

MAINS

2013 1983



2013

Libres

physiothérapie - ostéopathie
concepts globaux



● Maladie de Dupuytren, approche grenobloise de la rééducation

● Evaluation de l'épaule du nageur

● Massage et rythme cardiaque chez le prématuré



TAPE DE QUALITÉ SUPÉRIEURE (MEILLEURE QUALITÉ STRUCTURELLE ET NOUVEAU PROCÉDÉ DE TISSAGE, MATÉRIAU PLUS LÉGER ET PLUS FIN, AVEC MOINS D'ADHÉSIF, PERMÉABLE À L'AIR, RÉSISTANT À L'EAU, EXEMPT DE LATEX, INODORE, HYPOALLERGÉNIQUE



A commander maintenant à des prix d'achat intéressants : www.simonkeller.ch/kinesio-bandages

Fournisseur global fiable de grandes marques exclusives et de 12 000 produits

SIMON KELLER SA | Lyssachstrasse 83 | 3400 Burgdorf | T 034 420 08 00 | F 034 420 08 01 | info@simonkeller.ch | www.simonkeller.ch
 Succursale Suisse Alémanique | Im Schörl 3 | 8600 Dübendorf | T 044 420 08 00 | F 044 420 08 01 | duebendorf@simonkeller.ch
 Succursale Suisse Romande | Rte de la Chocolatière 26 | 1026 Echandens | T 021 702 40 00 | F 021 702 40 31 | vente@simonkeller.ch



physiothérapie - ostéopathie - concepts globaux
journal scientifique et d'opinions
destiné aux kiné / physiothérapeutes,
ostéopathes et autres praticiens de la santé

www.mainslibres.ch



rédaction info@mainslibres.ch
yves larequi • pierreesson
jean touati • gaëlle jungo

secrétariat info@mainslibres.ch
Pierre Besson
Case postale 29
CH-1273 Arzier-Le Muids
Tél. +41 (0)79 957 1 957
Fax +41 (0)22 366 22 39

publicité yves.larequi@mainslibres.ch
resp. internet jean.touati@mainslibres.ch
symposiums pierre.besson@mainslibres.ch
session poster,
facebook gaelle.jungo@mainslibres.ch
conception christine sautaux, centre d'impression
de la broye sa, csautaux@cbsa.ch,
Tél. +41 (0)26 663 12 13

parution 8 numéros par année
abonnement pour 1 an -> chf 105.- pour 8 n°
étranger:
pour 1 an -> 105 euros pour 8 n°
étudiant (justificatif):
8 n° - chf 60.-/60 euros

vente au n° en suisse: chf 15.00
pour l'étranger: 15 euros
tous les prix s'entendent tva comprise

tirage 30^e année • 850 exemplaires
estimation
lectorat 2500 personnes
impression centre d'impression de la broye sa
case 631 • 1470 estavayer-le-lac

conseil de rédaction

pascal bourban physiothérapie du sport (baspo)
arnaud bruchard physiothérapie du sport
thierry dhénin rééducation uro-gynécologique
martine durussel ostéopathie
frédéric sider mézières
daniel goldman thérapie manuelle
khelaf kerkour réentraînement musculaire et
pathologies musculaires

patricia le bec pédiatrie
daniel michon recherche, enseignement
stéphane morin ostéopathie
luc nahon rééducation vestibulaire
guy postiaux rééducation respiratoire
jean-paul rard physiothérapie vétérinaire
didier tomson drainage lymphatique
et pathologie veineuse

ramesh vaswani thérapie manuelle, enseignement

avertissement les articles d'opinion & la «main dans
le sac» n'engagent que la
responsabilité de l'auteur !

reproduction toute reproduction d'article sera
possible sur demande auprès de
la rédaction et avec l'accord de
celle-ci ainsi que celui de l'auteur.

Éditorial

171 Constats, réflexions, désarrois...
P. BESSON

Guest Éditorial

173 Quelle physiothérapie dans 30 ans ?
MICHEL HELFER, PHYSIOTHÉRAPEUTE (VALLORBE) PRÉSIDENT DE L'ASPI
...Les physiothérapeutes comme les médecins seront essentiellement des femmes. Très peu
seront encore des praticiens indépendants comme nous les connaissons aujourd'hui.

De main de maître

175 Maladie de Dupuytren opérée: l'approche grenobloise de la rééducation
D. GERLAC, F. MOUTET, A. FORLI, D. CORCELLA
À Grenoble, la rééducation après cure chirurgicale est relativement bien codifiée. Elle relève
d'un consensus chirurgiens-rééducateurs... On peut dire qu'à première vue, la rééducation
de la maladie de Dupuytren opérée paraît assez simple mais attention, il n'en est rien. C'est
un véritable piège!
Mots-clés: maladie de Dupuytren, techniques opératoires, orthèses, protocole de rééducation.
Keywords: Dupuytren's disease, operating techniques, orthoses, protocol of reeducation.

181 Evaluation de l'épaule du nageur
A. TIXIER, G. BARETTE, M. LOUBIÈRE, X. DUFOUR
La natation est un sport qui sollicite les épaules de façon inhabituelle. La ceinture scapulaire est soumise
à des contraintes importantes. Un bilan kinésithérapique spécifique et systématique est indispensable...
Le succès du traitement dépendra de cette évaluation, car elle permettra de s'adapter spécifiquement
aux problèmes rencontrés.
Mots-clés: épaule du nageur, bilan, lésions différenciées, traitements, facteurs de risques
Keywords: swimmer's shoulder, assesment, rehabilitation, risk factors

La main à la pâte

193 Effet du massage sur la variabilité du rythme cardiaque chez l'enfant prématuré
SL SMITH, R. LUX, S. HALEY, H. SLATER, J. BREEDY, LJ MOYER-MILEUR
Résumé par Y. LAREQUI
Les enfants prématurés hospitalisés sont soumis à de nombreux événements stressant qui conduisent à
des altérations cardiaques réactionnelles...
Mots-clés: massage, variabilité de la fréquence cardiaque, enfant prématuré
Keywords: massage therapy, heart rate variability, premature infant

197 Les massages sont-ils bénéfiques pour le nouveau-né ?
PUBLIÉ PAR MAMAN ÉPROUVETTE

Lu pour vous

199 Bien naître par l'ostéopathie
J-P. SABY

Nouvelles de la médecine

200 Une découverte étonnante
LE GÈNE HIF1 ET LA PERFORMANCE MUSCULAIRE.

200 «La douleur au fond des yeux»
REVUE DE PRESSE NATHALIE CHURLET / JOURNAL DU DIMANCHE

201 Les ultrasons pour détruire les ostéomes ostéoïdes, une nouvelle option
D^r PHILIPPE TELLIER

Rendez-vous

202 20^e Symposium Romand de Physiothérapie
& 8^e Symposium Romand d'Ostéopathie
22 et 23 novembre 2013 Palais de Beauvillier, Lausanne, Suisse
Rendez-vous pour deux symposiums dans un même lieu,
aux mêmes dates, sur un même thème

Article d'opinion

205 L'association et ses physiothérapeutes
C. GASTON

La main dans le sac

207 Tricher n'est pas jouer
Lettre ouverte au comité de la Société Suisse des
Physiothérapeutes Diplômés en Ostéopathie (S.S.P.D.O.)
Y. LAREQUI



p. 175
Maladie de Dupuytren



p. 181
Evaluation de l'épaule
du nageur



Notre secret de la réussite pour la thérapie fonctionnelle

Réduction des douleurs – amélioration de la proprioception –
stabilisation à long terme



MalleoTrain®

en cas de blessures suite à une torsion

MalleoLoc®

en cas de douleurs des ligaments

AirLoc®

après d'un traumatisme
capsuloligamentaire aiguë

AchilloTrain®

en cas de douleurs au niveau du
talon d'Achille



Constats, réflexions, désarrois...



Pierre BESSON
Physiothérapeute (Arzier)



Vous allez lire le cinquième « Editorial invité » (page 173) de cette trentième année de l'existence de MAINS Libres. Différents « rédacteurs » ont tenté de dresser le destin de notre profession dans trente ans... Exercices délicats, périlleux, visionnaires, optimistes ou pessimistes, voire peut-être catastrophistes.

Ce qui est souhaitable actuellement du point de vue médical dépasse souvent ce qui est économiquement supportable et par voie de conséquence il n'y a pas et n'y aura pas dans l'avenir de solution idéale où tout sera possible et accessible à tous. Cependant, nous devons garder à l'esprit que l'objectif essentiel de tous les fournisseurs de prestations de santé doit et devra être l'amélioration constante de la santé de la population !

Toute tentative d'incursion dans l'avenir devrait commencer par une analyse précise de la situation présente. Je n'ai pas la prétention de me lancer dans ce type d'analyse, n'en ayant ni l'envie, ni les capacités, surtout que de nombreux organismes ne se privent pas de le faire quotidiennement, avec plus de maladresses que de succès !

Ce qui est actuellement connu, c'est que la population suisse dispose en 2013 d'un système de santé de haut niveau, que son degré de satisfaction est grand côté prestations – des mécontents il y en aura toujours –, mais... que cet état de fait implique une augmentation des dépenses de santé impliquant une hausse des primes devenue insupportable pour beaucoup financièrement et suscitant un mécontentement (le mot est faible) général.

Il est à craindre que la maladie soit désormais de plus en plus interprétée par les assureurs comme le résultat d'un comportement personnel erroné, (la cigarette, l'obésité, la malbouffe, l'exposition au soleil, l'automédication exagérée, ... j'en passe et j'en oublie).

C'est tout au moins ce que ne manque pas de nous inculquer les caisses maladie jour après jour ! Bon, la prise de conscience de la santé s'en trouve renforcée et c'est un bien, mais force est de constater que le « marché de la maladie » implique désormais un « marché de la santé » plus global, wellness, bio, sports, etc.

Parallèlement au marché axé sur la guérison des maladies, un nouveau marché de la santé et de la prévention se développe en Suisse. Ce nouveau marché s'adresse aux personnes en bonne santé et son objectif est de les maintenir en bonne santé, faisant les choux gras de firmes axées sur ce marché et le lit de « charlatans » de toutes sortes vantant les bienfaits imaginaires de substances étranges...

« L'économisation » des marchés de la santé, au sens large, engendre dès lors une médecine à deux vitesses, soit une tranche de population bénéficiant des dernières nouveautés tant sur le plan médical que sur le plan prévention de haut niveau. Bio, cures, wellness, coaching, examens réguliers annuels, dépistages répétés de pathologies, pose d'implants dentaires, etc, visant à prévenir toute maladie redoutée.

L'autre partie de la population devra se contenter de l'assurance de base qui lui assure toutefois une médecine plus que performante, peut-être dépourvue de luxe, mais à un prix tout de même trop lourd pour sa bourse. L'avenir, c'est déjà demain...

Alors caisse unique pour tous et assurances complémentaires à qui pourra ?
Là est un autre défi d'avenir et à venir rapidement.

Dans ce numéro 5, vous pourrez découvrir un protocole de traitement élaboré à Grenoble pour les suites opératoires de la cure chirurgicale de la maladie de Dupuytren selon le stade évolutif de cette pathologie.

Le second article (en 2 parties, suite dans le N° 6) vous relatara les pathologies diverses de l'épaule du nageur, ainsi que les bilans spécifiques et systématiques indispensables pour obtenir des résultats probants par une rééducation adaptée aux problèmes rencontrés.



Le troisième article est une étude importante qui met en évidence les effets positifs du massage sur le développement de la variabilité de la fréquence cardiaque chez des enfants prématurés médicalement stables. Les auteurs ont démontré les effets positifs du massage sur la fonction et le développement du système parasympathique et, par extension sur la maturation du SNA.

Yves Larequi publie une « Lettre ouverte » au Comité de la SSPDO. Il y dénonce un irrespect de la procédure et des statuts lors des dernières assemblées mettant en évidence des vices de forme qui laisse planer le doute sur la validité et la légitimité des décisions prises lors de la dernière assemblée générale extraordinaire.

Pour terminer, je vous rappelle la nouvelle formule 2013 de nos Symposiums de Physiothérapie et d'Ostéopathie (page 202). Notre formation continue ne doit en aucun cas souffrir de la situation économique-politique présente.

N'offrons pas le bâton pour nous battre aux instances qui doutent de l'efficacité et de l'utilité de notre art !
Bonne lecture et bonnes vacances pour certains.

Pierre Besson



ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans le numéro 4/2013 de Mains Libres: Madame Elisabeth Burge, auteur du Gest Editorial, est affiliée à la HEdS Genève (filiale physiothérapie) et non à la HESGE/Genève. Nos excuses à Madame Burge.

PINIOL – votre spécialiste pour la santé et le bien-être.



MTC
Piniol CH'i Energy
Pour que ça roule!

Sport et thérapie
Piniol Cold & Hot
Effet instantanément perceptible

Désinfection
Piniol Hand clean soft et désinfection surface
Solution sûre et rapide

Massage
Piniol produits de massage
Huiles naturelles, laits, crèmes et fluides

Sauna
Piniol produits pour le sauna et le bain de vapeur
Parfums naturels de qualité supérieure

Ambiance
Piniol huiles de parfum d'ambiance
Pour une atmosphère agréable

PINIOL
THERAPIE & WELLNESS

Quelle physiothérapie dans 30 ans ?

MICHEL HELFER

Physiothérapeute (Vallorbe)
Président de l'ASPI

En 2040, notre profession existera toujours. La population aura crû de 25 %, elle sera vieillissante et probablement appauvrie mais encore capable de financer une bonne partie des soins dont elle aura besoin. De tous les marchés, celui de la santé continuera d'exercer un effet positif sur l'économie et sur l'innovation.

Les physiothérapeutes comme les médecins seront essentiellement des femmes. Très peu seront encore des praticiens indépendants comme nous les connaissons aujourd'hui.

La plupart travailleront dans des centres de soins communautaires où l'on privilégiera l'approche multidisciplinaire. Le modèle libéral: un cabinet, un praticien aura vécu. L'esprit d'entreprise qui nous aura animés jusqu'ici s'exprimera au travers de pratiques collectives. L'urbanisation croissante facilitera cette approche urbaine de l'organisation médicale. Les centres de soins communautaires, les organisations de physiothérapie et les policliniques correspondent déjà à cette tendance.

Les prestations des physiothérapeutes seront toujours couvertes par la caisse unique d'assurance maladie. Mais en ces temps économiquement difficiles, seules seront remboursées les prestations qui apporteront un gain d'autonomie quantifiable. L'exigence de l'efficacité économique ne sera plus une simple recommandation.

Les prestations assurant essentiellement un meilleur confort ou favorisant une plus grande longévité seront délaissées. Ces dispositions visant la qualité de la vie et sa dignité ne seront malheureusement plus offertes à tout le monde. Elles feront l'objet de prestations complémentaires réalisant le concept de médecine à deux vitesses.

