
- Prise en Charge masso-kinésithérapique des tendinopathies.
- Prise en charge de la hernie discale non opérée.
- Évaluation et traitement des tensions musculaires dans le cadre de la prévention des pathologies musculo-squelettiques.
- Prise en charge kinésithérapique de la bronchiolite
- Rééducation périnéale féminine

**26 Le système cardio-vasculaire en vidéo**

LAETICIA SELLEM

**28 Épidémiologie des blessures de l'équipe de foot coréenne**

BAPTISTE ABDERRAHMANE

**30 Lésion du LCA, quand faut-il opérer ?**

BAPTISTE ABDERRAHMANE



**32 Étude du SCAT5 dans la prise en charge des commotions cérébrales**

BAPTISTE ABDERRAHMANE

**34 Kinésithérapie et syndrome fémoro-patellaire : lutte contre l'effondrement du membre inférieur**

LAETICIA SELLEM

**38 Une brève histoire moderne de la psychosomatique**

ROLAND HUSSLER



**28**

**LÉSION DU LCA, QUAND FAUT-IL OPÉRER ?**



**KINÉSITHÉRAPIE ET SYNDROME FÉMORO-PATELLAIRE : LUTTE CONTRE L'EFFONDREMENT DU MEMBRE INFÉRIEUR**

**44**

**6**

**NOS FORMATIONS DPC EN LIGNE AVEC SUR IN-FMP.FR**

INSTITUT NATIONAL DE LA FORMATION MEDICALE & PARAMEDICALE

**Les Avantages de nos formations DPC**

Rendez-vous sur <https://www.INFMP.fr>

Totalement en ligne

Connectez-vous à votre guise

Indemnisation de 346€ / praticien

Aucun frais à avancer

Un diplôme délivré en fin de formation



Des Formations de Qualité,  
Par des Professionnels de la Santé Expérimentés



# EDITORIAL



NOVEMBRE 2020- Numéro 63

Décembre, déjà! Le temps du bilan de 2020. Une année qui restera gravée dans la mémoire de tous. L'année de la pandémie, l'année du confinement, l'année de la quarantaine! Mais parcequ'après la pluie, le beau temps, nous finissons l'année avec l'annonce des premières vaccinations. Pour ou contre, c'est un autre débat, mais il est indéniable de dire que cela nous permet d'apercevoir la

lumière au bout du tunnel...

Alors que 2021 soit l'année de la fin de la pandémie, l'année de la nouveauté, l'année des bonnes nouvelles!

Toute l'équipe de KAK se joint à moi pour vous souhaiter de joyeuses fêtes de fin d'année.

**Julien Encaoua**



# 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](mailto:INFO@FRANCOFILS.COM) | SITE : [WWW.FRANCOFILS.COM](http://WWW.FRANCOFILS.COM)



**OYE OYE!**  
**#DPC**  
**RETROUVEZ NOS**  
**FORMATIONS**  
**E-LEARNING SUR**  
**[WWW.INFMP.FR](http://WWW.INFMP.FR)**  
**ET SUR**  
**[WWW.KINEA-](http://WWW.KINEA-KINE.COM)**  
**[KINE.COM](http://WWW.KINEA-KINE.COM)**

**#NOUVEAU!**



CATALOGUE DES  
FORMATIONS  
DPC EN LIGNE



**INFMP**  
Institut National de Formation Médicale et Paramédicale

*Des Formations de Qualité,  
Par des Professionnels de la Santé Expérimentés*

INSTITUT NATIONAL DE  
LA FORMATION MEDICALE  
& PARAMEDICALE

# Les Avantages de nos formations DPC

Rendez-vous sur  
[Https://www.INFMP.fr](https://www.INFMP.fr)

Totalement en ligne

Connectez-vous à votre guise

Indemnisation de 346€ / praticien

Aucun frais à avancer

Un diplôme délivré en fin de formation



*Des Formations de Qualité,  
Par des Professionnels de la Santé Expérimentés*



# Liste des formations DPC en ligne



Hernie Discale  
Lombaire non-opérée



Les Tensions  
Musculaires



Bronchiolite du  
nourrisson



Tendinopathies



Lésions musculaires  
chez le sportif



Rééducation  
périnéale



# Prise en charge de la Hernie Discale Lombaire non-opérée

**Durée: 14h**

## Plan de formation:

- I. Vidéo d'introduction
- II. Lecture d'articles en ligne
- III. Présentation commentée
  - i. Anatomie
  - ii. Physiologie
  - iii. Equilibre sagittal du rachis
  - iv. Bilan dans un cabinet libéral
  - v. Présentation des différentes approches rééducatives avec vidéos
- IV. Cas cliniques
- V. Sensibilité et spécificité d'un test
- VI. Quizz final - Validation des compétences
- VII. Certificat de compétences délivré

## Le formateur:

**Julien Encaoua**

Kinésithérapeute

Rédacteur en chef de  
la revue Kiné à Kiné

Directeur de l'INFMP



A l'issue de cette formation vous serez capable de réaliser un diagnostic kinésithérapique pertinent sur un patient présentant une hernie discale lombaire. Vous serez en mesure de repérer les drapeaux rouges et disposerez d'un panel d'exercices pour votre rééducation

## FORMATION DPC EN LIGNE



# Prise en charge des tendinopathies

Durée: 14h

## Plan de formation:

- I. Lecture d'articles en ligne
- II. Présentation commentée
  - i. Propriétés biomécaniques & fonctionnelles du tendon
  - i. Liaison tendineuse
  - ii. Processus de réparation tendineuse
  - iii. Facteurs de risque et classification
  - iv. Bilan kinésithérapique
  - v. Principes thérapeutiques
- III. Cas cliniques
- IV. Sensibilité et spécificité d'un test
- V. Vidéo de la conférence de G. Cook
- VI. Quizz final - Validation des compétences

## Le formateur:

**Fabien Gressier**  
Kinésithérapeute  
Ostéopathe



A l'issue de cette formation vous serez capable de prendre en charge un patient présentant une tendinopathie quelque soit son stade et son origine. Vous connaîtrez les avancées scientifiques sur le sujet, serez en mesure de les comprendre et de les appliquer dans votre exercice quotidien.

**FORMATION  
DPC EN LIGNE**



# Les Tensions Musculaires

*Du bilan différentiel au traitement  
Exemple avec prise en charge des Cervicalgies*

**Durée: 14h**

## Plan de formation:

- I. Du diagnostic au traitement
- II. Lecture d'articles en ligne
- III. L'évaluation - Comment mettre en évidence une tension musculaire?
- IV. Cas cliniques
- V. Les techniques en photos et vidéos
- VI. Récapitulatif des techniques en photos muscle par muscle
- VII. Les étirements en vidéo

## Le formateur:

**Julien Cramet**

Kinésithérapeute

Enseignant en IFMK



A l'issue de cette formation vous serez en mesure de distinguer les types de pathologies musculaires : le spasme et la contracture, pour pouvoir ensuite leur apporter le traitement adéquat. Vous pourrez apporter un traitement adapté avec des techniques efficaces (levée de tension - strain - counterstrain - étirement...) à vos patients cervicalgiques et ainsi diminuer rapidement leurs symptômes.

## FORMATION DPC EN LIGNE



# Perfectionnement de la prise en charge des lésions musculaires chez le Sportif

**Durée: 14h**

### Plan de formation:

- I. Lecture d'articles en ligne
- II. Présentation commentée
  - i. Classification
  - ii. Architecture musculaire
  - iii. Physiopathologie
  - iv. Bilan et tests cliniques
  - v. Logique de prise en charge
  - vi. Return to play (RTP)
  - vii. Les récives
  - viii. Facteurs de risques
  - ix. Prévention
- III. Tests à effectuer avant la reprise sportive
- IV. Cas cliniques et quizz final

### Le formateur:

**Batpiste Abdehramane**  
Kinésithérapeute  
Ostéopathe



A l'issue de cette formation vous serez capable de prendre en charge de manière optimale un patient sportif présentant une lésion musculaire. Votre savoir s'appuiera sur des bases scientifiques solides et récentes. Vous pourrez le conseiller sur le moment de sa reprise sportive et surtout éviter les récives qui sont si fréquentes !

