

Transmettez votre savoir de

67

Kiné à Kiné



L'apport de la pensée de
Winnicott pour les
kinésithérapeutes

Appareillage et
kinésithérapie des
scolioses de l'adulte

Intérêt d'une rééducation
préopératoire de **prothèse**
totale de genou

Programme
d'**étirements**
selon la
méthode RPG

VIDEO

L'échelle
ASIA

06 L'échelle Asia rappels et descriptions :

LAETICIA SELLEM

08 Appareillage et kinésithérapie des scoliozes de l'adulte

Auteur du résumé :

LAETICIA SELLEM

11 Intérêt d'une rééducation préopératoire de prothèse totale de genou, effets en postopératoire

Auteur du résumé :

LAETICIA SELLEM

13 Effets d'un programme d'étirements musculaires selon la méthode RPG chez les patients lombalgiques

Auteur du résumé :

LAETICIA SELLEM

16 L'apport de la pensée de D.W. Winnicott pour les Masseurs-Kinésithérapeutes (et pas que ou qu'eux)

ROLAND HUSSLER

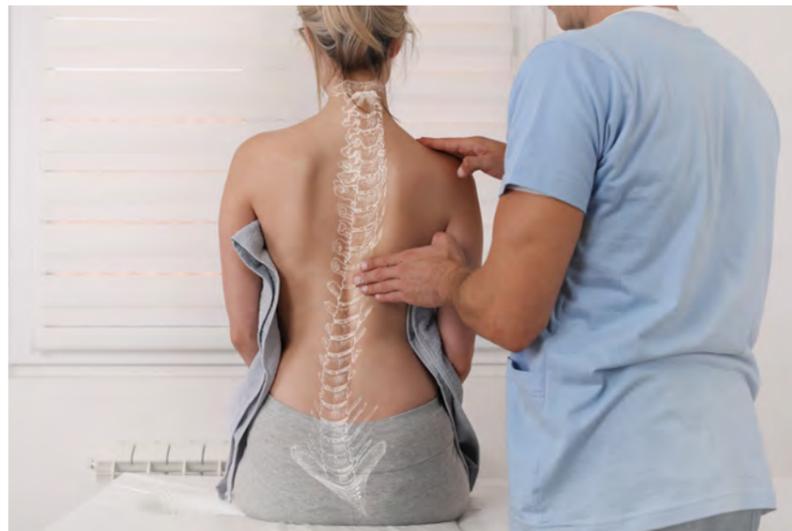


16

L'APPORT DE LA PENSÉE DE D.W. WINNICOTT POUR LES MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTES (ET PAS QUE OU QU'EUX)