La concurrence entre praticiens de formations diverses sera dure. Aujourd'hui déjà des formations post graduées anciennement réservées aux physiothérapeutes sont accessibles à des professionnels qui n'y avaient pas accès. Des sages-femmes se forment en rééducation pélvipérinéologique,

des ergothérapeutes se réservent la rééducation de la main. Nous serons obligés de redéfinir précisément nos domaines d'interventions. Face à la pléthore des nouvelles offres, les consommateurs ne s'y retrouveront plus. Nous devons être plus efficaces au niveau de nos coûts et de nos processus pour conserver notre place. Nous reviendrons à nos fondamentaux mais, je l'espère aussi, nous prendrons les problèmes que nous traitons aujourd'hui plus en amont: c'est-à-dire avant la maladie.

Parti d'un raisonnement clinique s'appuyant sur de solides connaissances de pathogénie, notre raisonnement s'intéressera à la prévention des causes déclenchantes. À côté du marché de la santé classique, axé sur la guérison de la maladie, on verra apparaître un nouveau marché visant la préservation de la santé. Ce passage de la médecine curative à la médecine préventive sera un des principaux changements dans nos rapports à la santé.

Il en sera de même pour l'accès direct que nous offrirons comme mesure d'économie adressée à toute la communauté. En Suisse aussi, la pénurie de médecins de premier recours et de moyens aura conduit, à transférer notamment vers les physiothérapeutes des compétences qui étaient médicalement réservées. De tels transferts, déjà réalisés dans de nombreux pays, ont montré que l'accès direct générerait d'importantes économies sans augmenter les risques pour les patients.

Cette plus grande autonomie de pensée et d'action définira l'âge de la maturité de notre profession.

2040 est encore loin mais notre apport à la communauté mérite que nous saisissons ces prometteuses opportunités à pleines mains libres.

— CONTACT —

michel.helfer@bluewin.ch

SWISS DOLORCLAST® MASTER

→ LA SOLUTION IDÉALE POUR LA THÉRAPIE
PAR ONDES DE CHOC RADIALES

- Nouveau système à écran tactile
- Nouvelle pièce à main RSWT®
- Excellente efficacité
- Succès du traitement assuré

PREMIÈRE
MONDIALE



Maladie de Dupuytren opérée : l'approche grenobloise de la rééducation

GERLAC D. *, MOUTET F. **, FORLI A. **, CORCELLA D. **

* Kinésithérapeute libéral à Echirolles; D.I.U. Rééducation et appareillage de la main après chirurgie; Membre de la Société Française de Rééducation de la Main.
** Chirurgiens de la main au C.H.U. de Grenoble.

Mots-clés: maladie de Dupuytren, techniques opératoires, orthèses, protocole de rééducation.

Key words: Dupuytren's disease, operating techniques, orthoses, protocol of reeducation.

La maladie de Dupuytren est une fibrose rétractile de l'aponévrose palmaire moyenne pouvant déborder sur les fascias digitaux. Elle se caractérise par la formation de brides, de nodules et d'ombilications qui entraînent de façon irréversible la fermeture d'un ou plusieurs doigts vers la paume.

Malgré sa découverte assez ancienne (début du XIX^e siècle ⁽¹⁾) l'unique traitement de cette pathologie aujourd'hui reste la chirurgie (figure 1) et la rééducation qui est incontournable ensuite. Il n'existe malheureusement pas d'autre alternative pour recouvrer la mobilité des doigts.

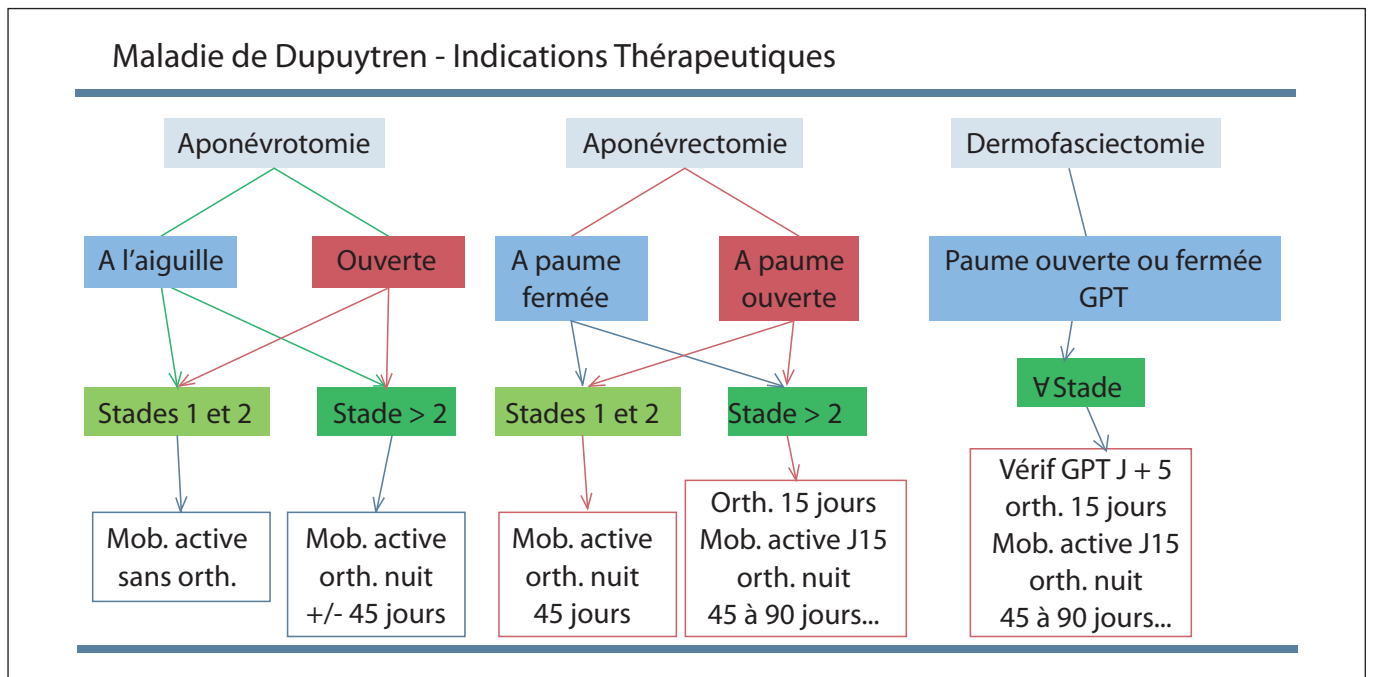
À Grenoble, la rééducation après cure chirurgicale de cette maladie, est relativement bien codifiée.

Elle relève d'un consensus chirurgiens-rééducateurs, actualisé en avril 2013 autour d'une table ronde qui s'est tenue dans le service de chirurgie de la main de l'hôpital Nord de Grenoble, organisée par le Pr. F. Moutet.



» » Figure 1 : Dupuytren pré et post-opératoire.

Maladie de Dupuytren - Indications Thérapeutiques



» » Figure 2 : la rééducation et les attelles post-opératoires sont liées à la technique chirurgicale et au stade d'évolution de la maladie au moment de l'intervention.

Le protocole qui ressort de cette réunion est assez précis (figure 2). Schématiquement, il s'articule autour de deux critères. Le premier fait référence à la méthode chirurgicale employée pour éliminer les effets de la maladie (aponévrotomie, aponévrectomie, dermofasciectomie) et le second correspond au stade d'évolution de la maladie au moment de l'intervention chirurgicale (il se réfère à la classification de R. Tubiana) ⁽¹⁾.

Il est évident qu'un stade I traité par aponévrotomie ne nécessite pas de la même prise en charge qu'un stade IV ayant subi une dermofasciectomie.

Les soins post-chirurgicaux que nous préconisons s'appuient sur deux piliers fondamentaux, la rééducation et des orthèses ⁽²⁾. Ils sont la base de notre méthode de prise en charge que voici :

Après aponévrotomie (solution de continuité de la bride rétractile) :

- Pour les stades I et II, une orthèse nocturne est prescrite pour une durée de quinze jours et la rééducation est débutée immédiatement.
- Pour les stades III et IV, l'attelle nocturne est portée quarante-cinq jours environ et la rééducation débute également de suite.

Après aponévrectomie (résection partielle ou totale des rétractions aponévrotiques) :

- Pour les stades I et II, que la plaie soit suturée en totalité après l'opération ou bien qu'elle soit en partie laissée ouverte selon la technique décrite par McCash, les recommandations thérapeutiques sont de porter une

orthèse nocturne les quinze premiers jours et de commencer la rééducation immédiatement.

- Pour les stades III et IV, quelque soit le mode de fermeture de la plaie (complète ou non), nous préconisons le port permanent d'une orthèse pendant les quinze premiers jours, à l'exception des laps de temps passés en séances de rééducation. Ensuite, la porter uniquement la nuit pendant les quarante cinq à quatre-vingt-dix jours suivants. La rééducation débute immédiatement sauf pour les mobilisations actives qui ne sont entreprises qu'après quinze jours.

Après dermofasciectomie (excision et remplacement par une greffe de peau totale, de l'aponévrose rétractée et des tissus cutanés sus-jacents) :

Quelque soit le stade et qu'une partie de la plaie soit laissée ouverte ou non, la démarche post-opératoire est identique. D'abord nous attendons cinq jours pour que la prise de greffe soit effective puis on débute doucement la rééducation. Les mobilisations actives ne sont autorisées qu'au quinzième jour post-opératoire. Pour ce qui est de l'attelle, elle est portée quinze jours en port permanent (à l'exception des séances de rééducation), puis uniquement la nuit pendant quarante-cinq à quatre-vingt-dix jours.

Notre plan de rééducation comprend trois directives capitales :

- 1) Gérer l'inflammation et la cicatrisation.
- 2) Entretenir le bénéfice d'extension obtenu en per-opératoire.
- 3) Ne pas perdre les amplitudes de fermeture de la main antérieures à la chirurgie.

Les orthèses utilisées sont :

- Uniquement statiques dans un premier temps, avec une très nette préférence pour la palette palmaire (fig. 3) qui a plusieurs avantages à nos yeux ⁽³⁾. Elle possède des qualités compressives qui permettent de lutter contre l'oedème et l'inflammation (attention tout de même au réglage de la tension des fixations... Nous ne recherchons pas un garrot!). De plus, sa surface de contact étendue la rend confortable et relaxante du fait d'une meilleure répartition des points de pression cutanés. Enfin, elle est mieux supportée que les attelles dynamiques car elle positionne la main en ouverture dans une attitude de relâchement maximum sans tirer outrageusement et de façon permanente, par un système dynamique, sur les tissus traumatisés en voie de cicatrisation.
- Dynamiques plus tard, si des difficultés surviennent pour obtenir et entretenir l'ouverture des doigts une fois que la cicatrisation est acquise et que l'inflammation a régressé. Là encore, notre choix est bien défini, il s'oriente très clairement vers des attelles de type low profile (fig. 4) qui ont pour avantage d'avoir des appuis et contre-appuis beaucoup plus précis que les autres modèles. Si seule l'IPP est déficitaire nous utilisons plus volontiers une attelle de type Capener, beaucoup moins encombrante et toute aussi précise.

L'arrêt du port de ces orthèses n'intervient que lorsque que la récupération de la mobilité de la main est stabilisée. Ce terme est difficile à indiquer précisément car les troubles physiologiques engendrés par la cicatrisation (oedème, douleur, inflammation) ne sont pas constants d'un patient à l'autre et sont parfois longs à faire disparaître (jusqu'à plusieurs mois).

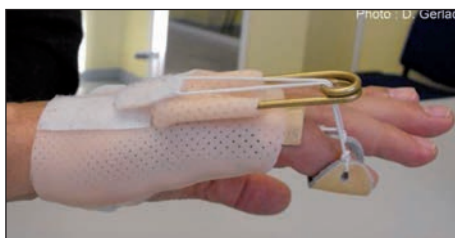
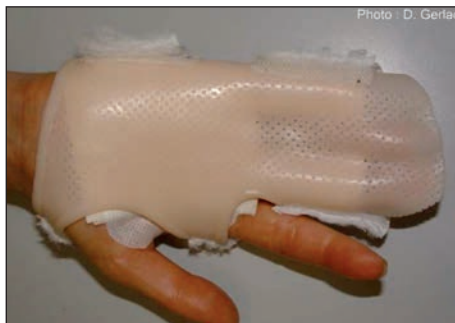
Par contre, lorsqu'on s'aperçoit que l'évolution de la cicatrice à tendance à stagner, c'est-à-dire que l'inflammation et le gonflement perdurent, pour ne pas la voir devenir scléreuse, nous associons rapidement à la palette palmaire l'application, sur la région enflammée, d'une plaque de silicone ou (et) le port d'un gant de pressothérapie.

Pour ce qui concerne les différents types de terrains à rééduquer nous observons que tous ne sont pas égaux quant à la facilité de récupération. Certains présentent des difficultés qu'il faut savoir anticiper pour mieux les dissiper. Concrètement, il s'avère que plus le stade d'évolution est élevé au moment de l'opération chirurgicale et plus la rééducation sera longue et besogneuse. Il y a aussi les patients diabétiques qui ont comme caractéristique de conserver un processus cicatriciel inflammatoire assez longtemps. Ce qui rend une fois encore, la rééducation longue et besogneuse.

Les terrains féminins, bien que plus rares ⁽⁴⁾, sont également délicats à prendre en charge. Ils possèdent des similitudes à ceux des diabétiques. Pour finir, signalons un terrain tout particulier, celui de la femme diabétique qui a dépassé la cinquantaine. Elle cumule tous les facteurs de risque. Dans ce cas, il faut être particulièrement vigilant et précautionneux lors des séances de rééducation pour ne pas activer la moindre épine irritative qui pourrait faire



» » Figure 3: attelle statique pro-extension type palette palmaire.



» » Figure 4: attelle dynamique pro-extension type low profile.



perdurer l'inflammation et mettre en péril ou retarder le résultat final.

Ce que nous ne pouvons pas déterminer à l'avance, ce sont la durée totale du traitement et le nombre de séances de rééducation dont le patient aura besoin pour récupérer sa main. Ceux-ci, dépendent énormément des aléas qui peuvent survenir au cours de la rééducation.

Nous l'avons vu, ils sont nombreux et ils nous empêchent de prédire des délais.

En revanche, nous sommes d'accord sur une chose, c'est que la rééducation doit débuter le plus précocement possible quelque soit le stade d'évolution au moment de l'intervention. Il est nécessaire de mettre en route, dès le premier jour, tous les moyens à notre portée pour lutter contre l'oedème, l'inflammation et la douleur. La prise en charge précoce des maladies de Dupuytren opérées n'est pas uniquement une philosophie grenobloise. C'est une tendance qui se généralise depuis plusieurs années au sein des grandes écoles françaises ⁽⁵⁾.

La fréquence et la durée des séances de rééducation sont très difficiles à définir à l'avance.