## FORMATION DPC EN LIGNE



# Prise en charge kinésithérapique de la bronchiolite du nourrisson

**Durée: 7h**

### Plan de formation:

- I. Lecture d'articles en ligne
- II. Les bases théoriques et pratiques (vidéo)
- III. Recommandation de la HAS
- IV. Les cas cliniques
- V. Quizz final

### Le formateur:

**Nicolas Bastide**

Kinésithérapeute

Spécialisé en rééducation pédiatrique



A l'issue de cette formation vous serez en mesure d'évaluer les risques et d'établir la faisabilité d'une séance. L'accent étant mis sur les gestes techniques vous serez en mesure de pratiquer au quotidien la kinésithérapie respiratoire sur un nourrisson dès la fin de la formation.

# La rééducation périnéale féminine en masso-kinésithérapie

## FORMATION DPC EN LIGNE



**Durée: 14h**

### Plan de formation:

- I. Lecture d'articles en ligne
- II. Les bases théoriques et pratiques (vidéo)
- III. Recommandation de la HAS
- IV. Les cas cliniques
- V. Quizz final

### Le formateur:

**Julien Encaoua**

Kinésithérapeute

Rédacteur en chef de  
la revue Kiné à Kiné

Directeur de l'INFMP

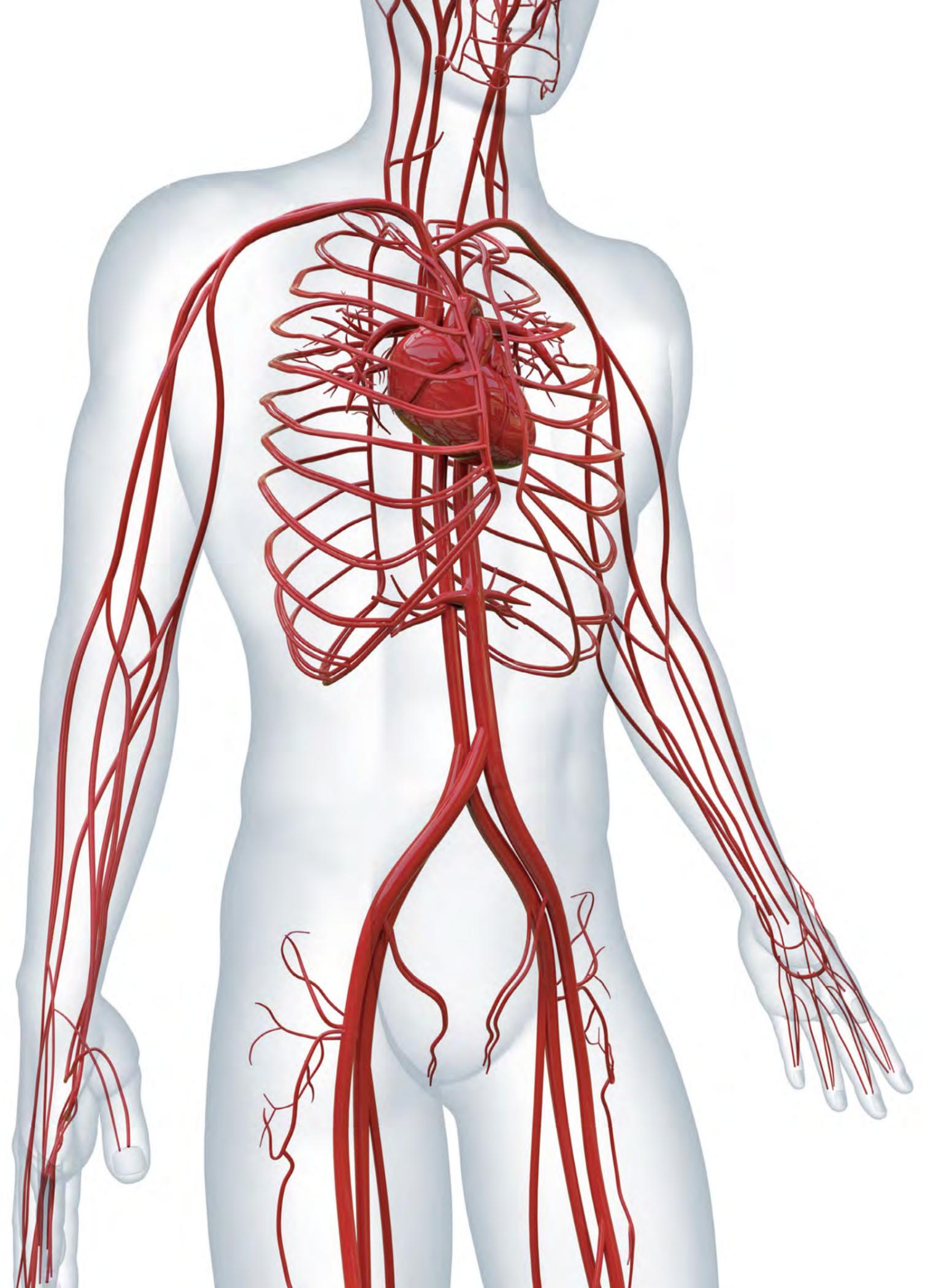


A l'issue de cette formation vous serez en mesure de réaliser un bilan DMK en rééducation périnéale. Vous disposerez des savoirs et compétences nécessaires à une prise en charge rééducative périnéales de qualité.

---

## Le système cardio-vasculaire (partie 1)

Auteur de la présentation Laeticia SELLEM



## Épidémiologie des blessures de l'équipe de foot coréenne

Auteur du résumé: Baptiste Aberrahmane

Le football est le sport le plus populaire au monde («Football is the most popular sport worldwide» Dvorak J). Il est devenu bien plus qu'un sport, et de nombreux pays y investissent des budgets excessifs. Plus les années passent et plus le football devient rapide. C'est en partie pour cette raison que les footballeurs se blessent de plus en plus au fil des années. D'autres entraîneurs ou préparateur physique soutiennent la thèse que les footballeurs se blessent beaucoup et de plus en plus, car, ils s'entraînent mal et pas assez par rapport aux exigences physiques. Nous nous intéressons ici à une revue épidémiologique de l'équipe de football nationale coréenne. «Analysis of injury incidences in the Korea national men's soccer teams» Kwan Hwang-Bo. Il existe déjà beaucoup de revues épidémiologiques concernant les blessures au football, mais elles concernaient surtout des équipes européennes. Les informations ont été réunies par les équipes médicales de chaque catégorie (U20, U23, équipe A) pendant 2 ans.

Il y a eu en tout 1689 blessures sur 2 ans. 95 % étaient des blessures sportives et 5 % liées à des problèmes respiratoires oculaires ou digestifs.

Le poste le plus fréquemment touché par les blessures est le milieu de terrain suivi du défenseur de l'attaquant et du gardien. La localisation au niveau des membres inférieurs est supérieure à la localisation au niveau de la tête, du tronc, et des membres supérieurs. Le seul changement remarquable est une augmentation de la répartition au niveau de la tête, du tronc et des membres supérieurs pour les gardiens de but.

Les diagnostics des blessures les plus courantes étaient les contusions, hématomes ou ecchymoses, représentant 37 % des blessures, suivies des «rigidités» musculaires (29 %) et des entorses de

On observe aussi que les blessures musculaires sont toujours omni présentes avec 1,4 % de contusion musculaires, 5,6 % de crampes musculaires, et 29 % de «rigidité» musculaire. Pour autant je ne sais pas ce que définissent clairement les termes «muscle rigidity» et «muscle cramps». En effet, les auteurs de l'étude ne parlent pas de lésions musculaires (strain injury). Ces lésions doivent sûrement être réunies sous le terme «muscle rigidity».

On se rend compte que, quel que soit le pays, on retrouve très souvent les mêmes répartitions de blessures et que le football est aussi un sport très pourvoyeur de blessures en Corée.