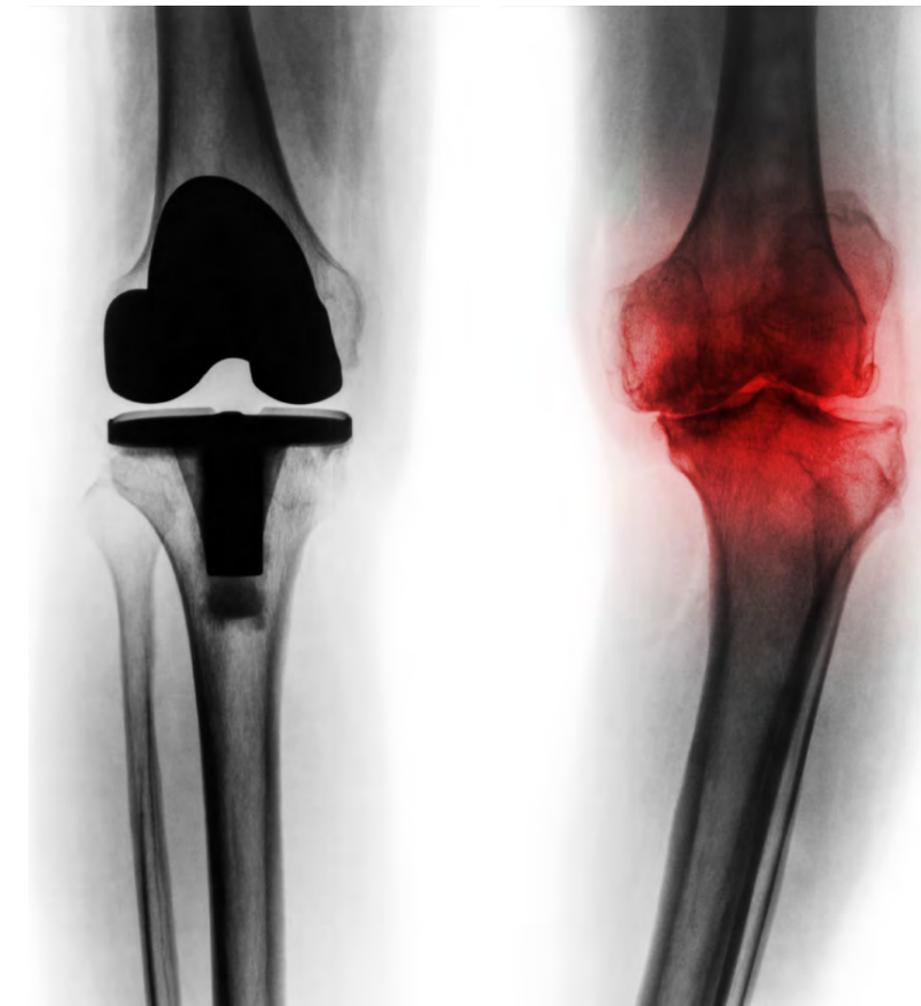
08

APPAREIL-LAGE ET SCO-LIOSE DE L'ADULTE



11

INTÉRÊT D'UNE RÉÉDUCATION PRÉOPÉRATOIRE DE PROTHÈSE TOTALE DE GENOU



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.