Globalement, nous pouvons dire que chaque séance de rééducation ne se termine que lorsque la main et les doigts ont retrouvé une souplesse convenable tant en ouverture qu'en fermeture. La fréquence des séances, elle, est liée à cette durée. C'est-à-dire que plus nous mettons de temps à assouplir la main au cours d'une séance et plus les séances seront rapprochées, jusqu'à être quotidiennes si nécessaire. Au contraire, si la mobilité articulaire se récupère assez vite et que la cicatrice est jolie, les séances seront de plus en plus espacées. C'est le début du sevrage...

Trois phases successives composent la rééducation :

- La première, appelée phase de cicatrisation, dure environ quinze jours (à l'exception des mains opérées avec le procédé décrit par McCash), elle correspond au temps nécessaire pour obtenir la fermeture de plaie et enlever les fils.
- La deuxième, dite phase inflammatoire, est la phase de remodelage de la cicatrice. C'est la plus délicate à gérer. Le danger vient des surfaces cutanées péri-cicatricielles qui auraient tendance à scléroser si on n'y prend pas garde. Sa durée est extrêmement variable, elle peut s'étendre sur quelques semaines à plusieurs mois.
- La dernière, nommée phase de remodelage, débute lorsque l'inflammation disparaît et que la peau commence à s'assouplir, elle dure le temps nécessaire pour l'obtention d'un résultat fonctionnel optimal sans risque de rechute.

Les moyens de rééducation mis en oeuvre pour parvenir à l'obtention d'un bon résultat sont de plusieurs ordres. Mais avant tout, ce qui nous semble primordial, c'est d'insister sur le fait que cette rééducation doit être douce. La prophylaxie de la douleur est une règle d'or pour nous.

Pour enfoncer le clou sur ce sujet, le Pr. F. Moutet nous a redit une expression qu'il affectionne « Là comme ailleurs la violence est le dernier recours de l'incompétence » ⁽⁶⁾.

Pour lutter contre l'oedème, nous utilisons le drainage, les positions déclives, la pressothérapie ainsi que les mobilisations passives douces qui mécanisent les tissus tendus par l'oedème et les empêchent de se scléroser.

Pour lutter contre les douleurs, nous employons la cryothérapie (attention de ne pas appliquer de glace sur une

greffe les premiers jours. L'effet vasoconstricteur la ferait échouer inévitablement).

Nous utilisons également les vibrations mécaniques transcutanées, les massages doux et nous n'oublions pas de faire l'éloge du repos dans l'attelle qui est toujours très bénéfique.

Contre le risque de fibrose, nous utilisons les ultrasons, le dépresseo-massage, le massage manuel, les étirements passifs doux des tissus cutanés et aponévrotiques ainsi que la pressothérapie qui limite la collection des sérosités.

Pour lutter contre la raideur et entretenir les amplitudes de mouvement, nous réalisons avant tout des mobilisations (fig. 5). Elles sont passives dans un premier temps pour préparer et échauffer la main puis actives par la suite. De la même façon, elles sont d'abord réalisées d'une manière analytique puis deviennent globales une fois que les doigts sont assouplis.

Nous nous aidons volontiers d'un plateau canadien pour réaliser des postures plus précises de la main ou encore pour la faire travailler dans un secteur de mobilité particulier. Nous obtenons également des résultats surprenant en associant des stimulations vibratoires transcutanées à ces mobilisations. En effet, en plus de l'antalgie qu'elles procurent, les vibrations permettent d'obtenir un relâchement rapide et efficace des antagonistes au mouvement recherché ⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Les stimulations électriques fonctionnelles des muscles fléchisseurs et extenseurs de la main, viennent clôturer la séance. Elles sont un excellent moyen pour conserver les amplitudes de mobilité articulaire obtenues manuellement et éviter l'apparition de raideur.



» » Figure 5 : mobilisations actives d'emblée.



Outre le fait de demander au patient d'enlever régulièrement l'attelle et de bouger les doigts à domicile, nous attachons une attention particulière à la réalisation d'exercice d'auto-rééducation entre les séances réalisées au cabinet. Sur ce chemin, nous suivons les traces du Dr Jean Levame qui la conseillait sous forme « d'intercure » à domicile pour poursuivre la rééducation seul et hâter les progrès⁽⁹⁾. Les exercices que nous indiquons sont assez simples et peu nombreux pour qu'ils soient faciles à intégrer et correctement pratiqués. Ils sont d'abord enseignés au cabinet avant d'être reproduits à domicile.

Voici quelques exemples d'exercices: nous demandons au patient de réaliser un travail spécifique d'extension de la main en utilisant un rouleau à pâtisserie. On lui enseigne de le faire rouler sur une table d'avant en arrière pour masser la main et étendre les doigts. Pour la flexion, nous demandons tout simplement au patient de fabriquer des boules de papier avec la main à rééduquer et de les malaxer dans la paume pour entretenir la sensibilité et travailler la flexion des doigts.

Pour conclure, on peut dire qu'à première vue, la rééducation de la maladie de Dupuytren opérée paraît assez simple mais attention, il n'en est rien. C'est un véritable piège! Elle recèle quelques leurres qu'il est nécessaire de connaître pour mieux les enrayer et ne pas courir vers un résultat catastrophique... Citons par exemple le cas de la patiente quinquagénaire diabétique très délicat à prendre en charge (non l'avons vu plus haut) ou bien la main opérée d'un patient dont l'acquisition de l'extensibilité est très facile à obtenir au commencement de la rééducation et que, de ce fait, on ne travaille pas, jusqu'au jour où l'on constate une rétraction en flexion qui est devenue... irréversible! Ou bien encore, dernier exemple, vouloir trop récupérer l'extension au détriment de la flexion et ce retrouver ainsi avec une main qui a perdu de ses capacités fonctionnelles.

La réalisation d'une rééducation douce, attentive et bien conduite en ayant pris connaissance de ces aléas, permettra dans la grande majorité des cas l'obtention d'excellents résultats.

Article inédit.

Nos remerciements vont à M. D. Gerlac, ainsi qu'au GEMMSOR (Groupe d'étude de la main et du membre supérieur en orthèse et rééducation)

www.reeducation-main.com/
gemmsor@bbox.fr

— CONTACT —

Denis GERLAC pour le GEMMSOR.

— RÉFÉRENCES —

- 1 Tubiana R.: la maladie de Dupuytren. Dans Traité de chirurgie de la main, tome 6. Masson 1998.
- 2 Gerlac D., Moutet F.: les orthèses et la rééducation de la main, outils et technique complémentaires et indissociables. Kiné-actualité n° 1314, mars 2013.
- 3 Thomas D., et al.: la rééducation de la maladie de Dupuytren opérée. Kinésithérapie Scientifique n° 508, octobre 2009.
- 4 Ferry N., et al.: particularités de la maladie de Dupuytren chez la femme. À propos de 67 cas. Ann Chir Plast Esthet, Elsevier Masson 2012.
- 5 Rouzard J.C., et al.: rééducation de la maladie de Dupuytren. Dans Réadaptation de la main. Monographie de la Société Française de Chirurgie de la Main (GEM). Expansion Scientifique Publications 1999.
- 6 Moutet F.: les algodystrophies de la main. Dans Traité de chirurgie de la main, tome 6. Masson 1998.
- 7 Romain M., et al.: que peut-on attendre de la stimulation vibratoire transcutanée en rééducation?. Ann. Réadapt. Méd. Phys. 1989.
- 8 Roll J.P.: contribution de la proprioception musculaire à la perception et au contrôle du mouvement chez l'homme. Thèse de Doctorat ès-science, Marseille 1981.
- 9 Levame J.H.: rééducation des traumatisés de la main. Archée éditeur 1965.



Décryptez la personnalité de votre patient

Pour renforcer l'action de vos soins

Éliminez la symptomatologie rebelle

avec le concept « ACUPUNCTURE et CARACTEROLOGIE »

Logique - Ludique - Efficace

NOUVEAU CURSUS dès AUTOMNE 2013

A. Rey Lescure – Montreux – www.apcformation.com

Shark Professional Fitness

TECA
Invents fitness solutions

physiocable™

Unlimited motion



Gamme avec système de mouvement par câble conçue pour améliorer la stabilité, la puissance neuromusculaire et la sensibilité proprioceptive. Peu encombrantes, les huit unités d'entraînement 2 en 1 actionnées par câble n'impliquent aucune limitation de mouvements et offrent une action multiplanaire permettant de développer force fon-

ctionnelle, coordination et endurance. Physiocable apporte liberté et diversité aux programmes d'entraînement fonctionnel actuels. Physiocable a été étudié pour offrir aux coaches sportifs l'opportunité de maximiser la valeur qu'ils apportent aux clients, d'accroître les recettes engendrées par le biais des coaches sportifs et d'améliorer la fidélité des clients.

Physiocable is a trademark of Olicrom srl

coordination
coordination

endurance
endurance

force fonctionnelle
force fonctionnelle

stabilité
stabilité

Find us on

You Tube

editing physiocable!

conseil planification réalisation service financement

Shark Professional Fitness Division · Landstrasse 129 · 5430 Wettingen
Tél: 056 427 43 43 · Fax: 056 426 60 10 · E-Mail: info@sharkprofessional.ch

**The Shark
Fitness Company**

www.sharkprofessional.ch





© yantev | Fotolia

Evaluation de l'épaule du nageur

ARNAUD TIXIER*, GILLES BARETTE**, MATTHIEU LOUBIÈRE***, XAVIER DUFOUR****

- * Kinésithérapeute Président de l'Association de prévention des blessures en natation «PhysioSwim» Toulouse 31
- ** Kinésithérapeute Enseignant IFMK Institut de thérapie manuelle de Paris
- *** Kinésithérapeute Dôle (39)
- **** Kinésithérapeute Ostéopathe IFMK Institut de thérapie manuelle de Paris

Mots-clés: épaule du nageur, bilan, lésions différenciées, traitements, facteurs de risques

Key words: swimmer's shoulder, assesement, treatment, risk' factors

— RÉSUMÉ —

La natation est un sport qui sollicite les épaules de façon inhabituelle. La ceinture scapulaire est soumise à des contraintes importantes puisqu'elle permet la locomotion dans le milieu aquatique. Les nageurs présentent de façon courante des douleurs d'épaules qui sont principalement de deux origines: tendineuses et capsulo-ligamentaire.

Un bilan kinésithérapique spécifique et systématique est indispensable pour évaluer la structure douloureuse atteinte. Le succès du traitement dépendra de cette évaluation car elle permettra de s'adapter spécifiquement aux problèmes rencontrés.

Cet article est divisé en deux parties: cette première partie traite du bilan, et un second article abordant le traitement sera proposé dans le prochain numéro.

— INTRODUCTION —

La natation est un sport inhabituel durant lequel les épaules et les extrémités supérieures sont utilisées pour la

locomotion. On retrouve souvent une augmentation de **laxité** des articulations. En outre, ce sport est effectué dans un milieu liquide, ce qui offre plus de résistance au mouvement que l'air. Cette combinaison de demandes non naturelles peut conduire à une gamme de blessures dues au surmenage, la plus connue étant la tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Plus d'un tiers des nageurs souffrent un jour d'une épaule, d'après Sherwin ⁽¹⁾.

De nos jours, tous les acteurs de santé qui prennent en charge le sportif s'accordent à reconnaître qu'après un traumatisme, la récupération du sportif blessé dépend pour une large part de la qualité des soins de rééducation qui lui sont proposés ⁽²⁾.

La pratique sportive impliquant le membre supérieur comporte divers gestes puissants et amples et un caractère répétitif (lancer, frappe, cycle de bras) généralement à l'origine d'adaptations spécifiques. Les différents sports pratiqués entraînent le plus souvent un **déséquilibre musculaire** et/ou **capsulo-ligamentaire** ⁽¹⁻⁴⁾.

La pathologie tendineuse est une préoccupation majeure dans la kinésithérapie du sport. Elle va de la simple tendinopathie à la rupture. Des mouvements d'amplitude maximum, répétés un grand nombre de fois à vitesse élevée et avec force, peuvent entraîner des lésions touchant le membre supérieur, et plus particulièrement l'épaule chez le nageur. Ces lésions peuvent être favorisées par une

erreur en **qualité** ou **quantité de l'entraînement**, un **mauvais geste technique**, un **matériel inadapté**, ou un **déséquilibre métabolique**.

Notre rôle est de faire un diagnostic lésionnel juste, de traiter la lésion et d'en prévenir la cause.

— PHYSIOPATHOLOGIE —

On dénombre 4 styles de nage: la nage libre ou crawl, le papillon, la brasse et le dos. Biomécaniquement, chaque coup de bras (cycle de bras) peut être divisé en pas moins de 5 phases différentes mais, pour des raisons de simplicité, chaque mouvement sera divisé en deux phases principales: la propulsion et le retour.

En considérant qu'un nageur nage en moyenne **8 à 12 km par jour** (2 entraînements quotidiens), **5 à 7 jours par semaine**, à raison de **9'900 mouvements d'épaule** pour chaque membre par jour (jusqu'à **16'500** pour les femmes), il paraît évident que l'épaule est soumise à énormément de contraintes, favorisant ainsi l'évolution vers un contexte pathologique ⁽⁵⁻⁷⁾. Nous envisagerons donc les pathologies lésionnelles liées à chaque style de nage.

• LA LÉSION DU CRAWLEUR (fig. 1)

Le tendon du **supra-épineux** est celui le plus souvent lésé lors du crawl. Plusieurs mécanismes sont mis en cause pour expliquer ceci :

- le conflit sous-acromial, ou impingement syndrome, décrit par Neer. Il survient lors de l'entrée à l'eau (hyper-rotation médiale de l'épaule) et en fin de poussée ⁽⁸⁻¹¹⁾;
- un **défaut de vascularisation**, responsable d'une lésion d'origine ischémique. La lésion touche le supra-épineux dans sa zone avasculaire à 1 cm de son insertion sur le tubercule majeur.

• LA LÉSION DU DOSSISTE (fig. 2)

Le dos sollicite l'épaule dans des amplitudes extrêmes. Les nageurs développent une **laxité multidirectionnelle** d'épaule non seulement par l'exercice de la nage mais aussi par les exercices réalisés sur le bord du bassin. Qui n'a pas vu Franck Esposito avec les bras tendus derrière le dos... La conséquence est une **distension de la capsule**



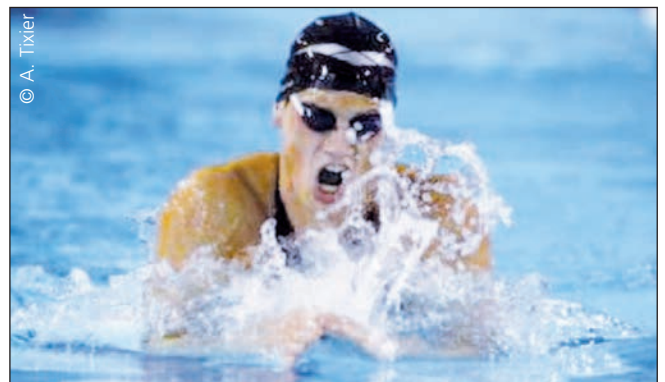
>> Figure 1: nage crawl



>> Figure 3: nage papillon



>> Figure 2: nage dos



>> Figure 4: nage brasse

antérieure, ainsi que des ligaments gléno-huméraux qui protègent normalement l'articulation ⁽¹⁾.