## Est-il forcément nécessaire d'opérer une lésion du LCA ?

Auteur du résumé: Baptiste Aberrahmane

De nombreuses opérations après rupture du LCA sont réalisées chaque année. Rien qu'aux États-Unis, 250000 LCA sont rompus et donc il est effectué plus de 150000 chirurgies de reconstruction. La chirurgie est souvent le traitement préféré et conseillé par les médecins, pour autant a-t-il prouvé sa réelle efficacité ? Nous allons nous intéresser à l'étude de Mathew J Failla et al. « Controversies in knee rehabilitation anterior cruciate ligament injury ». Les auteurs comparent les résultats fonctionnels obtenus dans différentes études comparant des groupes opérés du LCA et des groupes non opérés.

La reprise trophique et de force du quadriceps est un critère important dans une rééducation de chirurgie du LCA. En effet la force du quadriceps est liée directement aux résultats fonctionnels. Des déficits de force subsistent parfois jusqu'à plusieurs années après l'opération. Une étude comparant des LCA opérés et non opérés à 2 et 5 ans ne découvre aucune différence entre les deux groupes pour la force du quadriceps. La reconstruction du LCA n'est donc pas une obligation pour la restauration de la fonction musculaire « Muscle strength and functional performance in patients with anterior cruciate ligament

injury treated with training and surgical reconstruction or training only : a two to five year followup » Ageberg E et al.

Il a aussi été comparé les scores fonctionnels et le retour au sport de 2 groupes d'athlètes, opérés et non opérés, à 2 ans post blessure. Il n'en ressort aucune différence notable entre les 2 groupes. « Nonsurgical or surgical treatment of ACL injuries : knee function sports participation and knee reinjury : the deleware-Oslo ACL Cohort Study » Grindem H et al. D'autres auteurs ont fait la même expérience avec un groupe de patients opérés rapidement après la blessure et un autre groupe non opéré ou opéré tardivement, le résultat est le même, on ne retrouve aucune différence significative entre ces groupes « Treatment for acute anterior cruciate ligament tear : five year outcome of randomised trial » Frobell et al.

Des auteurs ont comparé l'état du genou après LCA opéré ou non opéré. Encore une fois aucune différence significative quant à un état arthrosique avancé n'a été retrouvée entre ces deux groupes « Does ACL reconstruction alter natural history ? : a systematic literature of long terms outcomes » Chalmers PN et al.

D'après ces résultats, il convient d'admettre que l'opération après lésion du LCA n'est pas forcément à conseiller en première attention. En effet, une étude Cochrane a trouvé qu'il n'existait pas suffisamment de preuves pour recommander une chirurgie du LCA comparé à un traitement fonctionnel « Is reconstruction the best management strategy for anterior cruciate ligament rupture ? A systematic review and meta-analysis comparing anterior cruciate ligament reconstruction versus non-operative treatment » Smith TO et al.

De plus en plus de chirurgiens donnent une chance à un traitement fonctionnel en débutant quelques semaines de rééducation. Si l'amélioration trophique et l'amélioration de la stabilité sont satisfaisantes, ils décident de ne pas opérer.

## Étude du SCAT5 dans la prise en charge des commotions cérébrales

Auteur du résumé: Baptiste Aberrahmane

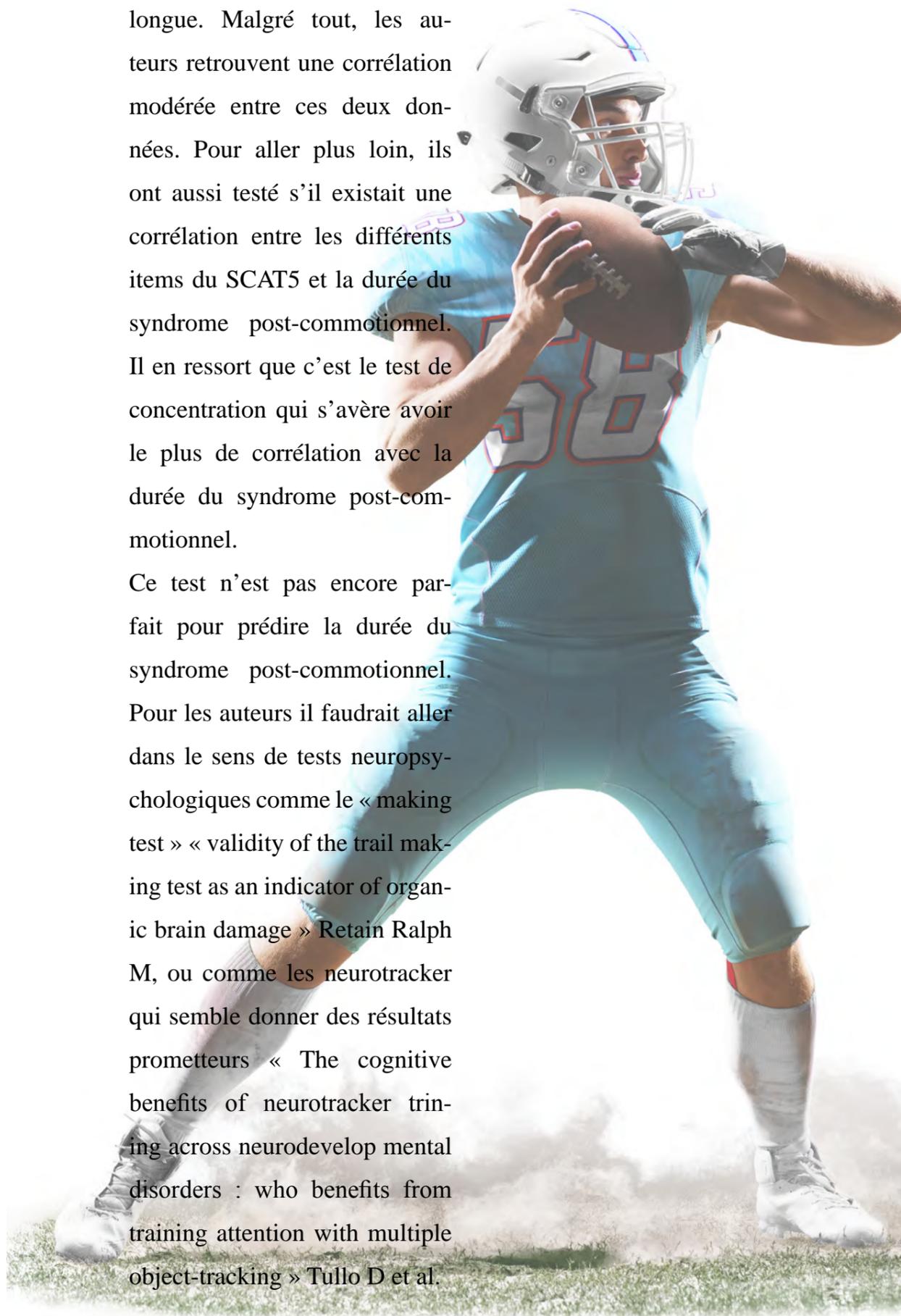
La commotion cérébrale est définie comme un traumatisme crânien léger et est caractérisée par une altération immédiate et transitoire des fonctions neurologiques consécutive à un traumatisme crânien direct ou indirect. « Commotions cérébrales et sport : complications à long terme » Chermann JF. Il s'exercerait des forces de cisaillements ou de compression sur les axones pendant le choc. La commotion cérébrale dans le sport est devenue en quelques années l'objet de toutes les attentions. En effet après les révélations au grand jour de ses conséquences, en premier lieu aux États-Unis, il s'est produite une prise de conscience collective du danger de cette pathologie. Aux États-Unis justement on ne dénombre pas moins de 300000 commotions cérébrales en 2010 « les commotions cérébrales et le sport » Vidalin H et al, celles-ci sont le plus souvent déclarées lorsqu'elles déclenchent une perte de connaissance. Cependant, la perte de connaissance arriverait uniquement dans 24% des cas « National athletic trainer's association position statement : management of sport related concussion » Guskiewicz.