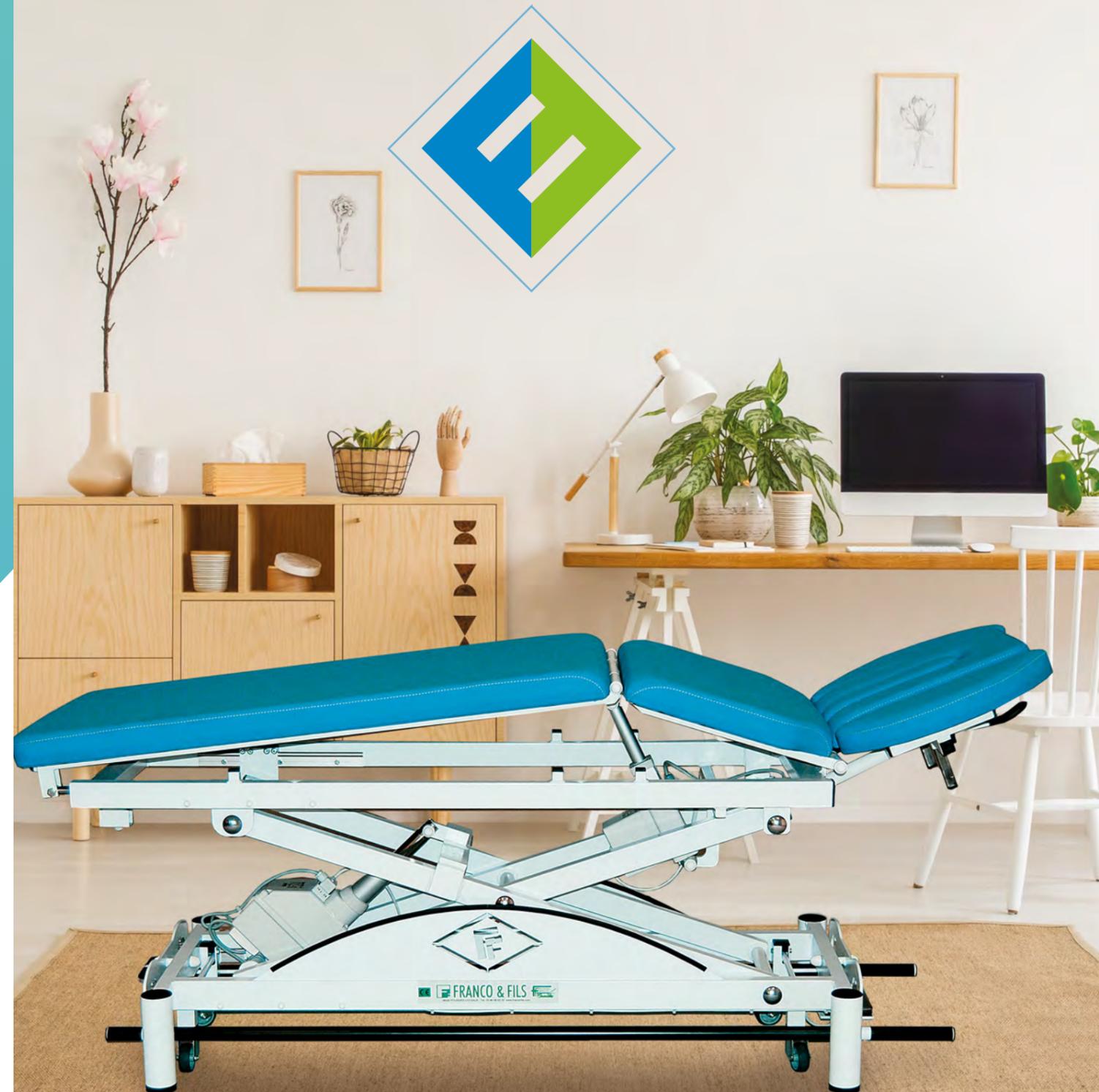
05 65 76 03 33
Prix d'un appel local

Rendez-vous sur
suite.maiia.com



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

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



Appareillage et kinésithérapie des scolioses de l'adulte. Revue du rhumatisme monographies

Auteur du résumé: Laetitia Sellem

Auteurs et titre de l'article original: Segretin F, et al. Appareillage et kinésithérapie des scolioses de l'adulte. Revue du rhumatisme monographies (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.monrhu.2016.07.003>

Introduction

En dehors des scolioses secondaires, il existe deux types de scolioses chez l'adulte : la scoliose idiopathique (prolongement de celle de l'adolescence) et la scoliose dégénérative (lombaire ou thoraco-lombaire). Contrairement à la scoliose de l'enfant, la scoliose de l'adulte est douloureuse (concavités lombaires et lombo-sacrées, zone jonctionnelle inférieure) et a un retentissement fonctionnel. La lombalgie serait corrélée aux signes suivants : l'angle de Cobb, facteur de Harrington, présence de dislocations, etc.

Les objectifs de l'appareillage et de la kinésithérapie sont de diminuer les douleurs et d'améliorer la fonction.

Examen clinique

- Observation de la marche et des demi-tours
- Perte de taille debout depuis l'âge de 20 ans : signe d'une scoliose évolutive

- Plan frontal : déviation du fil à plomb par rapport au pli interfessier, déséquilibre (bassin ou épaules), asymétrie (taille, scapula)
- Plan sagittal : flèches sagittales, distance occiput-fil (déséquilibre global du tronc) ; en spontané et auto-correcté
- Rotation : mesure de la/des gibbosité(s)
- Souplesse lombo-pelvi-fémorale : indice de Schoeber Mac Rae
- Réductibilité de la déformation : autocorrection
- Douleurs : possibles radiculalgies
- Imagerie

Appareillage

Les types de corset

- Scoliose lombaire ou thoraco-lombaire évolutive : corset rigide fait sur mesure (méthode du Vésinet). En plâtre, résine, ou plastique thermoformé. Moulage en position debout autocorrecté

- Cyphose associée : corset haut anti-cyphose
- Possible amélioration par rééducation intensive : plusieurs corsets résines réalisés toutes les 3-4 semaines
- Scoliose non évolutive (objectif antalgique) : corset de maintien lombaire en coutil baleiné, sur mesure.

Suivi du patient

Il est effectué principalement par le médecin : il contrôle la qualité et les effets indésirables.

- Interroge le patient : le temps de port, l'effet antalgique, l'amélioration fonctionnelle
- Vérifie la mise en place du corset : en position allongée, sur un T-shirt tiré, sous le pantalon
- Absence de zones douloureuses sous corset

Prescription, prix et remboursement

Ils font partie du grand appareillage et sont pris en charge totalement par l'assurance maladie. Il peut être refait tous les 3 ans ou plus tôt si on retrouve une modification importante de la courbure.