• LA LÉSION DU PAPILLONNEUR (fig. 3)

Lors de la phase aquatique, il n'y a pas de différence majeure entre le papillon et le crawl si ce n'est que le mouvement est bilatéral. En revanche, lors de la phase aérienne, le nageur utilise le plus souvent un retour balistique, c'est-à-dire coude tendu. La conséquence de la répétition de ce geste est **la souffrance de la longue portion du biceps**. En effet, il est étiré de manière prolongée en fin de phase de propulsion, et durant toute la phase aérienne.

• LA LÉSION DU BRASSEUR (fig. 4)

La principale lésion chez le brasseur se situe au niveau du genou avec **une souffrance du compartiment médial** lors du « ciseau ». Des tendinopathies des tendons des muscles de la patte d'oie ainsi que des **adducteurs** peuvent aussi arriver. On note aussi une pathologie moins fréquente : l'atteinte de **l'articulation acromio-claviculaire** suite à l'association élévation antérieure/adduction.

La force et la puissance sont nécessaires pour une propulsion maximale, tandis que la souplesse de l'épaule est requise pour un système efficace et un retour plus rapide. L'augmentation de la souplesse de l'épaule et de l'amplitude du geste sont bénéfiques à toutes les nages mais peuvent aboutir à une laxité accrue de la capsule de l'articulation gléno-humérale et des ligaments, stabilisateurs statiques de l'épaule. Cette laxité doit alors être compensée par une coiffe des rotateurs plus forte, afin de garder la tête humérale centrée sur la glène pendant l'activité, une exigence nécessaire à l'efficacité et à la stabilité, pour éviter une lésion du **bourrelet glénoïdien**.

— FACTEURS DE RISQUE DE BLESSURE —

• FACTEURS INTRINSÈQUES

- l'âge : chez les sujets jeunes en période de croissance et chez les sujets de plus de 40 ans;
- troubles morphologique articulaire (type d'acromion, genu varum, etc.);
- le myotype et déséquilibres musculaires (notamment agoniste/antagoniste);
- l'hyperlaxité constitutionnelle;
- les facteurs métaboliques : troubles lipidiques, hyperuricémie etc.

• FACTEURS EXTRINSÈQUES

- le caractère répétitif du geste du nageur;
- le type de nage;

- la respiration unilatérale (en crawl);
- les erreurs dans la préparation physique, l'excès d'entraînement;
- le matériel utilisé (paddles, palmes, etc.).

Les lésions de surmenage ont le plus souvent une origine multifactorielle, le caractère répétitif du geste, le niveau de pratique et l'âge constituent les éléments les plus importants ⁽¹⁾.

— L'EXAMEN CLINIQUE —

La douleur d'épaule chez le nageur a une histoire dite « classique ». Initialement, il arrive souvent que la douleur soit seulement notée pendant ou immédiatement après l'entraînement. Comme l'athlète essaie de nager « avec la douleur », elle peut s'aggraver au point où elle affecte les activités extra-sportives et peut éventuellement être relevée au repos ou la nuit.

Lorsque l'athlète arrête enfin la natation à cause de la douleur, l'état de santé s'améliore souvent, mais revient avec un retour au sport si la coiffe des rotateurs n'a pas été spécifiquement réentraînée.

• L'INTERROGATOIRE

Il doit être minutieux et détaillé. Le nageur adolescent présente souvent des antécédents d'une poussée de croissance récente, une augmentation du nombre d'entraînements et de compétitions, ou les deux. Il faut donc tout d'abord demander au patient de **localiser sa douleur**. Il peut la décrire comme étant profonde, localisée à la face postérieure de l'épaule. Moins fréquemment, ils localisent la douleur à la face antérieure en regard de la longue portion du biceps ou à la zone d'insertion du muscle deltoïde.

Une telle douleur est compatible avec une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, la cause la plus fréquente de douleur dans l'épaule du nageur ^(1, 8-11). Il faut s'intéresser ensuite au **type** et à **l'horaire** de la douleur.

• OBSERVATIONS MORPHOSTATIQUE ET MORPHODYNAMIQUE

Il faut observer les deux épaules pour vérifier leur symétrie, en particulier la symétrie scapulaire et la trophicité musculaire de la coiffe (amyotrophie). 55 % des nageurs présentent une protraction de la tête humérale, selon une étude de N. Olivier et coll. ⁽¹²⁾. On retrouve souvent une tête humérale antériorisée par rapport à la glène et une scapula en antépulsion, c'est-à-dire en sagittalisation et en bascule antérieure ⁽¹³⁾.

• Morphostatique

Il faut ensuite observer la position des scapula. Cette évaluation permet de mettre en évidence une éventuelle dyskinésie scapulaire avec une latéralisation de la scapula témoignant d'un allongement des muscles fixateurs postérieurs et d'une hypo-extensibilité des muscles antérieurs

(grand et petit pectoraux, dentelé antérieur). Cette évaluation se fait par rapport à des vertèbres références telles que T4 et T7.

Kibler propose 3 positions pour effectuer les mesures: bras le long du corps, mains sur les hanches, et bras en abduction à 90° en rotation médiale. Une différence de 1 cm entre les deux côtés signe une asymétrie scapulaire ⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

• Morphodynamique

Il se résume à l'observation du **rythme scapulohuméral** qui est un bon indicateur du décentrage dynamique de la tête humérale le long de l'arc de mobilité ⁽²²⁾.

L'analyse du rythme scapulo-huméral, lors de l'élévation est un moment important, sur lequel insistait déjà Codman ⁽¹⁸⁾.

Schématiquement, l'abduction complète dépend pour moitié de la scapulo-thoracique et du tronc et pour l'autre moitié de la scapulo-humérale, les muscles les plus importants étant le trapèze, le dentelé antérieur, le deltoïde et le supra-épineux ^(19, 20).

Toutefois, cette proportion est théorique et peut se trouver modifiée en fonction de la fatigue, des douleurs, de blocages articulaires ou de l'hypertonie musculaire qui n'est pas forcément pathologique et peut se retrouver chez des personnes très musclées. Le plus important est de comprendre les différents mécanismes pouvant perturber le rythme, en particulier les freins du mouvement.

La recherche de dyskinésies se fait en dynamique. L'observation visuelle est un moyen simple avec une bonne validité, même si elle nécessite une certaine expérience.

L'examen se poursuit alors par un **examen palpatoire** qui vise à rechercher des points douloureux sur le tubercule majeur, la pointe de l'acromion, la coracoïde, le ligament acromio-coracoïdien et l'articulation acromio-claviculaire.

Il faut aussi vérifier **l'état cutané-trophique-circulatoire** (rougeur, chaleur, etc).

• VÉRIFIER LES AMPLITUDES ARTICULAIRES

• Ceinture scapulaire globale

- La flexion globale** (> 180°, combinaison entre articulation gléno-humérale et scapulo-thoracique).
- La flexion analytique gléno-humérale** (90°, mesurée en stabilisant la scapula d'une main, tout en effectuant une élévation antérieure analytique avec l'autre main).
- La rotation latérale** (90°, mesurée avec l'épaule à 90° d'abduction, le coude fléchi).
- La rotation médiale** (> 90°, même technique que la rotation latérale).

- La rotation médiale maximale** (vertèbres thoraciques T4-T6, mesure combinée gléno-humérale et scapulo-thoracique en demandant au patient de monter le pouce le plus haut possible le long de la colonne vertébrale) ⁽⁴⁻⁶⁾.

NB: ce test main dans le dos a été critiqué par certains auteurs qui considèrent qu'il n'est pas assez précis. En effet, 66 % de la RM serait obtenu lorsque la main est au sacrum ^(16, 17). Au-dessus du sacrum, c'est surtout la flexion de coude qui est sollicitée, et au-dessus de D12, la RM varie peu.

Chez la plupart des nageurs, à la fois la rotation médiale (RM) et la rotation latérale (RL) sont augmentées par rapport à la population générale.

• Ceinture scapulaire spécifique

- Sterno-claviculaire:** une méthode simple consiste à tester dans un premier temps les glissements de l'articulation vers l'arrière et le bas. Dans un second temps, le praticien utilisera des mouvements huméraux pour tester la quantité et la qualité des mouvements dans cette articulation.
- Acromio-claviculaire:** le praticien recherchera une perte de glissement antéro-postérieure tout d'abord en posant ses doigts sur l'articulation et en demandant une série d'anté-pulsions-rétropulsions des moignons d'épaule. Il recherchera ces glissements passivement en fixant l'acromion et en mobilisant la clavicule par rapport à lui.

Le bilan et le traitement spécifique de ces dysfonctions claviculaires feront l'objet d'un prochain article.

Il est ensuite important d'évaluer la mobilité rachidienne:

- **thoracique** d'une part car une raideur entraînerait des compensations délétères pour l'épaule du nageur. En particulier, l'attitude morphostatique du nageur en cyphose thoracique tend à majorer les contraintes sur l'épaule en général et sur la gléno-humérale en particulier par diminution de la mobilité de la scapula;
- **cervicale** d'autre part, l'épaule étant comme suspendue au rachis cervical. On comprend aisément, de par les multiples liens anatomiques, comment une dysfonction de la biomécanique cervicale pourra générer des douleurs scapulaires ^(18, 19).

Paumard ⁽¹⁹⁾, en 2006, reprend un ensemble d'études concernant la posture thoracique et cervicale associée aux pathologies de coiffe et notamment une étude menée en 1999 par Kebaetse. Cette étude montre, comme celle de Bullock, que la position voûtée provoque une diminution de l'amplitude de flexion. Cette diminution étant due à une bascule antérieure de la scapula (bascule retrouvée dans les pathologies d'épaule). Il ajoute que la position de flexion du rachis cervical entraîne un excès de tension de l'élévateur de la scapula.

Il soutient enfin les techniques de libération musculaire, la correction posturale seule ne suffisant pas à corriger une scapula fixée par des muscles raccourcis. La recherche spécifique des mobilités des articulations sterno-costo-claviculaire et acromio-claviculaire y est primordiale.

	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeur prédictive positive (%)	Valeur prédictive négative (%)	Fiabilité globale (%)	Probabilité post-test (%)
Neer	68,0	68,7	80,4	53,2	58,3	0,80
Hawkins	71,5	66,3	79,7	55,7	69,7	0,80
Arc douloureux	73,5	81,1	88,2	61,5	76,1	0,88
Jobe	44,1	89,5	88,4	46,8	60,2	0,89
Speed	38,3	83,3	80,5	42,9	54,4	0,81
Adduction horizontale	22,5	82,0	69,3	36,9	47,8	0,70
Drop arm	26,9	88,4	81,0	39,7	48,6	0,81
Force du sous-épineux	41,6	90,1	90,6	45,8	58,7	0,89

» » Tableau 1: tests de la coiffe des rotateurs
In. Dumontier C, Doursounian L. Examen clinique de l'épaule dans la pathologie de la coiffe des rotateurs. *Maîtrise Orthopédique* 2007; 168

• TESTS DE LA COIFFE DES ROTATEURS (Tableau 1)

Rappelons que les différents tests de la coiffe des rotateurs sont sensibles (90 %) mais peu spécifiques (50 %). Ils recherchent une perte de force liée à la douleur due à la lésion du tendon lors des contractions isométriques ou par le coincement des structures lors des mouvements (impingement syndrome) ou encore une absence de force en cas de rupture.

Ces tests cherchent deux choses: la douleur, synonyme d'inflammation, et la perte de force synonyme d'amyotrophie, voire de rupture.

- Évaluer la force du supra-épineux (fig. 5)** en utilisant le test de **Jobe** (Jobe et Jobe, 1983), avec élévation résistée coude en extension, épaule en rotation médiale, et positionné dans le plan scapulaire (environ 30-45° en avant du plan frontal). Le testing est ininterprétable si c'est la douleur qui empêche le patient de résister. Il faut donc prévenir le patient que le test est douloureux mais qu'il doit résister le plus possible. Si, lors de la réalisation de ce test, la tête se subluxe en haut et en avant, il faut suspecter une rupture associée du supra-épineux et du subscapulaire. Ce test est modifié aujourd'hui en Full can test plus spécifique (pouce en l'air) ^(24, 25).
- Évaluer la force de l'infra-épineux et du petit rond (fig. 6)** en passant par deux tests. D'abord coude au corps en demandant une rotation externe contre résis-



» » Figure 5: test de Jobe



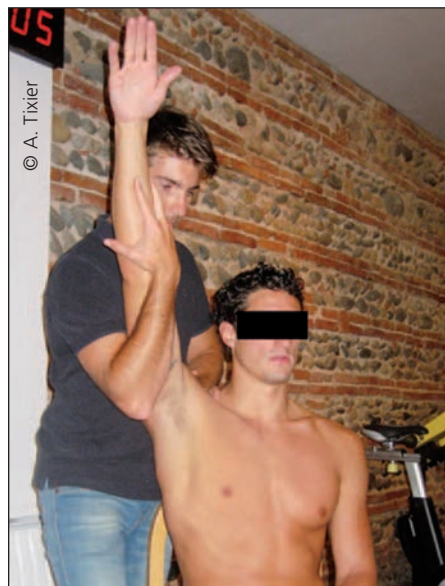
» » Figure 6: test de Patte

tance (muscles testé seuls), puis par le test de **Patte** (Patte, 1988) en effectuant une rotation latérale résistée en abduction à 90°, coude fléchi, en rotation latérale d'épaule ⁽²⁶⁾.

- c) **Évaluer la force du sub-scapulaire avec le «Lift-off test» de Gerber** (fig. 7). Ce test s'effectue en plaçant l'épaule en rotation médiale avec le dos de la main du patient en regard des lombaires. Le patient essaie de décoller la main du dos contre la résistance de l'examineur. Les tests main dans le dos peuvent être évités en cas de laxité antérieure ou peuvent être remplacés par le Bear hug test. Celui-ci consiste à demander au patient de poser sa main, du côté à tester à plat sur son épaule controlatérale tout en maintenant le coude levé. L'examineur tente de décoller la main de l'épaule en tirant sur le poignet. Le test est positif si le patient est incapable de maintenir la main sur l'épaule lors de la traction de l'examineur. Ce test est le plus sensible pour les lésions du sub-scapulaire ⁽²⁷⁾.



- d) **Évaluer la force de la longue portion du biceps** ⁽²⁸⁾ par le Palm-up test (élévation antérieure résistée, coude tendu, paume de la main vers le haut). Rappelons que le long biceps est le ligament actif antérieur de la gléno-humérale, les décentrages antérieurs en sont les premiers responsables des tendinopathies de la longue portion. L'HAS recommande l'abandon du signe De Anquin, la palpation douloureuse n'aurait pas de valeur (Shankwiler et Burkhead, 1996). Si le Palm-up test négatif, c'est qu'il n'y a pas de lésion. Si le Palm-up test est controversé, le test de **Yergason** (Magee, 1987 - Post, 1987): coude fléchi à 90° et stabilisé contre le thorax, l'avantbras en pronation. Le patient réalise une supination contre résistance. La douleur signerait une tendinopathie du long biceps. Ce test a une très bonne spécificité (86,1 %) ⁽²⁹⁾.