La prise en charge des commotions cérébrales doit être rigoureuse pour éviter toute complication comme le syndrome du second impact (deuxième commotion après une première passée inaperçue), le syndrome post-commotionnel prolongé (durée des symptômes supérieure à 28 jours), ou l'encéphalopathie chronique post-traumatique. L'outil de référence permettant le diagnostic et le suivi des patients est le Sport Concussion Assessment Tool (SCAT5). Dans l'étude de Berthaud Y et al « Prédicativité du score SCAT5 dans la prise en charge des commotions cérébrales » les auteurs essaient de discerner s'il existe une corrélation entre le score obtenu au SCAT5 à 48-72h et la durée du syndrome post-commotionnel. Pour cela, ils ont inclus des patients de 13 ans et plus, victimes d'une commotion cérébrale dans les 48h à 72h avant la consultation, et c'est pendant cette consultation que le SCAT5 fut réalisé. D'après cette étude, plus le score au SCAT5 est bas, et plus la durée du syn-

drome post-commotionnel est longue. Malgré tout, les auteurs retrouvent une corrélation modérée entre ces deux données. Pour aller plus loin, ils ont aussi testé s'il existait une corrélation entre les différents items du SCAT5 et la durée du syndrome post-commotionnel. Il en ressort que c'est le test de concentration qui s'avère avoir le plus de corrélation avec la durée du syndrome post-commotionnel.

Ce test n'est pas encore parfait pour prédire la durée du syndrome post-commotionnel. Pour les auteurs il faudrait aller dans le sens de tests neuropsychologiques comme le « making test » « validity of the trail making test as an indicator of organic brain damage » Retain Ralph M, ou comme les neurotracker qui semble donner des résultats prometteurs « The cognitive benefits of neurotracker training across neurodevelopmental disorders : who benefits from training attention with multiple object-tracking » Tullo D et al.



# Kinésithérapie et syndrome fémoro-patellaire : lutte contre l'effondrement du membre inférieur

Auteur du résumé: Laetitia SELLEM

**Titre original :** A. Rambaud et al. La prise en charge rééducative globale de patients présentant un syndrome fémoro-patellaire : la lutte contre l'effondrement du membre inférieur par le renforcement du moyen fessier. *Journal de Traumatologie du Sport* 30 (2013) 232–239

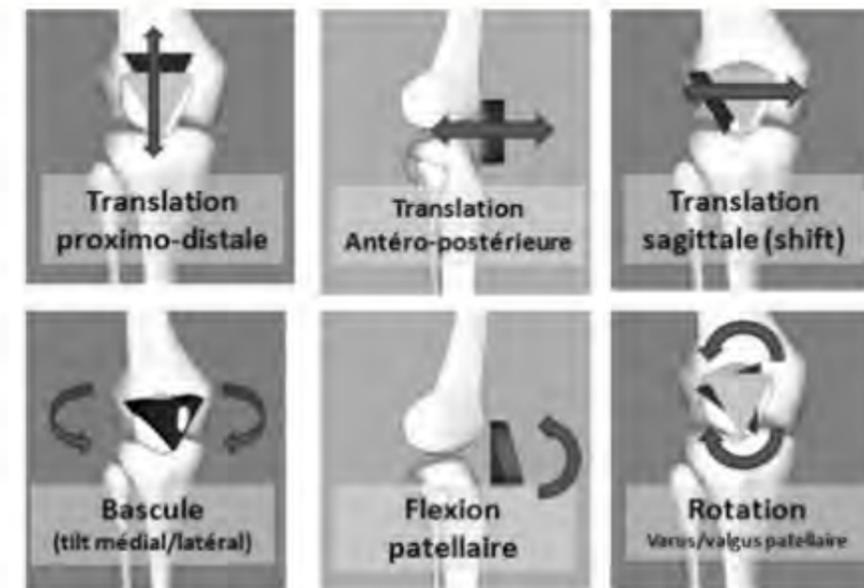
## Introduction

Le syndrome fémoro-patellaire (SFP) est une des pathologies les plus fréquentes du membre inférieur (25 à 43% des consultations en médecine du sport). Elle est prédominante chez la femme et évolue en pathologie chronique dans 70 et 90% des cas. On retrouve des douleurs sur la face antérieure du genou qui ne sont ni d'origine articulaire, tendineuse ou ligamentaire. Elles peuvent être déclenchées lors de l'accroupissement, la montée/descente d'escaliers et/ou lors de la position assise prolongée. On retrouve également un désordre biomécanique de l'articulation fémoro-patellaire et du membre inférieur. Depuis les années 80, la rééducation recommandée était le renforcement du vaste médial oblique du quadriceps (VMO):



de nouvelles recommandations proposent de renforcer les muscles abducteurs de hanche. Quelle est la valeur de ces recommandations ? Doit-on continuer à renforcer le vaste médial ? Cette étude va s'intéresser à ces questions concernant le SFP primaire.

Type de l'os (patella)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Sésamoïde</b></li> </ul>
Situation	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suspendue entre tibia et os iliaque</li> <li>➤ Repose sur le fémur</li> </ul>
Particularités anatomiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cartilage important (&gt;5mm)</li> <li>➤ Crête</li> </ul>
Mouvements patellaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 3 rotations (valgus/varus ; bascule ; flexion/extension)</li> <li>➤ 3 translations (frontale, sagittale, horizontale)</li> </ul>
Stabilisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <u>Passive</u> : ligaments, congruence osseuse, rétinaculum, tendon quadriceps</li> <li>➤ <u>Active</u> : tendons et muscles</li> </ul>
Tendon quadricipital	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Oblique en bas et <math>\delta h</math></li> <li>➤ Angle Q : &lt;15° chez hommes et &lt;20° chez femmes</li> </ul>
Actions du quadriceps sur la patella	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vaste latéral : action <u>latéralisante</u></li> <li>➤ Droit fémoral + vaste intermédiaire : ascension</li> <li>➤ Vaste médial (longitudinal + oblique) : action <u>médialisante</u></li> </ul>
Corps adipeux infra-patellaire (Hoffa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Matelas pour le tendon patellaire lors de la flexion</li> <li>➤ Stabilise fémoro-tibiale en F/E</li> </ul>



Extension	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Faible congruence articulaire</b></li> <li>➤ <b>Stabilité active : quadriceps</b></li> </ul>
Flexion <30°	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Instabilité latérale</li> <li>➤ Moyens de lutte actifs : <b>VMO++</b> et <b>VML</b></li> </ul>
Flexion >30°	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Observation du <u>maltracking</u> (typique SFP) : translation + bascule lat en début de flexion de genou, puis translation médiale</li> </ul>
Autres symptômes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Douleur palpation rétinaculum lat (RL)</li> <li>➤ Rétraction éléments latéraux passifs</li> <li>➤ Irritation du corps adipeux infra-patellaire (douleurs rétro-patellaires, sensation de « barre sous la patella » ou de « genou serré »)</li> <li>➤ Angle Q plus important</li> </ul>
Lors d'un squat unipodal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ &gt; add et RM → majoration de l'angle Q dynamique → <b>effondrement global du MI</b> (bascule <u>controlat</u> du bassin, &gt; valgus du genou, shift latéral + tilt médial + rotation médiale patella)</li> <li>➤ Pied : RM tibia, &gt; valgus sous talienne → <b>affaissement du pied</b></li> </ul>

Causes du SFP : **mauvaise biomécanique** du genou + **affaissement global** du MI et bassin

## Stratégies rééducatives

Renforcement sélectif du VMO  
Cette technique de rééducation était le gold standard dans les années 80 : la patella a tendance à se subluser en latéral et le VMO peut corriger cela en actif. Plusieurs études ont montré un asynchronisme de contraction entre le VMO (corrigant la translation latérale) et le VL (accentuant cette translation) chez les patients atteints du SFP lors de la marche et du squat unipodal : le VL se contracte avant le VMO. La rééducation proposée était donc le renforcement du VMO en stimulant le moins possible le VL. Mais il a été prouvé qu'il est impossible de renforcer le VMO seul, quelque soit la position utilisée.

### Approche globale

Le maltracking est causé par l'augmentation de l'angle Q dynamique et est la cause des douleurs. Il sera donc important de travailler sur la prise de conscience de l'affaissement du membre inférieur en flexion de genou et d'empêcher la majoration de cet angle. Le schéma retrouvé est une augmentation de la rotation médiale et de l'adduction de hanche, ce qui cause un valgus du genou et une rotation latérale de l'articulation fémoro-tibiale, à l'origine d'un valgus de la sous-talienne et de l'affaissement de l'arche interne du pied. Il est donc important de s'intéresser à l'ensemble de ces articulations.