La kinésithérapie

Ses objectifs sont l'antalgie et l'amélioration des fonctions. Elle doit être active : exercices supervisés ou auto-exercices à sec ou en balnéothérapie, adaptés au bilan initial. On y associe une activité physique aérobie.

Exercices spécifiques

• Travail postural, étirements, renforcement musculaire : on cherche à corriger la déformation dans les plans sagittal et frontal. Exercices d'auto-agrandissement devant un miroir, ouverture du flan (étirement latéral) + renforcement des muscles du rachis en symétrique ou asymétrique ; relordose par antéversion du bassin, besoin de renforcer les muscles extenseurs du tronc ; étirements musculaires (psoas, ischio-jambiers ++); entretien des amplitudes articulaires

• Travail respiratoire : si déformation thoracique ou cyphose globale

• Activité physique : la marche est privilégiée pendant au moins 20 minutes (aides techniques si nécessaires, améliore l'endurance et l'équilibre) ; chez les patients plus jeunes on propose un reconditionnement à l'effort (course à pied, cyclisme, natation) au moins trois fois par semaine

• Tractions lombaires : diminution des contraintes sur les articulaires postérieures et ouverture des foramens. On débute à 20% du poids du corps, jusqu'à 50% par la suite. Séances de 45-60 minutes

Modalités

La rééducation seule par un kinésithérapeute est en général suffisante : le patient doit bien comprendre les exercices pour les répéter à la maison.

En cas de déformations importantes, d'un déconditionnement ou d'une perte d'autonomie, une prise en charge pluridisciplinaire en centre peut être nécessaire.

Recommandations

- Scoliose non évolutive et douloureuse : exercices + corset à coutil baleiné (antalgique)
- Scoliose évolutive : exercices + corset rigide orthopédique (5-6heures/jour) ou chirurgie
- Scoliose non évolutive et non douloureuse : suivi tous les 2 à 5 ans

Intérêt d'une rééducation préopératoire de prothèse totale de genou, effets en postopératoire.

Auteur du résumé: Laetitia Sellem

Auteurs et titre de l'article original: Boudenot A. Intérêt d'une rééducation préopératoire de prothèse totale de genou, effets en postopératoire. Sci sports (2020), <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2020.01.004>

Introduction

Lorsque les traitements médicamenteux ne sont pas suffisants lors d'une gonalgie liée à l'arthrose, la chirurgie est envisagée : on met en place une prothèse totale de genou (PTG), qui est le traitement le plus efficace. On retrouve certains déficits postopératoires, telle qu'une perte de force du quadriceps et la présence de limitations fonctionnelles.

Cet article va se pencher sur les effets de la rééducation kinésithérapique préopératoire sur les performances postopératoires.

Une revue de la littérature de 2018 rapportait un faible niveau de preuve : peu d'études ont été réalisées et les protocoles sont hétérogènes (exercices en piscine, sans précision de la charge, intensité modérée ou élevée, durée du traitement différente, éducation ou non, traitement non spécifique à la pathologie, rééducation postopératoire classique, identique à la rééducation préopératoire ou non précisée) ne permettent pas une comparaison suffisante.

Protocoles efficaces et recommandations

Deux protocoles rigoureux ont été effectués :

Skoffer et al ont retrouvé des effets positifs sur la douleur, la force et la fonction.

- Fin de rééducation préopératoire : amélioration significative des performances (sit-to-stand, Timed Up and Go, force isométrique du genou en flexion et extension) et diminution de la douleur

- Semaine 1 postopératoire : résultats au Timed Up and Go meilleurs que chez les patients sans rééducation préopératoire

- Semaine 6 postopératoire : meilleures performances au sit-to-stand, Timed Up and Go, force isométrique et isocinétique des fléchisseurs et extenseurs du genou

- Semaine 12 postopératoire : maintien des meilleures performances à ces tests

Calatayud et al ont retrouvé des résultats similaires (avant l'opération, à 1 mois et à 3 mois en postopératoire) : amélioration de l'amplitude articulaire du genou en flexion et extension, timed up and go, test de montée et descente des escaliers, force isométrique des fléchisseurs du genou et des abducteurs de hanche, la douleur, la qualité de vie et l'autoévaluation des capacités au questionnaire WOMAC.