Au début, ces tests peuvent seulement provoquer la douleur, mais dans les cas avancés, on peut noter la faiblesse de certains muscles, le plus souvent le supra-épineux.

• TESTS DES CONFLITS

D'après l'étude menée par N. Olivier et coll. ⁽¹⁵⁾, 36 % des nageurs répondraient positivement à un test de conflit. Ces tests nous permettent d'aiguiser un peu plus le diagnostic lésionnel.

- a) Signe et test d'impingement de Neer et Welsh (Post, 1987) (fig. 8): l'examineur bloque la scapula pour éviter sa rotation pendant qu'il élève vers l'avant, avec force, le bras porté en rotation interne maximale ce qui réveille la douleur. Anatomiquement, le tubercule majeur coince la coiffe sous le bord latéral de l'acromion et sous son bord médial lors de cette manoeuvre, mais également contre le bord supérieur de la glène ⁽²⁸⁾. D'autres travaux confirment que la coiffe est surtout comprimée au bord antérieur de l'acromion, comme l'avait suggéré Neer. La sensibilité de ce test est très bonne: 88,7 % ⁽²⁹⁾.

- b) **Test de Hawkins** (Hawkins et Kennedy, 1980) (fig. 9): bras en élévation antérieure à 90°, coude fléchi. La mise en rotation interne réveille une douleur en cas de conflit antéro-supérieur ou antéro-interne. Les études anatomiques montrent que la coiffe est comprimée sous le ligament acromio-coracoïdien lors de cette manoeuvre, mais également au bord antérosupérieur de la glène dans son versant endoarticulaire ⁽²⁸⁾. Ce test semble être le plus sensible des tests d'évaluation des conflits. Calis ⁽²⁹⁾ retrouve une sensibilité de 92,1 %.

- c) **Test de Yocum** (Yocum, 1983) (fig. 10): la main posée sur l'épaule saine. L'examineur demande au sujet de soulever le coude fléchi et provoque la douleur par conflit d'abord entre le tubercule majeur et le ligament acromio-coracoïdien, puis avec l'articulation acromio-claviculaire en résistant à l'élévation du coude. Ce test est très sensible (82 %) ⁽²⁹⁾.

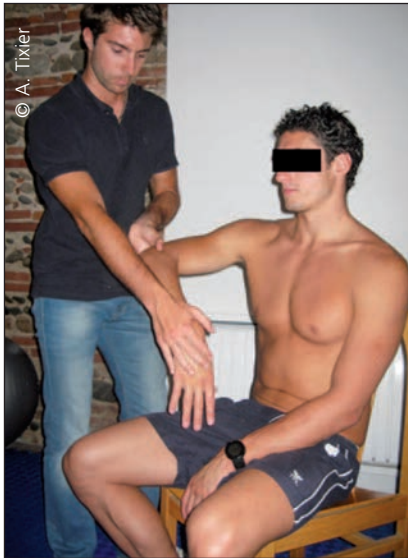
• BILAN SENSITIVO-MOTEUR DE L'ÉPAULE

• Kinesthésie et statesthésie

Il convient d'effectuer les tests de **kinesthésie** (sensation du mouvement) et de **statesthésie** (sensation de positionnement). Ceux-ci sont essentiels mais mettent rarement en évidence un déficit chez les athlètes de haut niveau, ceux-ci ayant une perception fine de leur schéma corporel.

• Vigilance neuromusculaire

Il n'existe à ce jour (à notre connaissance) pas d'échelle d'évaluation du degré de vigilance neuromusculaire. Il faut donc tester **la stabilisation** de l'épaule en chaînes semi-fermée et fermée à l'aide de ballons, de plateaux instables ou d'une résistance manuelle (stabilisations rythmées et inversions lentes). Il faut donc mettre en place des exercices en progression qui nous permettent d'identifier le niveau de vigilance neuromusculaire du patient à travers,



» » Figure 9: test de Hawkins



d'une part l'objectivation du thérapeute et, d'autre part la sensation subjective de réussite du patient d'un exercice.

La progression dans ce type d'exercice fait appel à certaines connaissances. En effet, la vitesse des inversions lentes, la chaîne employée (ouverte ou fermée), la localisation des résistances, la position articulaire sont des paramètres à prendre en compte⁽⁴⁾. Ceci permet de vérifier l'application des programmes moteurs réflexes.

Nous proposons d'utiliser une échelle verbale simple (EVS) (tableau 2) de la difficulté dans la réalisation des exercices. Le succès d'un exercice tient compte de **la cotation 0 à l'EVS, du recentrage de la tête humérale, de la qualité du mouvement, et de l'absence de douleur.**

Cotation	
0	Aucune difficulté
1	Difficulté légère
2	Difficulté moyenne
3	Difficulté importante
4	Impossible

» » Tableau 2: échelle d'évaluation de la difficulté

• Vérifier la stabilité de l'épaule

Le principal test à appliquer est celui de **l'appréhension** en plaçant l'épaule en abduction/rotation latérale maximale et la rotation (position 90°-90°), tout en appliquant une force face postérieure de l'épaule dirigée vers l'avant dans le but de provoquer un sentiment d'appréhension ou d'instabilité. Ce test suscite généralement un certain inconfort, mais pas de crainte ou de sentiment d'instabilité chez la plupart des nageurs.

Le « Relocation test » permet de différencier une épaule instable d'une épaule conflictuelle. Ce test consiste à amener l'épaule en position d'appréhension et replacer ensuite la tête humérale dans son logement. Si les douleurs disparaissent, il s'agit d'une instabilité (souvent due au bourrelet).

• EVALUER LA LAXITÉ DES ARTICULATIONS

Chez la plupart des nageurs, une augmentation légère à modérée de la laxité est constatée, indiquant une laxité multidirectionnelle. Parfois, cela peut conduire à l'instabilité symptomatique pour laquelle le nageur se plaint d'une subluxation ou d'un déplacement de l'épaule.

• Test de la laxité inférieure

Il est important d'évaluer la laxité inférieure pour identifier ou non la présence du signe du sillon. Ceci est complété en tractant le bras vers le bas, lors de la vérification d'un écart ou sillon entre la tête humérale et le bord externe de l'acromion, ce qui indique une subluxation inférieure

de la tête humérale.

- Niveau 1 – Moins d'une largeur de doigt (< 1 cm).
- Niveau 2 – Une largeur de doigt (1-2 cm).
- Niveau 3 – Plus que la largeur d'un doigt (> 2 cm).

Comparer à l'épaule opposée (qui devrait être similaire, sauf après un traumatisme unilatéral) ⁽⁴⁾.

• Les tests de tiroirs antérieur et postérieur

Les tests de tiroirs antérieur et postérieur de l'humérus se font à la fois au repos, patient assis, et en supination avec le bras en abduction de 90°. On bloque l'acromion entre pouce et index d'une main, la tête humérale entre pouce et index de l'autre main et l'on recherche l'existence d'un jeu dans l'articulation gléno-humérale.

• Les tests de laxité générale

Il convient d'évaluer une éventuelle laxité ligamentaire de manière générale dans les autres articulations (par exemple l'hyperextension aux coudes et aux genoux, le pouce, etc).

Une laxité ligamentaire généralisée serait liée à la composition du collagène de la personne, et est plus fréquemment rencontrée chez les femmes.

NB: cette laxité (dominance antéro-postérieure) est fréquente chez le nageur avec un taux avoisinant les 70 % ⁽¹⁵⁾.

• Vérifier l'intégrité du bourrelet glénoïdien

- Un « accroc » du bourrelet est suggéré quand un clic douloureux est noté au cours de la phase de reprise de la nage (en pronation). Souvent, le nageur peut reproduire ce « clic » pendant l'examen.
- Le test de **O'Brien** peut suggérer une lésion du bourrelet supérieur, ou SLAP lésion. On demande à l'athlète de résister à une force vers le bas avec l'épaule en flexion-adduction de 15°, rotation médiale maximale et le coude tendu (le pouce vers le bas). Une douleur produite avec cette manoeuvre et qui est soulagée avec le bras en rotation latérale suggère une lésion SLAP (fig. 11).

Alors que l'épaule est poussée à ses limites en termes de force et d'endurance, la coiffe des rotateurs se fatigue généralement avant les muscles de puissance, ce qui aboutit à des micromouvements et la subluxation de la tête humérale. Ceci, à son tour, diminue l'efficacité de nage, entraînant des lésions de la coiffe des rotateurs, du tendon du long biceps, et du bourrelet glénoïdien.

La subluxation supérieure de la tête humérale est particulièrement problématique, car elle peut provoquer le frottement des tendons de la coiffe des rotateurs contre l'acromion, conduisant à une tendinopathie. La bourse séreuse sous-acromiale s'enflamme souvent, conduisant à

une bursite douloureuse.

— EXAMENS COMPLÉMENTAIRES —

• LA RADIOGRAPHIE

Une radiographie d'incidence antéro-postérieure et dans le plan de la scapula doit être réalisée lorsque la douleur persiste après 6 semaines de repos et/ou de rééducation. Ces radiographies permettent d'éliminer des causes beaucoup plus rares (fracture de fatigue, infection, tumeur, etc) ⁽⁴⁾.

• L'IMAGERIE PAR RÉSONNANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Si l'IRM est nécessaire, c'est l'examen susceptible d'être le plus utile pour déterminer la lésion de l'épaule du nageur. Dans la plupart des cas, les résultats de l'IRM sont normaux chez le nageur.

À l'occasion, l'IRM peut mettre en évidence une certaine augmentation du signal dans la substance du tendon du supra-épineux, ce qui indique une tendinopathie. Si du liquide est détecté dans la bourse séreuse sous-acromiale, cela peut témoigner d'une bursite avec une rupture partielle ou effilochage de la coiffe des rotateurs.

Si une lésion du bourrelet est soupçonnée, un arthroscanner avec injection intra-articulaire de gadolinium doit être envisagé ⁽⁴⁾.

• L'INJECTION SOUS-ACROMIALE

Cela peut être un test utile chez le nageur âgé qui n'a pas



» » Figure 11 : test de O'Brien



répondu à un repos et à de la rééducation, ce qui suggère une rupture partielle ou complète de la coiffe des rotateurs. Lorsqu'elle est effectuée avec la lidocaïne seule, une injection sous-acromiale peut être à la fois un diagnostic ainsi qu'un moyen thérapeutique quand un corticoïde (par exemple, la méthylprednisolone) est ajouté.

Le soulagement immédiat de la douleur suite à l'injection (comme en témoigne un résultat négatif au test de Neer) suggère une lésion de la coiffe des rotateurs et/ou de la bourse sus-jacente.

L'addition d'un corticostéroïde à l'injection peut donner à l'athlète une longue période de soulagement de la douleur, qui dure des semaines ou des mois, au cours de laquelle un programme de renforcement de la coiffe des rotateurs peut être entrepris ⁽⁴⁾.

— CONCLUSION —

Ce déroulement physiopathologique rejoint l'approche des décentrages de Sohier et Th. Marc. Pour eux, l'épaule du sédentaire est le siège de décentrages consécutifs à une disproportion des forces en présence avec, notamment, la présence de rotateurs internes puissants qui provoquent le spin et du deltoïde décentrant la tête humérale vers le haut. Cette disproportion serait due à une inadaptation de l'anatomie à la bipédie.

Le nageur, du fait de la puissance importante de ses rotateurs internes, mais surtout d'un manque d'endurance de la coiffe des rotateurs et des fixateurs de la scapula, se créerait des dysfonctions en spin qui n'amélioreraient pas la laxité.

La coiffe permet de lutter contre ces forces ascensionnelles et rotatoires de plusieurs façons :

- en activant préférentiellement l'infra-épineux, le petit rond et le subscapulaire au début de l'élévation;
- en générant une force de coaptation;
- en consistant la principale force de rotation externe.

Un examen systématique et programmé comme celui proposé par Troisier reste la règle pour pouvoir déceler les différentes lésions et expliquer les pathologies du sportif jeune ou expérimenté.

Les auteurs déclarent ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé ou industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

— CONTACT —

<http://www.physioswim.com>
Arnaud Tixier

47 Rue Bayard 31000 Toulouse
0033 9 52 21 77 44
www.lokal-masseurs-kinesitherapeutes.com

— BIBLIOGRAPHIE —

- 1 Viel E, Esnault M. *Récupération du sportif blessé, de la rééducation en chaîne fermée au steching en chaînes musculaires*. Paris: Éditions Masson, 2003: 1-47, 83-102, 149-58.
- 2 Forthomme B, Crielaard JM, Croisier JL. *Rééducation de l'épaule du sportif: proposition d'une fiche d'évaluation fonctionnelle*. *J Traumatol Sport* 2006;23:193-202.
- 3 Mansat M. L'épaule dans le geste du lancer. Quelles pathologies? *L'Observatoire du Mouvement: la Lettre* 2002;6:3-4.
- 4 Sherwin SW Ho. *Swimmer's shoulder, section of orthopedic surgery and rehabilitation medicine*. Updated on Jun 15, 2006: <http://emedicine.medscape.com/article/93213-overview>
- 5 Kapandji AI. *Physiologie articulaire – Tome 1*. Paris: Éditions Maloine, 2005: 4-74.
- 6 Dufour M, Pillu M. *Biomécanique fonctionnelle*. Paris: Éditions Masson, 2005: 291-336.
- 7 Codine P, Pocholle M, Hérisson Ch. Mécanismes de stabilisation de l'épaule. *Ann Kinésithér* 2003;19:12-5.
- 8 Richardson AR, Jobe FW, Collins HR. The shoulder in competitive swimming. *Am J Sports Med* 1980;8(3):159-63.
- 9 Beach ML, Whitney SL, Dickoff-Hoffman SA. Relationship of shoulder flexibility, strength, and endurance to shoulder pain in competitive swimmers. *J Ortho Sports Phys Ther* 1992;16(6):262-8.
- 10 Greipp JF. Swimmer's shoulder: the influence of flexibility and weight training. *Phys Sportsmed* 1985;13(8):92-105.
- 11 Bansal S, Akhoury Gaurang Kumar S, Jaspal Singh S. Shoulder impingement Syndrome among competitive swimmers in India – Prevalence, evaluation and risk factors. *J Exerc Sci Fit* 2007;5(2):102-8.
- 12 Pollard H, Crocker D. Shoulder pain in elite swimmers. *ACO* 1999;8(3): 91-5.
- 13 Zone critique de Codman et Uthoff. In: Codman EA. *Rupture of the supraspinatus tendon. The Shoulder*. Boston: Thomas Todd Publishing Company, 1934: 123-77.
- 14 Uthoff HK, Ishii H. *Histology of the cuff and pathogenesis of degenerative tendinopathies. The cuff*. Paris: Elsevier, 1997: 19-22.
- 15 Olivier N, Quintin G, Rogez J. Le complexe articulaire de l'épaule du nageur de haut niveau. *Ann Méd Phys Réa* 2008;51:342-7.
- 16 Ginn KA, Cohen ML, Herbert RD. Does hand-behind-back range of motion accurately reflect shoulder internal rotation? *J Shoulder Elbow Surg* 2006;15:311-4.
- 17 Wakabayashi I et al. Does reaching the back reflect the actual internal rotation of the shoulder? *J Shoulder Elbow Surg* 2006;15:306-310.
- 18 Certoux JR, Marc Th, Cludel A, Teissier J. Rachis cervical et tendinopathie de la coiffe des rotateurs. *Kinésithér Scient* 2008;489:23-6.
- 19 Paumard P. Influence de la posture de la colonne cervicale et dorsale sur les conflits pathologiques de l'épaule: les premières données sont confirmées et des propositions thérapeutiques envisagées. *Kinésithérapie, la Revue* 2006;Vol.6;n°54:8.
- 20 Cleland J. *Examen clinique de l'appareil locomoteur. Tests, évaluation et niveaux de preuves*. Paris: Éditions Masson, 2007: 113-4.
- 21 Codman EA. Rupture of the supraspinatus tendon. *Clin Orthop Relat Res* 1911;254:3-26.
- 22 Chanussot JC. Rythme scapulo-huméral et pathologie du rythme sportif - Partie 1. *Kinésithér Scient* 2005;461:57-8.
- 23 Chanussot JC. Rythme scapulo-huméral et pathologie du rythme sportif - Partie 2. *Kinésithér Scient* 2006;462:49-50.
- 24 Kelly BT, Kadrmaz WR, Speer KP. The manual muscle examination

for rotator cuff strength. An electromyographic investigation. *Am J Sports Med* 1996;24:581-8.