*Facteurs favorisants proximaux (hanche et bassin)*

1. Troubles observés : mauvaise cinématique de hanche ; augmentation de la rotation médiale et de l'adduction de hanche en appui unipodal ; retard de contraction du moyen fessier (MF) en unipodal, à la marche et course à pied.

## 2. Rééducation recommandée :

- Renforcement des fessiers : en décharge, genou tendu (pas de douleur) ; puis augmenter la charge
- Travail global du membre inférieur en chaîne fermée : squats en correction, progressivement
- Auto-rééducation

*Facteurs favorisants locaux (genou)*

1. Origines de la douleur : souffrance de l'os sous-chondral ; rétraction du RL (partage fibres avec le fascia lata) ; corps adipeux infra-patellaire ; tensions musculaires (hypoextensibilité du quadriceps, des ischio-jambiers IJ, du tenseur du fascia lata TFL, adducteurs, triceps sural) ; déséquilibre entre les muscles agonistes et antagonistes (IJ internes et externes ; VMO et VL)

### 2. Rééducation proposée :

- Renforcement moyen et grand fessier, sans solliciter le TFL
- Etirements musculaires ciblés si hypoextensibilité
- Evaluation isocinétique si le cas est difficile

*Facteurs favorisants distaux (pied et cheville)*

1. Troubles observés : rotation interne et adduction du fémur augmentés lors de l'appui unipodal ; effondrement de la voûte plantaire + faux « pied plat »

### 2. Recommandations :

- Orthèses sur mesure : correction du valgus calcanéen
- Prise en charge de la statique podale : lutte contre l'effondrement du membre inférieur lors de l'appui unipodal

## Conclusion

### Rééducation classique :

<b>Phase aiguë</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soins antalgiques</li><li>• Etirements</li><li>• Renforcement du VMO en électrostimulation (décharge+)</li></ul>
<b>Progression</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Travail en chaîne fermée des MI en sous maximal</li><li>• Proprioception</li><li>• Renforcement du MF (non volontaire)</li></ul>

### Nouvelles recommandations validées par les études scientifiques :

<b>Phase aiguë</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soins antalgiques</li><li>• Etirements</li><li>• Renforcement grand et moyen fessier en décharge</li><li>• Auto-rééducation</li></ul>
<b>Progression</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Remise en charge classique</li><li>• Renforcement GF et MF</li><li>• Correction posturale : horizontalité du bassin + prévenir l'apparition de la RM lors du squat unipodal</li></ul>
<b>Principes de rééducation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prise en charge globale (pied, cheville, genou, bassin, hanche)</li><li>• Lutte contre l'effondrement postural</li><li>• Rééducation d'une mauvaise posture du bassin et du MI et pas d'un patient souffrant de SFP</li></ul>

## UNE BRÈVE HISTOIRE MODERNE DE LA PSYCHOSOMATIQUE

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

### Introduction

Dans l'article précédent, j'ai analysé l'histoire de la psychosomatique à travers les concepts monistes et dualistes des origines jusqu'au début du XIXème siècle. Pour une analyse de l'histoire moderne, je propose, dans le cadre de cet article, une synthèse des travaux des principaux personnages emblématiques en ciblant sur l'apport spécifique de leurs expériences en psychosomatique. Pour faciliter la compréhension de l'élaboration du concept psychosomatique dans les temps modernes, je tenterai d'établir des filiations en fonction des influences directes des travaux des uns sur les autres tout en précisant qu'il s'agit d'une simplification des interrelations car la réalité est plus complexe et les relations plus intriquées. La matière bibliographique principale de cet article est le livre remarquable de Geneviève Choussy Delosges (2016) intitulé : « La psychosomatique pour les nuls » [1] dont je recommande la lecture pour approfondir le sujet.

### 1 - Au commencement

Heinroth

### August Heinroth, l'inventeur du terme de psychosomatique

Johann Christian August Heinroth est un Médecin psychiatre autrichien (1773-1843) [2]. Il a introduit le terme de psychosomatique [3] en 1818 au cours d'une discussion avec le philosophe Jacobi pour désigner l'influence du psychisme sur le somatique et en parlant des causes psychologiques de l'insomnie. Le terme de somatopsychique fut introduit en 1828 [4] pour désigner l'influence du corps (soma) sur l'esprit (psychique) (*Pour plus de précisions voir l'article : « vers une définition de la psychosomatique » disponible sur la page d'accueil du site ifres.fr*).

Heinroth soulève des questions embarrassantes pour les scientifiques de son époque qui demandent une justification scientifique de ses observations expérimentales. Il faudra attendre deux siècles de recherches scientifiques pour confirmer ses intuitions cliniques [5]. Le débat est ainsi réouvert sur cette vieille polémique de l'influence réciproque corps-esprit.



### 2 - Les pionniers de la médecine psychosomatique



## Felix Deutsch, le médecin de Freud

Felix Deutsch (1884-1964), médecin psychanalyste autrichien a soigné Freud pour son cancer de la mâchoire. Il est l'un des premiers à établir un parallèle entre un interrogatoire de type analytique et l'histoire des événements de vie de ses patients. Elève de Freud, il tente d'intégrer la psychanalyse à sa pratique médicale afin de mieux cerner les causes des maladies et prévoir leur évolution. Contraint d'émigrer aux Etats unis au début de la seconde guerre mondiale, il rencontre des médecins psychanalystes comme lui (Dunbar, Alexander, Schur) et décident de développer avec eux une discipline psychosomatique qui s'implantera dans les écoles de Chicago, New York, Boston et Harvard.

## Alexander et les concepts de refoulement émotionnel et des types de personnalité

Franz Gabriel Alexander (1891-1954), médecin psychanalyste américain s'associe à Deutsch pour fonder le concept de médecine psychosomatique en s'appuyant sur les travaux de Cannon et Selye sur le stress ainsi que sur les travaux de Freud et Ferenczi sur la conversion hystérique et le langage symbolique des maladies. Il fondera en 1952 l'école de Chicago dont les travaux inspireront Pierre Marty au sein de l'école de Paris. Alexander, en associant la théorie psychanalytique et comportementale, dé-

veloppe l'idée que les maladies pourraient provenir d'un refoulement émotionnel. L'émotion, qui ne peut s'exprimer verbalement ni se défaire dans un comportement de décharge, reste bloquée dans le corps finissant par implorer et s'autodétruire. Il différencie les mécanismes de refoulement des besoins affectifs affectant les muscles et les organes des sens en provoquant des perturbations motrices et sensorielles et les mécanismes de répression émotionnelle perturbant le système nerveux autonome et provoquant des perturbations fonctionnelles des systèmes digestif, circulatoire et respiratoire. Enfin, Alexander souligne que la personnalité impacte sur ces mécanismes. Il distingue les personnalités de type inhibé plus sujettes à l'asthme, aux problèmes digestifs et aux ulcères et les personnalités de type agressif qui, en refoulant leurs pulsions agressives, vont être prédisposés aux problèmes cardiovasculaires comme l'hypertension ou l'arthrite.

## Dunbar et les questionnaires de profils de personnalité

Helen Flanders-Dunbar (1902-1959), médecin psychanalyste et collaboratrice d'Alexander, va développer le principe des correspondances entre type de personnalité et maladies en créant les questionnaires de profils de personnalité standardisés.

## 3 - L'influence du stress sur les mécanismes psychosomatiques



## Cannon et le concept des réactions de fuite et de combat

Walter Bradford Cannon (1871-1945) médecin et chercheur américain, professeur de physiologie à la Harvard Medical School. Il est à l'origine du concept d'homéostasie (Les différentes fonctions de l'organisme maintiennent un état d'équilibre qu'elles tendent à rétablir après chaque perturbation). Ses expériences prouvent la sécrétion de neurohormones dans l'organisme suite à une émotion violente. Par exemple, chez l'animal, la sécrétion d'adrénaline suite à l'agression d'un prédateur génère une réaction de lutte ou de fuite. Il s'agit pour Cannon d'un mécanisme d'adaptation dite non spécifique car commune à tout animal/humain dans toutes circonstances. Il est intéressant de noter que l'impossibilité des réactions de fuite et de combat, appelé par H. Laborit, inhibition de l'action, entraîne des perturbations pathologiques (dont l'hypertension et les lésions ulcéreuses de l'estomac). Ces découvertes valident l'interaction bio-psycho-sociale et ouvre la voie aux recherches en psycho-neuro-immunologie.[6]

## Selye et le stress

Hans Selye (1907-1982), médecin québécois et fondateur et directeur de l'institut de médecine à l'université de Montréal, va prolonger et compléter les travaux de Cannon en élaborant le concept de Syndrome général d'adaptation terme plus connu sous le nom de stress. Le stress vu par Selye n'est pas une maladie mais une formidable

capacité d'adaptation de notre organisme, une protection naturelle pour notre survie et notre équilibre. Ce n'est que lorsque le stress devient chronique qu'un déséquilibre survient par libérations massives et prolongées de neurohormones (adrénaline et cortisol) associé à un épuisement des ressources qui compromet ainsi notre santé.