La force isométrique des extenseurs du genou a été également améliorée, seul le point de mesure à 1 mois postopératoire n'était pas significatif.

Ces deux protocoles sont clairs et répliquables, ils se composent de 3 séances d'une heure de kinésithérapie par semaine. Une séance de rééducation préopératoire contient :

1. Un échauffement
2. Du renforcement musculaire : calcul de la force maximale ; utilisation de charges additionnelles pour une intensité comprise entre 70 et 80% de la force maximale. Presse, extension et flexion du genou, abduction de hanche. Skoffer et al ajoute des exercices d'extension et d'adduction de hanche. Le protocole de Calatayud et al propose des exercices proprio-

ceptifs d'équilibre sur Bosu

3. Des étirements

Le renforcement musculaire à forte intensité diminue la douleur et n'augmente ni le gonflement du genou ni l'inflammation.

Conclusion

Les dernières méta-analyses n'encouragent pas la prise en charge kinésithérapique en préopératoire : néanmoins, il existe quelques protocoles rigoureux ayant un impact sur la douleur, la fonction et la force. Cette rééducation pourrait être difficile à mettre en place compte tenu de la fréquence et durée des séances (3 séances d'une heure par semaine) : il serait plus approprié de la mettre en place dans les centres de rééducation spécialisés plutôt qu'en cabinet kinésithérapique libéral.

Effets d'un programme d'étirements musculaires selon la méthode RPG chez les patients lombalgiques

Auteur du résumé: Laëtitia Rachel Sellem

Auteur et titre de l'article original: : Lawand P, et al. Effect of a muscle stretching program using the global postural reeducation method for patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. Joint Bone Spine (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2015.01.015>

Introduction

La lombalgie est une douleur située entre la 12ème côte et le pli fessier inférieur. Il existe des lombalgies aiguës (3 semaines maximum), subaiguës (3 à 12 semaines) et chroniques (>12 semaines). Une lombalgie est dite « spécifique » quand une étiologie est retrouvée, elle est « non spécifique » quand on n'a pas trouvé sa cause (85% des cas). C'est une des principales causes d'invalidité et d'absentéisme au travail à travers le monde, elle pose un problème majeur de santé publique. Son diagnostic est clinique et il existe de nombreuses techniques de prise en charge et de rééducation kinésithérapique. La « rééducation posturale globale » ou RCP est une technique kinésithérapique française introduite par Philippe-Emmanuel Souchard, kinésithérapeute. « Les muscles sont organisés en chaînes musculaires dont la rétraction est provoquée par de nombreux facteurs d'ordre constitution-

nel, comportemental et psychologique » : le but est d'allonger les muscles rétractés et d'améliorer la contraction musculaire des muscles antagonistes.

Il existe 6 postures divisées en 2 groupes :

1. Postures en flexion de hanche : accent sur la chaîne postérieure (décubitus dorsal les jambes fléchies, assis les jambes tendues, debout penché en avant)
2. Postures neutres de la hanche : accent sur la chaîne antérieure (décubitus dorsal les jambes tendues, debout le dos contre un mur et debout au milieu).

Le but de cette étude est de mesurer l'efficacité d'un programme de RPG sur la douleur, la fonction, la qualité de vie et les symptômes dépressifs chez les patients lombalgiques chroniques.



Méthodes

C'est un essai randomisé contrôlé. 61 patients lombalgiques chroniques (d'origine mécanique) entre 18 et 65 ans ont été répartis en deux groupes :

- 1. Groupe RPG :** bénéficiaient d'une séance RPG de 60 minutes par semaine pendant 12 semaines, puis un arrêt des séances sur 12 autres semaines.
- 2. Groupe témoin :** traitement médicamenteux si nécessaire.

Les évaluations ont été réalisées avant l'étude (T0), à 3 mois (T1) puis à 6 mois (T2). La douleur (EVA), la capacité fonctionnelle (questionnaire de Roland Morris), la qualité de vie (questionnaire SF-36) et les symptômes de dépression (inventaire de dépression de Beck) ont été évalués.