25 Itoi E, Kido T, Sano A, Urayama M, Sato K. Which is more useful the 'full can test' or the 'empty can test,' in detecting the torn supraspinatus tendon? *Am J Sports Med* 1999;27:65-8.

26 Kelly BT, Kadrmaz WR, Speer KP. The manual muscle examination for rotator cuff strength. An electromyographic investigation. *Am J Sports Med* 1996;24:581-8.

27 Barth JR, Burkhart SS, De Beer JF. The bear-hug test: a new and sensitive test for diagnosing a subscapularis tear. *Arthroscopy* 2006;22:1076-84.

28 Valadie ALr, Jobe CM, Pink MM, Ekman EF, Jobe FW. Anatomy of pro-vocative tests for impingement syndrome of the shoulder. *J Shoulder Elbow Surg* 2000;9:36-46.

29 Calis M et al. Diagnostic values of clinical diagnostic tests in subacromial impingement syndrome. *Ann Rheum Dis* 2000;59:44-7.

30 Gazzielli DF. *Rééducation et chirurgie de l'épaule au quotidien*. Éditions Sauramps Médical, 2006 : 19, 23-9, 69-105.

31 Jones L, Kusunose R. *Jones strain-conterstrain*. Ed. Goering : ISBN 0964513544.

32 Certoux JR, Marc Th, Cludel A, Teissier J. Rachis cervical et tendinopathie de la coiffe des rotateurs. *Kinésithér Scient* 2008;489:23-6.

33 Sohler R. Kinésithérapie analytique de l'épaule. *Kinésithérapie, la Revue* 2010;97:38-48.

34 Marc Th, Rifkin D, Gaudin Th, Lacaze F, Teissier G., Protocole et résultats des la rééducation de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs. *Kinésithér Scient* 2003;437:25-30.

35 Marc Th. Prise en charge manuelle des tendinopathie de la coiffe des

rotateurs. *Kinésithérapie, les Cahiers* 2004; n°32-33; Août-Septembre:54-8.

36 Marc Th, Gaudin Th, Eid A, Lacaze F, Teissier G. Traitement fonctionnel de la rupture de coiffe. Protocole et résultats chez un groupe de 21 patients. *Kinésithér Scient* 2001;415:46-8.

37 Delaire M, Förster J. La résistance élastique progressive, historique et principes de base. *Kinésithérapie, la Revue* 2009;94:30-3.

38 Sohler R. Kinésithérapie de l'épaule. *Bases, techniques, traitements différentiels*. Louvain : Éditions Kiné-Sciences, 1985.

39 Sohler R, Gavardin T, Orgevet G. Traitement kinésithérapique de l'épaule chronique douloureuse et/ou enraidie. *Kinésithérapie, les Cahiers* 2005;n°41-42;Mai-Juin:58-65.

40 Nordt WE, Garretson RB, Plotkin E. The Measurement of subacromial contact pressure in patients with impingement syndrome. *Arthroscopy* 1999;vol.15;n°2:121-5.

41 De Mey K, Cagnie B, Danneels LA, Cools AM, Van de Velde A. Trapezius muscle timing during selected shoulder rehabilitation exercises. *J Orthop Sports Phys Ther* 2009;39(10):743-52.

42 Codine P, Pocholle M, Hérisson Ch. Anomalies neuromusculaires et instabilité de l'épaule. *Ann Kinésithér* 2003;19:16-9.

43 Viel E. Le point sur la rééducation par la proprioception. *J Traumatol Sport* 2001;18:93-103.

44 Paumard P. La chirurgie où des exercices de rééducation spécifiques permettent une amélioration de la proprioception d'épaules instables ou conflictuelles. *Kinésithérapie, la Revue* 2007;66:4-14.

45 Brushoj J et al. Swimmers painful shoulder arthroscopic findings and return rate to sports. *Scand J Med Sci Sports* 2007;17:373-7.

46 Rodineau J, Rolland E. Séquelles des traumatismes articulaires chez les sportifs. 25^e Journée de traumatologie du sport de la Pitié-Salpê-trière.



Centre d'impression de la Broye

**Vous avez un projet,
vous souhaitez
bénéficier des
meilleures
prestations
d'impression,
faites nous part
de vos besoins,
nous sommes
à votre service !**

Route de la Scie 9 • 1470 Estavayer-le-Lac
Tél. 026 663 12 13 • Fax 026 663 46 85
E-mail : info@cibsa.ch • www.cibsa.ch

Compex®

Au service de vos patients

**Service de traitement
à domicile**

021 695 23 60

Lundi au vendredi

8h00 à 12h00 et 13h30 à 16h30

- Réhabilitation musculaire
- Programmes personnalisés
- Traitements urogynécologiques
- Traitements antidouleurs
- Muscles dénervés



www.cefarcompex.com



Les pansements venus du Japon sont en général appliqués directement sur les zones à l'origine d'un trouble éventuel. Ces tapes misent sur l'activation des ressources corporelles, sans recourir à des additifs chimiques. En Asie, l'on s'en sert depuis des décennies. Bien qu'ils aient été au départ considérés avec scepticisme, les pansements trouvent aussi en Suisse de plus en plus d'adeptes. Dr. N. Kossmann, médecin à la Schmerzlinik (centre de la douleur) de Bâle, est un pionnier dans l'utilisation des Aquatitane Tapes.



Phiten se démarque avec ses pansements énergétiques

Rapport d'expérience « Aquatitane Tape »

Monsieur Kossmann, depuis quand connaissez-vous les pansements Aquatitane et comment les avez-vous découverts?

Dr Kossmann: Des patients enthousiastes m'ont conseillé les pansements et les patches à base d'Aquatitane au cours de mes consultations de rhumatologie. Depuis 2009, j'utilise régulièrement les Aquatitane Tapes, vu que mes patients les apprécient considérablement.

Quelles sont les expériences que vous avez faites avec ces pansements?

Dr Kossmann: Depuis 2009, j'ai observé l'utilisation des Aquatitane Tapes (X30) sur plus de 500 patients, et 2/3 d'entre eux ont jugé l'efficacité des pansements bonne voire très bonne. Par ailleurs, il convient de mentionner la bonne adhérence des pansements élastiques ainsi que les rares réactions allergiques constatées par rapport aux versions classiques.

Dans quels cas conseillerez-vous les pansements, ou sur quel type de patients avez-vous constaté des effets positifs?

Dr Kossmann: Les pansements sont conseillés pour toute douleur aiguë ou chronique au niveau des articulations et du dos, les tensions musculaires, les douleurs neuropathiques ainsi que comme soutien en cas d'infiltration intra-articulaire ou de traitement physiothérapeutique. Les Aquatitane Tapes ont également fait leurs preuves auprès de patients qui refusent les mesures invasives (infiltrations ou opérations) ou qui souhaitent réduire les doses d'antidouleurs.



Power Tapes (70 pièces)

N° d'art. XEPT7200 Code Pharma 5378482 PV CHF 19.90

Les Power Tapes sont le produit phare de la gamme Phiten. Imprégnés de particules de titane, ils s'appliquent directement sur la zone à l'origine de tensions. *) A changer tous les 2 à 3 jours pour des raisons d'hygiène.



Aquatitane Tapes X30 (50 pièces)

N° d'art. XEPT7300 Code Pharma 5343443 PV CHF 22.50

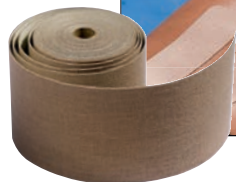
Les fibres de ces pansements ont été imprégnées selon la nouvelle technologie de production X30 (concentration d'Aquatitane 30 fois supérieure), ce qui permet un meilleur transfert énergétique. *)



Aquatitane Tape X30 7 x 10cm (8 pièces)

N° d'art. XEPU0600 Code Pharma 5125321 PV CHF 19.90

Ce modèle est idéal pour les zones vastes ou les groupes de muscles. Grâce à leur prédécoupage pratique, ils peuvent également être coupés en deux pour une application optimale, p. ex., sur le tendon d'achille. *)



Aquatitane Tape X30 5cm x 4.5m

N° d'art. XEPU0500 Code Pharma 5125338 PV CHF 49.00

La forme la plus flexible du pansement. Il peut être apposé sur le dos, autour du genou, sur l'épaule ou encore sous forme de bandage croisé sur la cheville ou la cuisse. Si vous ressentez des tensions dans le bas du dos, le Dr Kossmann conseille d'appliquer le pansement en étoile sur la zone à traiter. *)



Unique et
Hautement dosé

SWISS ALP
HEALTH

Pour maintenir les articulations

ExtraCellMatrix – ECM

La **formule complète** pour le
cartilage, les **tendons**
et les **ligaments**

Offre spéciale pour ostéopathes et physiothérapeutes
Tel : 021 711 33 11 info@swiss-alp-health.ch



Made in Switzerland
www.swiss-alp-health.ch

Effets du massage sur la variabilité de la fréquence cardiaque chez le nouveau-né prématuré

SL SMITH¹, R LUX², S HALEY³, H SLATER³, J BREEDY³, LJ MOYER-MILEUR³

1 School of Nursing, University of Louisville, Louisville, KY, USA

2 Cardiovascular Research and Training Institute, University of Utah, Salt Lake City, UT, USA and

3 Division of Neonatology, Department of Pediatrics, University of Utah, Salt Lake City, UT, USA

Résumé par Yves Larequi
Physiothérapeute-Ostéopathe
(Lausanne)

Mots-clés: massage, variabilité de la fréquence cardiaque, enfant prématuré

Key words: massage therapy, heart rate variability, premature infant

— INTRODUCTION —

Le but de cette étude était d'évaluer l'effet du massage sur la variabilité de la fréquence cardiaque en tant qu'indicateur de la mesure du développement et de la fonction du système nerveux autonome (SNA) chez des nourrissons prématurés pendant 4 semaines d'hospitalisation.

Les enfants prématurés hospitalisés sont soumis à de nombreux événements stressants qui conduisent à des altérations cardiaques réactionnelles.

Ces altérations cardiaques réactionnelles ne s'améliorent pas avant que l'enfant ait atteint l'âge de son terme normal. Les thérapies par le toucher telles que le massage des enfants par des mouvements et des pressions manuels sur les tissus mous réduisent les marqueurs neurochimiques et hormonaux du stress chez ces enfants prématurés. Des améliorations de la réactivité du SNA chez les prématurés à court terme ont déjà été rapportées, mais les modifications du développement du SNA sur le long terme n'ont pas encore été étudiées et les modifications neuroendocriniennes en réponse au massage étaient jusque-là méconnues.

La maturation du système neuroendocrinien des fœtus apparaît tardivement dans la gestation, en général au-delà de la 32^e semaine et est essentiel pour la régulation de l'homéostasie intra-utérine.

Cette maturation neuroendocrinienne inclut la différenciation du SNA et de l'axe « hypothalamo-pituitaire-adrénalien » (HPA). Ainsi, les réponses SNA/HPA sont hautement

protectrices et essentielles dans des conditions de stress aigu et peuvent devenir pathogène dans des situations de stress chronique.

Une naissance prématurée va interrompre la maturation du SNA et de l'axe HPA provoquant une augmentation des réponses de ce dernier. En plus de l'augmentation de la réponse de l'axe HPA, les prématurés ont un SNA immature qui se manifeste par une dominance de la branche sympathique de ce système concomitant avec un développement retardé de la branche parasympathique. Ainsi les événements stressants provoquent une réponse exagérée du système sympathique liée au retard du développement du système parasympathique.

Dans cette situation, les réponses exagérées du système sympathique se manifestent par des fluctuations de la pression sanguine, des apnées, des bradycardies et des changements de couleur de la peau.

Dans cette étude, les auteurs posent comme hypothèse de travail que le massage des enfants prématurés pourrait améliorer le développement et la fonction du SNA par l'augmentation de la variabilité de la fréquence cardiaque. Pour cela, ils ont mesuré la variabilité du rythme cardiaque avant, pendant et après le massage comme indicateur du développement et de la fonction du SNA.

— MÉTHODE —

a) Type d'étude: il s'agit d'une étude longitudinale, prospective randomisée, masquée. Les mesures électrocardiographiques ont été enregistrées tout au long de l'étude chaque matin pendant les semaines 0 à 4. Les données concernant la variabilité de la fréquence cardiaque ont ensuite été extraites de ces mesures. Afin d'obtenir un facteur de corrélation moyen de 0,8, un échantillonnage de 14 enfants par groupe était nécessaire.

b) Sujets: Pour cette étude des enfants prématurés ont été recrutés au sein du University of Utah Hospital et de l'unité de soins natals intensifs du Intermountain Medical Center de Salt Lake City, Utah. Les caractéristiques démographiques des sujets sont résumées dans le [tableau 1](#).

- c) Les critères d'inclusions des sujets étaient:
- Prématurés entre 28 et 32 semaines post menstruations
 - Enfants médicalement stables
 - Prise en charge dans l'étude pas plus tard que le 14^e jour après la naissance

Critères d'exclusion: anomalies congénitales, pathologies cardiaques complexes, accidents de naissance, hypothyroïdisme, hémorragie intra ventriculaire supérieure au grade 2, autres problèmes pouvant influencer le stress et la variabilité de la fréquence cardiaque.