## Lazarus et le coping

Richard S Lazarus (1922-2002), psychologue, a revisité les notions de Selye et précisé que ce ne sont ni l'intensité, ni la fréquence ni même la gravité objectives des événements qui sont stressantes en soi mais la perception personnelle que nous en faisons en fonction de notre vécu et nos capacités de défense (notion de stress perçu). Cela a conduit Lazarus à élaborer le concept de coping (faire face). Il s'agit de stratégies d'évitement de souffrances (prendre du recul, dédramatiser, positiver, se changer les idées, etc.) puis de résolution de problèmes (responsabilisation, décision, délégation, etc.)

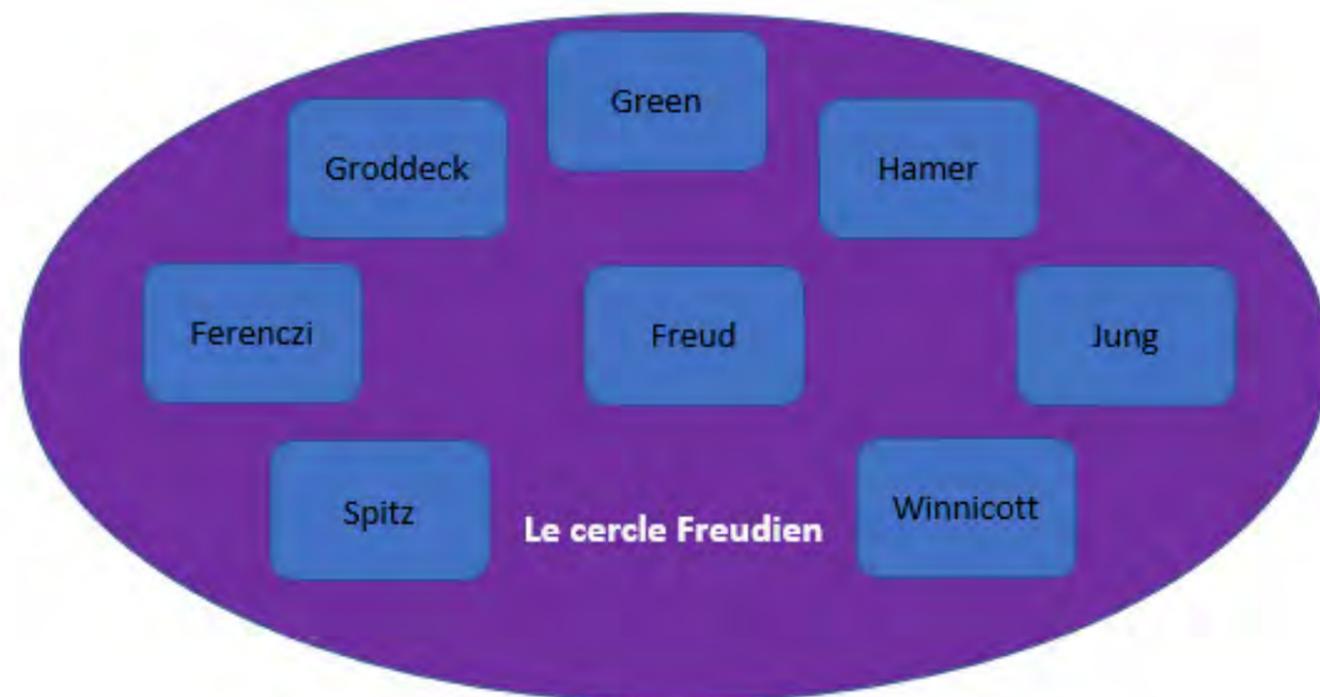
## Sifnéos et l'alexithymie

Peter Sifnéos (1920-2008), professeur de psychiatrie à Boston, s'appuyant sur les travaux de l'école de Chicago, va développer le concept d'alexithymie, du grec, a privatif ; lexis, mot, parole et thumos, sentiment, passion, émotion.

Il s'agit de l'incapacité, ou tout du moins la difficulté d'exprimer ses sentiments par des mots ainsi que la pauvreté imaginative.[7]

Cette notion d'alexithymie est proche du concept de pensée opératoire de Pierre Marty en considérant à la fois une capacité à l'imagination diminuée et une difficulté voire impossibilité à reconnaître et exprimer verbalement leurs propres émotions. Ces personnes, en entretien, vont donc avoir un discours basé sur des faits concrets avec peu d'implication dans les événements de leur vie. Les émotions bloquées s'exprimeraient par des comportements violents ou des maladies. Il différencie l'alexithymie primaire préexistante à la maladie psychosomatique dont il est un facteur causal et l'alexithymie secondaire, réaction sidérante secondaire à un choc traumatique. Il préconise l'utilisation de choc thérapeutique émotionnel afin de faire resurgir les émotions violentes emprisonnées dans l'inconscient.

#### 4 - L'influence du concept psychanaly-



### tique sur la psychosomatique

#### Freud et la psychanalyse

Sigmund Freud (1856-1939), neurologue autrichien et fondateur de la psychanalyse a élaboré des modèles abstraits explicatifs des phénomènes psychiques observés sans préciser leur fondement anatomique mais sans les nier non plus. Les conceptions de Freud vont néanmoins fortement influencer ses collègues médecins qui vont s'appuyer sur ses recherches pour nourrir le concept psychosomatique.

#### Jung et la psychologie psychanalytique

Carl Gustav Jung (1875-1961), médecin psychiatre suisse et disciple de Freud va tenter de concilier certains modèles Freudiens avec les spiritualités monistes orientales et introduire la notion de psychologie psychanalytique fondée sur le principe d'unité psychosomatique développé par Groddeck et Ferenczi.

Cette psychothérapie analytique par du postulat selon lequel la personne possède des capacités naturelles d'autoguérison et de transformation (appelés archétypes) qu'il est nécessaire de stimuler dans le cadre d'un développement personnel et d'un dialogue avec un praticien en face à face. (et non allongé sur un divan comme dans la cure psychanalytique).

#### Groddeck et la quête du sens de la maladie

Walter Georg Groddeck (1866-1934) est un médecin psychothérapeute allemand proche du cercle Freudien Il est le premier psychosomaticien qui ait intégré la psychanalyse à cette discipline. Les maladies, conséquences, d'une désorganisation psychosomatique, prennent du sens et ne sont plus une fatalité du sort. Il invente la notion du «ca» proche de la pulsion de Freud pour qualifier l'énergie psychosomatique qui, entravée, peut favoriser la maladie. Considérant que toutes les maladies sont psychosomatiques avec une part variable de causes physiques et psychiques intriquées et cumulées pour produire un symptôme. Les maladies ne sont plus des ennemis à combattre mais des complices dont le décodage donnent du sens. Cette quête du sens servira plus tard à l'élaboration du concept de décodage biologique.

#### Ferenczi et la bioanalyse

Sándor Ferenczi (1873-1933), médecin psychanalytique hongrois, ami de Freud

et Groddeck, associe la biologie médicale et la psychanalyse et crée ainsi le concept de bioanalyse. il s'intéresse plus particulièrement au ressenti physique de l'émotion. Il encourage les personnes à décrire leurs ressentis physiques et émotionnels par le moyen de métaphores ou d'analogies (douleur physique associée à une couleur ou une texture prenant sens pour la personne, émotion de tristesse comme une chape de plomb sur la tête, etc.). L'expression par le patient lui-même de ses ressentis au moyen d'images favorise l'émotion sous-jacente et sa compréhension dans l'histoire de vie de la personne. En cherchant à démontrer les thèses abstraites de la psychanalyse par des preuves biologiques, Ferenczi ouvre la voie à une branche de la psychosomatique scientifique qu'on appellera la neuropsychanalyse et contribuera ainsi à réhabiliter la psychosomatique dans les milieux scientifiques et médicaux.