Résultats et conclusion

Une amélioration de plus de 1,5cm sur l'EVA a été retrouvée chez 87% du groupe RPG contre seulement 7% du groupe témoin à T1 ; puis chez 58% du groupe RPG et 17% du groupe témoin à T2. On retrouve également une amélioration de plus de 5 points au score de Roland Morris chez 61%

du groupe RPG et 10% du groupe témoin à T1, puis 48% du groupe RPG et 10% du groupe témoin à T2. Ces résultats sont le signe d'une significative amélioration fonctionnelle (Ostelo et al.). L'avantage de la méthode est que les postures d'étirement sont en progression : cela permet de réduire la force à appliquer pour gagner en souplesse et limiter le risque de blessures. De plus, la diminution des douleurs lombaires ont permis aux patients de regagner en capacités fonctionnelles.

Pour conclure, la RPG est une approche kinésithérapique efficace dans le traitement des lombalgies chroniques tant sur le plan fonctionnel, sur la qualité de vie et sur la diminution des douleurs. Elle n'a pas prouvé son efficacité sur les symptômes de dépression.



L'APPORT DE LA PENSÉE DE D.W. WINNICOTT POUR LES MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTES (ET PAS QUE OU QU'EUX)

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

Cet article a pour objectif de familiariser les professionnels kinésithérapeutes et par extension tous les professionnels qui s'occupent du corps (et de l'esprit) de leur patient/client à l'apport spécifique de la pensée de D.W. Winnicott. Combien de kinésithérapeutes savent que ce pédiatre et psychanalyste britannique a écrit des articles destinés à des kinésithérapeutes dans les années 1960 ? Mais pourquoi un psychanalyste s'adresse-t-il à des kinésithérapeutes ? Et surtout comment 50 ans plus tard ses concepts peuvent-ils aider les professionnels du corps à mieux comprendre toutes les implications d'une rééducation qui finalement inclut autant le corps que l'esprit dans une visée biopsychosociale ? Cet ar-

ticle se propose de répondre à ces questions en s'appuyant essentiellement sur les pensées du livre de J.P Lehmann qui s'intitule : "La clinique analytique de Winnicott "[1]

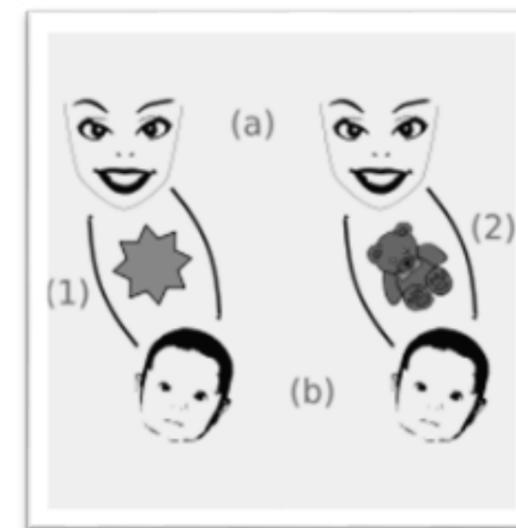
1. Qui est D.W. Winnicott ?

Donald Woods Winnicott, né le 7 avril 1896 à Plymouth et mort le 25 janvier 1971 à Londres, est un pédiatre et psychanalyste britannique. Le concept qui le rendit célèbre est celui des objets transitionnels.



Un objet transitionnel est un objet utilisé par un enfant dès l'âge de 3 ou 4 mois pour représenter une présence rassurante (comme celle de la mère), tels que ours en peluche, doudou ou bola de grossesse¹. (Cf. Fig. 1)

Figure 1 : L'objet transitionnel (2) joue un rôle dans la relation entre la mère (a) et l'enfant (b), après la période d'illusion (1).