Finalement, sur les 175 enfants prématurés examinés, 17 ont été inclus dans le groupe massage et 20 dans le groupe contrôle.

d) Procédures des traitements de massage et du groupe contrôle: les enfants du groupe massage ont reçu un massage biquotidien de 20 minutes du jour 1 à 29 de l'étude.

Le protocole des techniques de massage était le suivant:

- 6 manœuvres de compression des tissus mous en position de décubitus ventral sur 5 régions:
 - a) Partie proximale des cuisses en direction des chevilles et des pieds
 - b) Cage thoracique
 - c) Epaules en direction des bras et des mains
 - d) Tête et cou
 - e) Dos, de la nuque vers la taille

Le groupe de contrôle ne recevait pas de massage alors que les enfants restaient en décubitus ventral pendant 20 minutes sous la surveillance du masseur. Ces massages ont été effectués par 9 masseurs professionnels formés au massage pour les enfants et étaient entraînés à identifier les signes de comportement des enfants susceptibles de présenter des réactions de stress telles que des apnées, des bradycardies et des modifications de la couleur de la peau. Aucun enfant n'a manifesté de tels symptômes durant cette étude.

e) Mesures de la variabilité de la fréquence cardiaque: durant cette étude la fréquence cardiaque de ces enfants était surveillé par ECG de surface et les données ont été collectées 10 minutes avant le début du massage et du contrôle, puis continuellement pendant les manœuvres et 10 minutes après le massage/contrôle pendant les semaines 0 à 4.

— RÉSULTATS —

- a) Caractéristiques des prématurés: les enfants prématurés étaient stables lors de l'entrée dans l'étude, respiraient spontanément et recevaient 100ml/kg par jour de nourriture per entéral. La fréquence cardiaque des enfants se situaient entre 160 et 166 battements par minute (BPM) en pré-session, lors du massage et du contrôle entre 158 et 167BPM et entre 157 et 165 en post-session sans différences significatives entre les 2 groupes.
- b) La variabilité de la fréquence cardiaque: la variabilité de la fréquence cardiaque fournit donc des informations sur l'état de fonctionnement du SNA et l'âge des enfants prématurés est corrélé avec la variabilité de la fréquence

Caractéristiques	Groupe Massage n (%)	Groupe contrôle n (%)
Sex		
Féminin	8 (47)	11 (55)
Masculin	9 (53)	9 (45)
Appartenance ethnique		
Hispanique	8 (47)	13 (65)
Blancs non hispanique	9 (53)	7 (35)
	Moyenne de groupe Massage	Moyenne de groupe Contrôle
Age (en semaines post-menstruation)		
A la naissance	31,6	31,3
Au début de l'étude	32,7	32,3
A la fin de l'étude	35,9	35,4
Poids (en grammes)		
A la naissance	1615,5	1641
Au début de l'étude	1522,1	1597,9
A la fin de l'étude	2186,4	2246,9

» » Tableau 1: caractéristiques démographiques des enfants prématurés qui ont participé à cette étude sur le massage (n = 37); (d'après SL Smith et al.)

cardiaque, particulièrement dans des domaines de hautes et basses fréquences et détermine donc le niveau de maturation du SNA.

Il convient de préciser que la variabilité de la fréquence cardiaque est affectée par de nombreux facteurs tels que la pression artérielle, la température corporelle, la respiration, des modifications de l'équilibre biochimique acide-base, l'état d'oxygénation, de ventilation, ainsi que des paramètres psychologiques. Cette variabilité est une représentation du contrôle cardio-vasculaire exercé par le SNA et conditionne directement le fonctionnement du SNA.

Il a été démontré que ces fluctuations de la fréquence cardiaque, quelle que soit ce soit cette fréquence (de 160, 165 ou 150 ou encore 120 battements/minute), se situent dans deux domaines de fréquences: des hautes fréquences (de 0,02 à 0,2Hz) et des basses fréquences (de 0,2 à 2,0Hz). Les fluctuations de hautes fréquences reflètent l'activité du système parasympathique du SNA, alors que les fluctuations de basses fréquences reflètent plutôt l'activité du système sympathique.

Le rapport basses fréquences sur hautes fréquences détermine donc une représentation de l'équilibre sympathico-vagal.

D'autres études ont établi qu'il existe une augmentation de la variabilité de la fréquence cardiaque lorsque le rapport basses fréquences sur haute fréquence diminue, indiquant une augmentation de l'activité du système parasympathique. A l'inverse, il y a une diminution de la variabilité de la fréquence cardiaque lorsque le rapport basses fréquences sur hautes fréquences augmente, indiquant alors une augmentation du système sympathique. La diminution de la variabilité de la fréquence cardiaque dans cette situation augmente le risque de mort subite de l'enfant durant son sommeil et à l'inverse l'augmentation de cette variabilité a tendance à diminuer ces risques de mort subite.

Le rapport basses fréquences/hautes fréquences s'est révélé significativement plus haut chez les enfants du groupe contrôle lors de semaines 3 et 4 par rapport au début de l'étude, indiquant une augmentation de l'activité du système sympathique dans ce groupe, alors que les enfants masculins du groupe massage présentaient un rapport plus petit démontrant une augmentation de l'activité du système parasympathique. De manière surprenante, les sujets féminins des deux groupes n'ont pas démontré de modification du rapport basses fréquences sur hautes fréquences pendant les semaines 0 à 4 de l'étude.

— DISCUSSION —

Chez les enfants prématurés, le développement du SNA est incomplet et la branche sympathique est plus développée que celle du système parasympathique.

Dans cette étude, les auteurs ont effectivement démontré une augmentation prononcée de l'activité du système parasympathique chez les prématurés du groupe massage (particulièrement chez les sujets mâles) et une augmentation de l'activité du système sympathique dans le groupe contrôle. Les auteurs ont également démontré qu'après les sessions de massage, le rapport basses fréquences sur hautes fréquences était plus bas, indiquant une réponse de diminution du stress chez ces enfants prématurés. Ainsi les manœuvres de massage ont démontré une amélioration des situations de dysfonction et de développement du processus de maturation du SNA par une augmentation de l'activité du système parasympathique.

— CONCLUSION —

En conclusion, cette étude a démontré des effets positifs du massage sur le développement de la variabilité de la fréquence cardiaque chez des enfants prématurés médicalement stables. L'homogénéité de l'échantillonnage des sujets des prématurés nés entre 29 et 32 semaines était de nature à renforcer ces résultats. Les auteurs ont donc démontré les effets positifs du massage sur la fonction et le développement du système parasympathique et, par extension sur la maturation du SNA.

— BIBLIOGRAPHIE —

1. Cohen G, Vella S, Jeffery H, Lagercrantz H, Katz-Salamon M. Cardiovascular stress hyperreactivity in babies of smokers and in babies born preterm. *Circulation* 2008; 118(18): 1848–1853.
2. Longin E, Gerstner T, Schaible T, Lenz T, König S. Maturation of the autonomic nervous system: differences in heart rate variability in premature vs term infants. *J Perinat Med* 2006; 34(4): 303–308.
3. Patural H, Pichot V, Jaziri F, Teyssier G, Gaspoz JM, Roche F et al. Autonomic cardiac control of very preterm newborns: a prolonged dysfunction. *Early Hum Dev* 2008; 84(10): 681–687.
4. Cohen G, Lagercrantz H, Katz-Salamon M. Abnormal circulatory stress responses of preterm graduates. *Pediatr Res* 2007; 61(3): 329–334.
5. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M. Vagal activity, gastric motility, and weight gain in massaged preterm neonates. *J Pediatr* 2005; 147(1): 50–55.
6. Lee HK. The effect of infant massage on weight gain, physiological and behavioral responses in premature infants. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005; 35(8): 1451–1460.
7. Mathai S, Fernandez A, Mondkar J, Kanbur W. Effects of tactile-kinesthetic stimulation in preterms: a controlled trial. *Indian Pediatr* 2001; 38(10): 1091–1098.
8. White-Traut RC, Nelson MN, Silvestri JM, Patel MK, Kilgallon D. Patterns of physiologic and behavioral response of intermediate care preterm infants to intervention. *Pediatr Nurs* 1993; 19(6): 625–629.
9. Kim MS, Cho KS, Woo H, Kim JH. Effects of hand massage on anxiety in cataract surgery using local anesthesia. *J Cataract Refract Surg* 2001; 27(6): 884–890.
10. Moyer-Mileur L, Luetkemeier M, Boomer L, Chan GM. Effect of physical activity on bone mineralization in premature infants. *J Pediatr* 1995; 127(4): 620–625.
11. Ng PC, Lam CW, Lee CH, Ma KC, Fok TF, Chan IH et al. Reference ranges and factors affecting the human corticotropin-releasing hormone test in preterm, very low birth weight infants. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87(10): 4621–4628.

12. Ellis KJ, Yao M, Shypailo RJ, Urlando A, Wong WW, Heird WC. Body-composition assessment in infancy: air-displacement plethysmography compared with a reference 4-compartment model. *Am J Clin Nutr* 2007; 85(1): 90–95.
13. Matthews SG. Antenatal glucocorticoids and programming of the developing CNS. *Pediatr Res* 2000; 47(3): 291–300.
14. Dent GW, Smith MA, Levine S. The ontogeny of the neuroendocrine response to endotoxin. *Brain Res Dev Brain Res* 1999; 117(1): 21–29.
15. Chatow U, Davidson S, Reichman BL, Akselrod S. Development and maturation of the autonomic nervous system in premature and full-term infants using spectral analysis of heart rate fluctuations. *Pediatr Res* 1995; 37(3): 294–302.
16. DiPietro JA, Costigan KA, Pressman EK, Doussard-Roosevelt JA. Antenatal origins of individual differences in heart rate. *Dev Psychobiol* 2000; 37(4): 221–228.
17. Nakamura T, Horio H, Miyashita S, Chiba Y, Sato S. Identification of development and autonomic nerve activity from heart rate variability in preterm infants. *Biosystems* 2005; 79(1–3): 117–124. |
18. Kapoor A, Dunn E, Kostaki A, Andrews MH, Matthews SG. Fetal programming of hypothalamo-pituitary-adrenal function: prenatal stress and glucocorticoids. *J Physiol* 2006; 572(Pt 1): 31–44.
19. Smith SL. Heart period variability of intubated very-low-birth-weight infants during incubator care and maternal holding. *Am J Crit Care* 2003; 12(1): 54–64.
20. Stevens J. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. 3rd edn Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, NJ, 1996.
21. Moyer-Mileur LJ, Brunstetter V, McNaught TP, Gill G, Chan GM. Daily physical activity program increases bone mineralization and growth in preterm very low birth weight infants. *Pediatrics* 2000; 106(5): 1088–1092.
22. Finlay DD, Nugent CD, Nelwan SP, Bond RR, Donnelly MP, Guldenring D. Effects of electrode placement errors in the EASI-derived 12-lead electrocardiogram. *J Electrocardiol* 2010; 43(6): 606–611.
23. Neu M, Browne JV, Vojir C. The impact of two transfer techniques used during skin-to-skin care on the physiologic and behavioral responses of preterm infants. *Nurs Res* 2000; 49(4): 215–223.
24. Goto K, Mirmiran M, Adams MM, Longford RV, Baldwin RB, Boeddiker MA et al. More awakenings and heart rate variability during supine sleep in preterm infants. *Pediatrics* 1999; 103(3): 603–609.
25. Hunt CE. Ontogeny of autonomic regulation in late preterm infants born at 34–37 weeks postmenstrual age. *Semin Perinatol* 2006; 30(2): 73–76.
26. Witcombe NB, Yiallourou SR, Sands SA, Walker AM, Horne RS. Preterm birth alters the maturation of baroreflex sensitivity in sleeping infants. *Pediatrics* 2012; 129(1): e89–e96.
27. Toichi M, Sugiura T, Murai T, Sengoku A. A new method of assessing cardiac autonomic function and its comparison with spectral analysis and coefficient of variation of R-R interval. *J Auton Nerv Syst* 1997; 62(1-2): 79–84.
28. Field T, Diego MA, Hernandez-Reif M, Deeds O, Figueroa B. Moderate versus light pressure massage therapy leads to greater weight gain in preterm infants. *Infant Behav Dev* 2006; 29(4): 574–578.
29. Elsmen E, Hansen Pupp I, Hellstrom-Westas L. Preterm male infants need more initial respiratory and circulatory support than female infants. *Acta Paediatr* 2004; 93(4): 529–533.
30. Stark MJ, Clifton VL, Wright IM. Sex-specific differences in peripheral microvascular blood flow in preterm infants. *Pediatr Res* 2008; 63(4): 415–419.
31. Stark MJ, Clifton VL, Wright IM. Microvascular flow, clinical illness severity and cardiovascular function in the preterm infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2008; 93(4): F271–F274. |
32. Charmandari E, Kino T, Souvatzoglou E, Chrousos GP. Pediatric stress: hormonal mediators and human development. *Horm Res* 2003; 59(4): 161–179.
33. De Rogalski-Landrot I, Roche F, Pichot V, Teyssier G, Gaspoz JM, Barthelemy JC et al. Autonomic nervous system activity in premature and full-term infants from theoretical term to 7 years. *Auton Neurosci* 2007; 136(1-2): 105–109.

Article paru dans *Journal of Perinatology* (2013) 33, 59–64, sous le titre original : *The effect of massage on heart rate variability in preterm infants*.

Correspondance : Prof SL Smith, School of Nursing, University of Louisville, 555 Sout Floyd Street, Louisville, KY 40202, USA. E-mail : smsmith51@louisville.edu

Avec mes remerciements au Dr Jérôme Lavanchy (Chef de clinique en anesthésiologie, CHUV, Lausanne) pour sa relecture attentive de ce résumé.



Solo
Medical

Un partenaire de confiance à votre service !
Conseil, vente, installation et SAV
Matériel médical et paramédical

Pour :

- PHYSIOTHERAPEUTES
- SAGES FEMMES
- OSTEOPATHES

Solo Médical Rhône-Alpes
232 Montée de la Ravoire
74380 Bonne – France voisine

Tél. : 00 33 6 12 08 63 76
Fax : 00 33 4 88 56 23 21

Email : michel@solomedical-ra.com
Site Internet : www.solomedical-ra.com

Les massages sont-ils bénéfiques pour le nouveau-né ?

PUBLIÉ PAR MAMAN ÉPROUVETTE, LE 24 MARS 2013, 13H37

Le massage du nouveau-né est une pratique traditionnelle dans plusieurs régions du monde comme en Inde, au Bangladesh, au Népal, en Afrique et dans certaines sociétés du Pacifique Sud. Par exemple, au Népal, 89,5% des femmes massent leur bébé. Le massage est souvent initié dans les 12 heures suivant la naissance par une grand-mère ou une aînée. En Occident, le massage du nouveau-né commence tout juste à gagner en popularité. La recherche démontre en effet de plus en plus que le massage aurait des effets bénéfiques pour le bébé.