#### Spitz et le concept de l'organisateur de l'appareil psychique

René Arpad Spitz (1887-1974), psychiatre psychanalyste américain va tenter d'expliquer les conséquences psychopathologiques des problématiques d'attachement de l'enfant vis-à-vis de sa mère pendant les deux premières années et proposer le concept d'organisateur de l'appareil psychique pour désigner les signes physiques de la maturation psychique de l'enfant (le sourire, l'anxiété et le non sont les trois organisateurs décrits par Spitz)

## Winnicott et la mère suffisamment bonne

Donald Woods Winnicott (1896- 1971), pédiatre et psychanalyste britannique va, avec ses collègues [entre autres John Bowlby (théories de l'attachement) et Mélanie Klein (dépression infantile)], développer des connaissances spécifiques sur les relations fonctionnelles et dysfonctionnelles entre la mère et l'enfant. Il développe les concepts d'« objets transitionnels» (objets se substituant à la mère permettant de supporter son absence, Cf Fig. 1); de la « mère suffisamment bonne» (aide l'enfant à passer de la dépendance à une certaine autonomie) avec ses corollaires «une mère trop bonne» (trop proche) et «une mère pas assez bonne» (trop distante) susceptibles de perturber son développement et l'établissement de relations sécurisantes et susceptibles de fragiliser l'équilibre psychosomatique.[8]

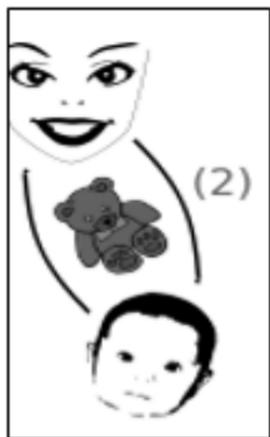


Fig. 1 : L'objet transitionnel

## Green et la mère morte

André Green (1927-2012), psychiatre psy-

chanalyste français s'appuyant sur les travaux de Winnicott développe l'idée de la mère morte, caractérisée par une dépression et donc une tendance à la froideur relationnelle. L'enfant pensant être responsable de la dépression de sa mère inhibera ses pulsions naturelles d'affirmation de la période du non, troisième organisateur de Spitz. Cette inhibition se manifestera par la suite par des difficultés relationnelles (non affirmation, soumission, violence) et émotionnelles (répression). L'incapacité à verbaliser et soulager les tensions feront le terrain de nombreuses pathologies.

## Hamer et la cartographie des relations conflit, cerveau et organe

Ryke Geerd Hamer (1935-2017), oncologue allemand, s'appuyant sur les idées de Groddeck et Ferenczi, va développer une théorie appelée médecine nouvelle germanique qui défraiera la chronique. En effet le docteur Hamer est le premier médecin à proposer une cartographie très précise des relations entre choc conflictuel, le cerveau et un organe du corps atteint par le cancer. Pour Hamer, la guérison passe non pas par un traitement chimiothérapique, considéré comme une agression supplémentaire, mais par la gestion de l'émotion causale. Cette prise de position courageuse mais radicale lui a valu trois ans d'emprisonnement en France et une attitude méfiante du corps médical vis-à-vis de ses idées sauf de Claude Sabbah comme nous le verrons au paragraphe suivant.

## 5 - L'impact des traumatismes psychiques sur le système neuromusculaire



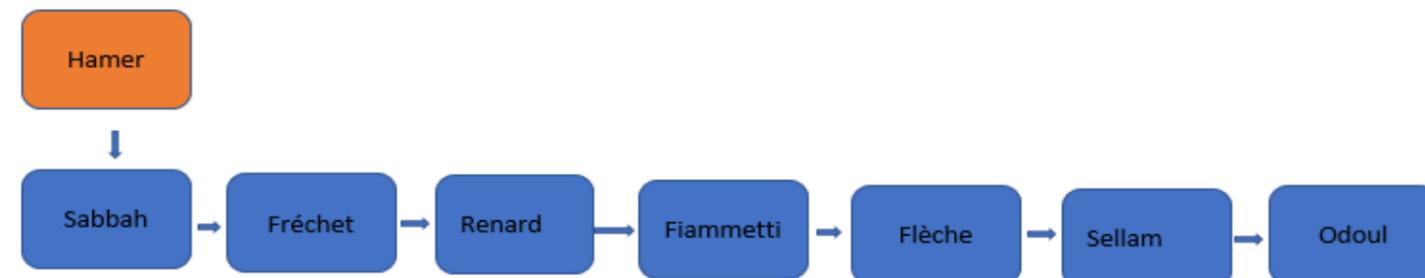
### Reich et l'inconscient corporel

Wilhelm Reich (1897-1957), psychiatre psychanalyste autrichien, disciple de Freud va développer dans les années 1930 le concept d'inconscient corporel selon lequel le corps garderait en mémoire la trace des émotions douloureuses du passé ainsi que le concept de cuirasses caractérielles et musculaires qui se forment suite à des événements traumatiques et des comportements répressifs. Pour Reich, le corps devient un livre ouvert dans lequel il est possible de lire les conséquences ou empreintes de ces traumatismes. Le corps ainsi cuirassé bloque l'énergie et anesthésie les zones cuirassées (diminution de la perception sensitive et de l'expression motrice) limitant ainsi le plaisir de vivre et prédisposant à toutes sortes de pathologies. Les traumatismes étant en partie imputables selon Reich, à une société répressive sur le plan émotionnel et sexuel.

### Lowen et la bioénergie

Alexander Lowen (1910-2008), psychothérapeute américain, disciple de Reich et père de la bioénergie va proposer une méthode psychothérapeutique basée sur une psychanalyse brève pour mettre en relief l'impact des traumatismes du passé et leur inscription dans le corps puis un travail de perception et d'expression émotionnelle basé sur des exercices de respiration et d'assouplissement. La libération émotionnelle et physique permettrait d'abandonner ses peurs, ses colères et ses croyances liées à une éducation répressive afin de retrouver une libre circulation de l'énergie vitale ainsi que la joie de vivre.

## 6 - Le courant de la Biologie des êtres vivants (BETV)



## Sabbah

Claude Sabbah (1947), médecin généraliste français s'appuiera sur les recherches de Hamer pour fonder la théorie appelée Biologie totale des êtres vivants (BETV). Toute en préconisant la poursuite des traitements conventionnels, il propose au malade une psychothérapie pour résoudre le conflit émotionnel sous-jacent. Il fondera une école qui formera de nombreux médecins qui ajouteront leur pierre à l'édifice du BETV. Voyons succinctement l'apport spécifique de ces thérapeutes :

**Marc Fréchet** (1947-1998), psychologue clinicien français, inventeur de la biopsychogénéalogie ou l'influence des générations précédentes sur l'apparition de la maladie (conflit familial passé et oublié se jouant dans le présent à travers la maladie).

**Léon Renard** (1949), docteur en psychologie et psychothérapeute Belges, créateur du terme de psycho-immunologie (étude des défenses psychologiques contre le stress)°

**Roger Fiammetti** (1962): ostéopathe Belge, créateur de l'approche ostéopathique somato-émotionnelle selon laquelle dans notre corps et plus particulièrement sur nos vertèbres sont inscrit les traumatismes des générations précédentes.

**Christian Flèche** (1971), infirmier, il développe la bio-psycho-thérapie (thérapies brèves orientées vers la solution).