1. Le « Bulan Bola » nous vient d'Indonésie où il est un bijou fort prisé offert aux femmes dès leurs premiers mois de grossesse, et qui a la caractéristique d'émettre des sons mélodieux au gré de vos mouvements afin de calmer le fœtus, puis le bébé ; site internet consulté le 16/12/2020 : <https://www.boladegrossesse.net/le-bola-de-grossesse-un-objet-transitionnel/>

2. Le concept de holding

Dans « La théorie de la relation parent-infans² », Winnicott avait écrit utiliser le terme holding pour indiquer que l'on porte physiquement l'enfant mais également pour désigner tout ce que l'environnement fournit « antérieurement au concept de living together, vivre ensemble », désignant le vivre ensemble de l'infans, de la mère et du père. Ainsi, le holding comprenait toute la routine des soins jour et nuit, s'adaptant aux changements infimes à la fois physiques et psychologiques dus à la croissance et au développement.



Winnicott soulignait qu'une mère insécurisée dans le portage de l'enfant transmettait cette insécurité à l'enfant qui manifestait

des pleurs de détresse. Le but du holding est donc de protéger l'enfant contre les expériences angoissantes.

Le holding de Winnicott dans le cadre thérapeutique avait une signification à la fois métaphorique au sens où « il tenait la situation en main, apportant son soutien, en gardant le contact à tous les niveaux avec tout ce qui se passait chez et autour du patient et dans la relation qu'il avait avec lui », et littéral, car « il tenait (held) mes deux mains serrées entre les siennes pendant de longues heures... ».

3. Le concept de handling

Quant au handling, Winnicott en parlait comme d'un prolongement du holding. Sa traduction française comme « maniement ou manipulation » selon l'auteur peut être réducteur voire péjoratif. En tout cas les deux termes impliquent le mot main. Le terme Handling désigne non seulement les soins manuels prodigués par la mère ou ses substituts quand elles font la toilette du nourrisson, le changent, l'habillent, mais également les caresses et les autres contacts affectifs cutanés.

2. L'infans, terme de Sándor Ferenczi, désigne l'enfant qui n'a pas encore acquis le langage, francisation du latin infans, infantis, désignant le très jeune enfant qui ne parle pas.

La qualité de ces soins était loin d'être insignifiante pour Winnicott, qui en voyait la source de "l'indwelling", l'installation ou l'habitation de la psyché dans le corps, nommée parfois collusion, association psychosomatique et, surtout par opposition à ce qui est cliniquement observé dans les états de dépersonnalisation. Handling décrit l'apport de l'environnement, qui correspond à peu près à l'établissement d'une « psycho-somatic partnership », une association psychosomatique. Sans "handling good enough", suffisamment bon, actif et adapté, la tâche intérieure pourra s'avérer difficile; en fait, il s'avérera peut-être impossible au développement d'une interrelation psychosomatique de s'établir convenablement.

4. Contact de Winnicott avec des kinésithérapeutes

Comme il l'avait expliqué en 1969 aux kinésithérapeutes, la psyché et le soma (c'est-à-dire la personne et le corps qui ensemble sont cette personne) ne démarrent dans la vie d'un individu pas comme une unité. Ils forment une unité si tout se passe bien dans le développement de cet individu. « Nous ne pouvons aucunement tenir pour assuré

que, dans tous les cas, la psyché et le soma du bébé viendront à opérer comme une unité avec un enfant vivant dans son corps et le corps fonctionnant en accord avec le plaisir que l'enfant peut prendre de son corps ».[2] Pour se faire bien comprendre, Winnicott avait recouru à des exemples concrets. Ainsi, quand nous disons que Billy a un joli visage, nous ne voulons pas signifier qu'il y a là un joli visage en oubliant qu'il y a là une personne qui possède ce visage. Ou, quand nous disons: « Suzanne, viens ici! », nous n'oublions pas que Suzanne doit utiliser son corps pour faire ce que nous lui demandons ou pour aller dans une direction opposée. Nous prenons cela pour assuré, sauf quand l'association marche mal. Bien qu'une tendance vers le développement soit innée pour tout enfant, ce développement ne peut néanmoins se faire que si la personne qui prend soin du bébé est « capable de s'occuper du bébé et du corps du bébé comme si les deux formaient une unité », c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de disjonction pour elle entre le bébé en tant que personne et le corps du bébé à qui elle donne le bain. En cas contraire, l'enfant peut ne pas parvenir à une unité psychosomatique, à la dépersonnalisation.

Ayant écrit cet article pour des kinésithérapeutes, Winnicott avait essayé de leur montrer comment ils pouvaient avoir à faire, dans leur pratique, avec ce qu'il leur avait donné à entendre de sa théorie du développement. Un exemple d'une forme extrême de carence que le kinésithérapeute se trouve devoir corriger provient d'un holding et d'un handling défectueux de l'espèce la plus simple possible. Par exemple, quand une mère qui, par identification à son infans (c'est-à-dire en sachant ce que le bébé ressent), est capable de tenir le bébé d'une façon naturelle, le bébé n'a pas à savoir qu'il est composé d'une collection de parties. Le bébé est un ventre joint à une poitrine et à des membres branlants, et en particulier à une tête branlante: toutes ces parties sont réunies par la mère qui est holding (qui porte) l'enfant et, dans ses mains, elles se totalisent pour faire un. Dans un handling défectueux, les parties s'additionnent pour faire plus qu'un. Un exemple brut de mauvais handling arrive quand une mère ne réussit pas à avoir affaire d'une manière satisfaisante (manipuler correctement) avec la tête si bien que, soudainement, le bébé est en deux morceaux, le corps et la tête. Cela produit la plus grande souffrance mentale. Si cette sorte de handling défectueux arrive

régulièrement dans la manière dont les soins sont donnés à un enfant, alors cet enfant est atteint de manière permanente et peut finalement venir chez le kinésithérapeute pour une rigidité pathologique dans la région du cou. En tout cas, quand le kinésithérapeute doit traiter des troubles vertébraux qui ne sont pas dus à une maladie physique, ces troubles peuvent tout à fait, justement, être mis en relation avec une histoire de holding et de handling défectueux à l'étape critique où la psyché et le soma n'étaient pas encore devenus assemblés en une unité.

Reprenant encore la question un an plus tard, à propos d'un enfant ayant une malformation congénitale, il avait écrit que même si le fondement de ce qu'il désignait par personnalisation ou absence de dépersonnalisation pouvait remonter à une période antérieure à la naissance, foétale, néanmoins, «le commencement de la partie du développement de l'infans que j'appelle personnalisation, ou que l'on peut décrire comme une habitation de la psyché à l'intérieur du corps, est à trouver dans l'aptitude chez la mère ou la figure maternelle à adjoindre son engagement affectif qui à l'origine est physique et physiologique». [3]

4. Conclusion

Les concepts de holding et de handling propres à Winnicott viennent éclairer certaines problématiques de nos patient(es), en donnant une explication sur le sentiment du manque de soutien et/ou de contact qui accompagnent certaines pathologies dites fonctionnelles ou certains comportements d'évitement (y compris la peur du contact). Nul doute que la compréhension de ces concepts confirme notre désir de « holder et handler » celles et ceux qui viennent avec leur souffrance. Et pour conclure, je voudrais paraphraser le titre du livre phare de Boris Dolto, pionnier de la kinésithérapie en France :

«Leur corps (et pas que) est entre nos mains».

A retenir :

- D.W. Winnicott est un pédiatre et psychanalyste qui s'est intéressé aux relations mère-enfant
- Il a écrit des articles pour les kinésithérapeutes
- Il a (entre autres) développé les concepts de holding (portage) et de hand-

ling (manipulation) et des conséquences psychosomatiques d'un comportement défectueux

- Ces concepts peuvent éclairer les thérapeutes du corps et de l'esprit sur l'importance de leur contact thérapeutique, véritable soutien du corps et de l'esprit

Bibliographie

- [1] Lehmann, Jean-Pierre (2007). La clinique analytique de Winnicott (Transition) (French Edition) (pp. 268-269). Eres. Édition du Kindle.
- [2] D.W. Winnicott, (1989° "physiotherapy and human relations", dans Psycho-Analytic Explorations, Karnac Books.
- [3] D.W. Winnicott (1989) « Basis for self in body" dans Psycho-Analytic Explorations, Karnac Books
- [4] Dolto B (1996), Le Corps entre les mains, Éditions Hermann



FORMATION A L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE

Mode : enseignement à distance étalé sur neuf mois.

Contenus 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)

Méthodes 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 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)



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

**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