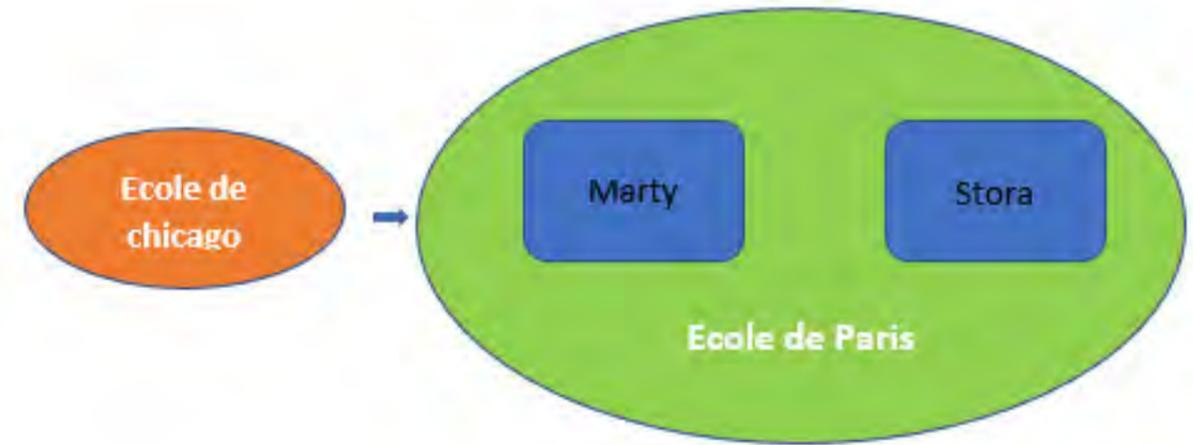
**Salomon Sellam** (1955), médecin homéopathe, développe la psychosomatique clinique, intégrant la bio-psycho-généalogie, la médecine et la psychanalyse.

**Michel Odoul** (1953), praticien Professionnel en Shiatsu, Psycho-énergéticien, il développe la méthode de décodage psycho-énergétique, associant les médecines traditionnelles orientales et celles issues de la BETV. L'interprétation des messages de nos maladies se fonde sur la symbolique des expressions populaires (j'en ai plein le dos pour traduire un mal de dos).

## 7 - L'influence de l'école psychosomatique française

### Marty et la pensée opératoire

Pierre Marty (1918-1993), médecin psychanalyste français, influencé par les travaux de l'école de Chicago, fondera l'école psychosomatique de Paris en 1962 puis l'institut de psychosomatique (IPSO) en 1972. Il affirmera que toutes les maladies sont psychosomatiques car l'homme est psychosomatique par définition. Il développe la notion de mentalisation, qui est la capacité (développée dans l'enfance) de faire face aux événements perturbants et dépend de nos talents d'imagination, de la capacité de relier les événements du présent à ceux de notre passé et conditionnera l'évolution plus ou moins favorable de la maladie. Une faible capacité de mentalisation correspond à un mode de vie dit opératoire (faits concrets, actuels et factuels).



Il précisera deux modes de somatisation: un mode par régression (résurgence momentanée d'un comportement puéril) suite à un excès de sollicitations (appelées excitations) débordant les capacités de gestion mentale et un mode de désorganisation mentale pour les personnes psychiquement fragilisées depuis l'enfance et en difficulté d'exprimer leurs émotions. Sur ce terrain, un stress prolongé va épuiser les ressources autant physiques que mentales favorisant ainsi l'évolution des maladies. L'objectif est de décharger (sport, activités culturelles artistiques, alimentaires ou sexuelles) cet excès de tension pour éviter de provoquer des désordres dans le corps.

Les recherches de Pierre Marty et de son équipe au sein de l'IPSO, effectuées sur un grand nombre de patients, ont permis de mettre au point des psychothérapies psychosomatiques favorisant les processus de mentalisation défaillants et les comportements de décharges afin de favoriser la guérison.

### Stora et la psychosomatique intégrative

Jean-Benjamin Stora (1934), psychosoma-

ticien psychanalyste français et élève de Pierre Marty, propose une synthèse et une refondation des multiples travaux effectués en psychosomatique. Ne gardant que les données issues des neurosciences et s'appuyant sur une expérience auprès de 3000 patients, il en déduit le principe des somatisations reposant sur la théorie des cinq systèmes (l'homéostasie est assurée par l'interaction de l'appareil psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le système génétique) et celui de double commande [les excitations d'origine interne (émotions) et d'origine externe (environnementale)] sont régulées par la commande du système psychique mentalisant (prise de recul, relativisation, solution) l'évènement stressant et par la commande du système nerveux central prenant la relève si le système psychique est débordé). Il développe la notion de risque psychosomatique basé sur cinq stades de somatisation et des moyens de défenses à mettre en œuvre à chaque stade identifié.

## Conclusion

Cet article ayant pour objectif de comprendre l'évolution moderne du concept de la psychosomatique à travers quelques auteurs emblématiques, le lecteur est invité à la compléter par d'autres sources car elles sont multiples. Nous constatons que la recherche en psychosomatique est semblable à une chaîne ininterrompue de concepts reliés les uns aux autres et se nourrissant les uns des autres. Nous notons également une évolution dans le concept psychosomatique : la médecine psychosomatique dans ses débuts a voulu déterminer et classer les maladies dites psychosomatiques. Mais au fur et à mesure des progrès dans la biologie et les neurosciences, l'influence présumée psychique dans la genèse de ces maladies a été diminuée voire supprimée. Par contre en

considérant le principe selon lequel l'homme est une unité psychosomatique et qu'ainsi toutes les maladies procèdent d'un dérèglement psychosomatique, nous comprenons qu'il existe une influence réciproque et de part variable entre les structures somatiques et les structures psychiques, en fonction de la perception des situations passées et présentes vécues par la personne et/ou son entourage. Après plus de deux siècles après la création du terme, le concept de psychosomatique, évoluant en fonction des courants biomédicaux, psychanalytiques, et neuroscientifiques, s'affine et bénéficie (ou a-t-il influencé) de l'appropriation du modèle bio-psycho-social (BPS) par les professions médicales et paramédicales (entre autres). Nous verrons dans le prochain article quel avenir attend le concept psychosomatique.

## A RETENIR

Les termes psychosomatique et somatopsychique ont été élaborés par Heinroth au XIXème siècle

La psychosomatique a été fortement influencée par les théories psychanalytiques

La psychosomatique a été influencé par les recherches sur les problématiques relationnelles et comportementales chez le nourrisson et l'enfant.

La psychosomatique n'est plus invoquée par défaut d'explication rationnelle biomédicale

Selon la vision la plus récente, il n'y a pas de maladies psychosomatiques mais une influence à part variable entre le somatique et le psychologique dans toutes les maladies.

## QUIZZ

1° La conception de Heinroth père du terme psychosomatique

- a) a-t-elle pu être justifiée scientifiquement à son époque ?
- b) a-t-elle du attendre les avancées scientifique du XX° ET XXI° siècle ?

2° Qui est le fondateur du concept de cuirasses caractérielles et musculaire ?

- a)Reich
- b)Winnicott
- b)Freud

3° Quels sont ceux qui ont considérés que toutes les maladies sont psychosomatiques ?

- a)Groddeck
- b)Marty
- c) Stora
- d) Freud

## Bibilographie

- [1] Choussy-Desloges G. La psychosomatique. Paris: First éditions; 2016.
- [2] Smadja C. Chapitre 12. Introduction à la psychosomatique [Internet]. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Presses Universitaires de France; 2012 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-de-psychiatrie-clinique-et-psychopathologi--9782130572107-page-197.htm>
- [3] Heinroth JCA: Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelen-störungen und ihrer Behandlung. Vogel, Leipzig, 1818.
- [4] Gachelin G. Le paradigme manquant de la médecine psychosomatique. 2019;
- [5] Claude Quézel, Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours, Paris, Tallandier, coll. « Texto », 2012, 619 p. (ISBN 978-2-84734-927-6), p. 381.
- [6] Laborit H, L'Inhibition de l'action, Paris/New York/Barcelone, Masson & Cie, 1979, 214 p. (ISBN 2-225-62711-8)
- [7] Alexithymie [Internet]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/lexiq/lex/alex.htm>
- [8] Winnicott DW. La famille suffisamment bonne. Paris: Payot; 2010. --9782130572107-page-197.htm

## Solution Quiz

1b ; 2a ; 3a,b c



# 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 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 Direc  
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> (détail  
de la formation sur page d'accueil)



## 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 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.



# 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



## 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](http://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