Par exemple, certaines études ont noté une association entre les massages et un meilleur gain de poids. Cette approche favoriserait aussi le développement des os et une meilleure régulation de la respiration. Elle pourrait également aider le bébé à maintenir sa température. De plus, en augmentant le nombre de selles dans les premiers jours suivants la naissance, cette technique diminuerait l'incidence de la jaunisse.

Du point de vue du développement, le massage du nouveau-né stimulerait les aspects neurologique et neuromoteur. Ainsi, une étude de 2009 démontrait que le fait d'être massé accélérerait la maturation de l'activité du cerveau et des fonctions visuelles du nouveau-né.

Le massage aurait également des impacts sur le comportement du bébé. Les bébés massés sont plus alertes et passent moins de temps endormis. En fait, ils sont plus actifs le jour et ont un meilleur sommeil la nuit. Ils sont également moins irritables et pleurent moins. On suppose donc que les massages pourraient diminuer la fréquence et l'intensité des coliques. Enfin, le massage pourrait aussi être bénéfique au développement du lien entre les parents et l'enfant. Du côté de la mère, cette approche améliorerait l'interaction entre celle-ci et son bébé. Du côté du père, le massage permettrait de diminuer significativement le stress paternel.

Par ailleurs, les massages ont très peu de désavantages. Notons toutefois que, chez les prématurés, cette technique pourrait théoriquement augmenter le risque d'infection. Certains bébés pourraient aussi réagir à l'huile utilisée pour

faire le massage. Enfin, les massages sont contre-indiqués pour les prématurés dont l'état n'est pas encore stabilisé, les bébés souffrants de problèmes cardiaques et en présence de lésion de la peau.

— LES MÉCANISMES POSSIBLES —

Pour l'instant deux hypothèses existent pour expliquer les effets bénéfiques du massage.

Premièrement, certains experts croient que les massages augmenteraient l'activité du nerf vague, un nerf impliqué entre autres au niveau de la digestion et de la fréquence cardiaque. Cela aurait donc pour effet d'augmenter l'activité du système digestif et de favoriser ainsi une meilleure absorption des nutriments. C'est d'ailleurs de cette façon que les massages pourraient améliorer le gain de poids.

La deuxième hypothèse repose sur la régulation du stress. On croit que l'effet apaisant des massages diminuerait l'activité du système de réponse au stress, le système nerveux sympathique, ce qui entraînerait une réduction des taux d'hormones de stress comme le cortisol et la noradrénaline. Ce serait alors le système nerveux parasympathique, responsable de la maintenance et du développement du corps, qui prendrait le contrôle. Ultimement, cela favoriserait donc la croissance du bébé et le bon fonctionnement de son système immunitaire.

En conclusion, la recherche semble en effet démontrer que les massages sont bénéfiques pour les nouveau-nés et qu'ils comportent très peu de risques. Ils sont également profitables pour les parents puisqu'ils favorisent la création du lien parent-enfant. Il s'agit donc d'une technique qui mériterait d'être plus connue.

Cet article a d'abord été publié sur le site www.mamaneprouvette.com



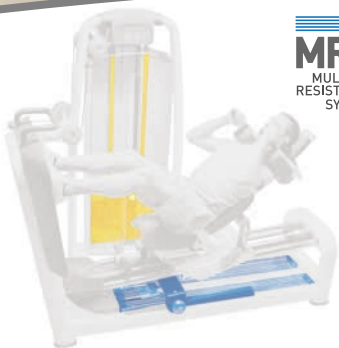
© detailblick | Fotolia



RÉSISTANCE ÉLASTIQUE ET CONTREPOIDS.



Selection Med - Leg Press



MRS
MULTIPLE
RESISTANCE
SYSTEM

Le Multiple Resistance System permet 5 types différents d'entraînement:

- Isométrique
- Sans résistance
- Résistance élastique
- Charge traditionnelle à contrepoids
- Charge combinée élastique & contrepoids

Avec ses 23 appareils Selection Med, Technogym offre l'une des lignes de produits les plus étendues pour le secteur médical. Les équipements sont conçus pour la réhabilitation, le fitness et l'entraînement de performance. Avec le concept MULTIPLE RESISTANCE SYSTEM, la nouvelle Leg Press Med combine la résistance élastique avec une charge traditionnelle à contrepoids et permet ainsi de diversifier les types d'entraînement.

www.technogym.ch

Pour informations ou pour demander le catalogue Wellness Collection:

SWITZERLAND - Fimex Distribution SA
Werkstrasse 36, 3250 Lyss, Tel. 032 387 05 05, Fax 032 387 05 15, E-Mail: info@fimex.ch

OTHER COUNTRIES - TECHNOGYM SpA
Ph. +39 0547 650101 Fax +39 0547 650591 E-mail: info@technogym.com



Compliant EEC 93/42 Directive

TECHNOGYM

The Wellness Company

BIEN NAÎTRE PAR L'OSTÉOPATHIE

Préfacé par le Prof. J.-P. Pracos et le Prof. Y. Matillon.

Edition Sully, paru en février 2013
N° ISBN 978-2-35432-093-5

Comment bien vivre sa grossesse, comment préparer la mère et l'enfant à l'accouchement, comment aider le nouveau-né à surmonter les suites parfois traumatisantes de sa venue au monde, comment assister le jeune enfant pour qu'il jouisse d'une bonne santé et d'une bonne vitalité?

Dans toutes ces situations, l'ostéopathie peut apporter des réponses d'une efficacité qu'on ne soupçonne pas. Car, sans prétendre être une panacée, cette médecine manuelle qui requiert de profondes connaissances possède un vaste champ d'applications. Considérant l'organisme comme un tout, elle agit par des techniques manipulatives douces et précises qui restaurent la libre circulation des fluides, du sang, des énergies.

L'ostéopathie ne concerne donc pas que les problèmes des os mais elle intervient également sur le fonctionnement des organes internes et même sur des troubles psychologiques dus à des tensions nerveuses dès lors que des problèmes d'ordre mécanique sont en cause.

En particulier dans le domaine de l'obstétrique, des troubles du nourrisson et du jeune enfant, l'ostéopathie se révèle une aide incomparable ainsi que le montre avec conviction *Jean-Paul*



Saby dans ce très bel ouvrage où il nous fait part de sa riche expérience. Les explications limpides sur l'art ostéopathique y sont entrecoupées de témoignages vivants qui illustrent l'importance de consulter un ostéopathe dans ces moments cruciaux que sont la grossesse et les débuts de la vie.

Magnifiquement illustré par les photographies de Frédéric Olmo, *Bien naître par l'ostéopathie* est à la fois un livre informatif indispensable et une ode à l'écoute, au respect, et à l'échange entre la mère et l'enfant.

AIMER

LIRE

PAYOT

LIBRAIRE



TOUS LES LIVRES, POUR TOUS LES LECTEURS

Lausanne Genève La Chaux-de-Fonds Fribourg Montreux Neuchâtel Nyon Sion Vevey Yverdon-les-Bains
www.payot.ch

Une découverte étonnante

Communication prononcée le samedi 11 juin à Londres (Congrès EHA 2011)

A l'occasion du 16^e congrès annuel de l'European Hematology Association (EHA), l'Institut de Recherche BioMédicale et d'Epidémiologie du Sport (IRMES) implanté à l'INSEP a communiqué les 1^{ers} résultats d'un vaste travail biologique portant sur le gène HFE et la performance musculaire.

Le gène HFE est impliqué dans la régulation du métabolisme du fer au niveau de l'organisme humain. Le fer est indispensable au transport de l'oxygène grâce à l'hémoglobine contenue dans les globules rouges mais également au fonctionnement des muscles avec la myoglobine. Plusieurs mutations du gène HFE sont responsables de l'hémochromatose génétique.

Par contre d'autres mutations selon les résultats de l'équipe de l'IRMES jouent un rôle favorable vis-à-vis du métabolisme énergétique.

Les données communiquées ont été obtenues à l'issue d'une étude financée par l'IRMES associé à l'INSERM réalisée auprès de populations témoins mais également auprès des équipes internationales françaises d'aviron, de judo, de pétanque, de tir à l'arc et de ski.

Le rationnel de ce travail biomédical fait suite à la remarque faite par Gérard DINE au début des années 2000 alors qu'il venait de concevoir le passeport biologique au sein de l'unité de biologie et de physiologie de l'effort de l'Institut Biotechnologique de Troyes (IBT).

Gérard DINE avait constaté qu'un certain nombre de sportifs non suspects de dopage présentaient des résultats curieux au niveau des globules rouges et du fer. A plusieurs reprises il est intervenu comme expert vis-à-vis des institutions en charge du dopage comme l'AMA, le CIO, l'UCI et les fédérations internationales d'athlétisme et de ski pour rétablir la vérité à propos de certains sportifs accusés injustement de dopage alors qu'ils étaient simplement porteurs de particularités biologiques innées concernant les globules rouges et le fer.

En raison de ces résultats inattendus, l'IRMES a décidé d'étendre le travail à d'autres populations humaines et à d'autres disciplines sportives afin d'explorer ces états biologiques qui jouent un rôle important dans de nombreuses maladies et qui conditionnent la production d'énergie dans l'organisme humain.

— RÉFÉRENCE —

HFE mutations associated with high level sport performance – G. Dine, O. Hermine, V. Genty, S. Escolano, G. Fumagalli, M. Tafflet, F. Van Lierde, N. El Helou, M. Rousseaux-Blanchi, C. Palierno, A. Frey, J. Lapostolle, J. Cervetti, X. Jouven, JF. Toussaint - *Haematologica*, 2011, 96, 2,229

« La douleur au fond des yeux »*

REVUE DE PRESSE RÉDIGÉE PAR NATHALIE CHURLET / LE JOURNAL DU DIMANCHE

*Source : Santor Edition/Mediscoop

La journaliste Anne-Laure Barret rapporte que « c'est en salle d'accouchement que Jean Guglielminotti, médecin anesthésiste exerçant à la maternité de l'hôpital Bichat à Paris, a eu l'idée d'entamer un travail de recherche clinique sur la douleur ». La méthode ? « Une caméra évalue les variations de la pupille : les médecins mesurent « après une stimulation lumineuse, le diamètre des pupilles au moyen d'une caméra portative à infrarouge dans quatre situations distinctes : avec ou sans contraction, avant et après la pause de la péridurale », explique le journal. Selon les résultats de l'équipe de Bichat, « pendant une contraction, le diamètre moyen de la pupille passe de 4,5 à 5mm. Une fois que la péridurale est mise en place, le diamètre reste inchangé, même pendant les contractions : aucune douleur n'est ressentie ! ». « Notre travail ne fait

que commencer », précise l'anesthésiste. « Ce qui nous intéresse maintenant, c'est de repérer, à partir de leurs pupilles, les patientes qui souffrent et celles qui ne souffrent pas. On pourrait ainsi déterminer si la péridurale reste efficace avec le temps car le travail peut parfois durer dix à quinze heures », poursuit-il. Face aux « personnes incapables de s'exprimer (bébés, personnes âgées séniles, patients en réanimation, malades sous anesthésie durant une opération...) » ou encore les « personnes parlant une autre langue », « les médecins ont vraiment besoin d'un outil indépendant du patient et de l'observateur extérieur », martèle Jean Guglielminotti. « Des pupillomètres portatifs dans les maternités, les services de réanimation et les centres anticancéreux ? Ce n'est peut-être plus tout à fait de la science-fiction », conclut la journaliste.

Les ultrasons pour détruire les ostéomes ostéoïdes, une nouvelle option

DR PHILIPPE TELLIER

L'ostéome ostéoïde (OO) est une tumeur osseuse généralement bénigne qui a une certaine prédilection topographique pour les os longs. Elle touche plutôt l'adulte jeune de sexe masculin. Son traitement le plus classique est l'exérèse chirurgicale à ciel ouvert avec résection en bloc du nidus. Ce dernier n'est pas toujours facile à repérer lors de l'acte opératoire, ce qui peut conduire à une exérèse élargie nullement souhaitable pour la solidité ultérieure de l'os. L'idéal est d'enlever cette tumeur de la manière la moins invasive, la plus précise et la plus limitée possible.

Cela est accessible, du moins en théorie, si l'on a recours à un agent physique pour détruire la tumeur en s'aidant d'un guidage précis par imagerie, scanner ou IRM. Outre la photocoagulation laser et l'ablation par radiofréquence, il semble désormais possible de recourir à un faisceau d'ultrasons focalisés sur la lésion, une technique qui est utilisée dans la destruction transcutanée de certains fibromes utérins, par exemple.

La mise en œuvre est plutôt acrobatique, car la sonication doit être réalisée en même temps que l'IRM pour guider l'opérateur. Une anesthésie générale est requise. Cette stratégie est en tout cas faisable et dénuée de risques, comme le suggèrent les résultats de cette petite étude réalisée à Rome, dans laquelle ont été inclus six jeunes patients (dont cinq de sexe masculin, âge moyen, 21 ans), tous atteints d'un OO diagnostiqué avec certitude. Les localisations vertébrales étaient exclues. L'indication de l'exérèse reposait sur l'existence de symptômes gênants, principalement la douleur.

Les résultats du traitement ont été évalués à 1, 3 et 6 mois avec l'aide de deux types de critères: (1) cliniques: une échelle visuelle analogique (EVA) pour la douleur; (2) IRM: œdème, hyperhémie et vascularisation du nidus.

Le protocole a consisté en l'administration de quatre sonications environ ($4,0 \pm 1,8$), l'énergie transférée aux tissus lors de chaque séquence ayant été en moyenne de 866 ± 211 J. Aucune complication n'a été déplorée, que ce soit dans le cadre du traitement lui-même ou de l'anesthésie générale. Sur le plan clinique, la douleur a disparu dans les suites de l'acte, les scores avant celui-ci étant de $7,9 \pm 1,4$ versus $0,0 \pm 0,0$ dans ses suites.

Pour ce qui est des données de l'IRM, l'œdème et l'hyperhémie associés à l'OO ont diminué progressivement pour disparaître au terme des six mois de suivi au sein de toutes les tumeurs ainsi traitées.

Cependant, chez quatre patients, le nidus est resté vascularisé.

En bref, il s'agit d'une petite étude pilote qui montre que la destruction d'un OO au moyen de la sonication guidée par l'IRM est faisable entre des mains expérimentées. Elle donne apparemment de très bons résultats à moyen terme (6 mois) sur le plan clinique. Le nidus restant vascularisé chez quatre des six patients, il faut cependant avoir plus de recul pour promouvoir la technique et l'inscrire dans l'arsenal thérapeutique.

Publié dans JIM (journal de la Médecine, le 27/06/2013)



Pour fêter ces anniversaires,

Vous qui recevez ce Numéro 5/2013, conseillez à un/une collègue qui désire connaître MAINS Libres d'aller sur le site :

www.mainslibres.ch

pour découvrir cette promotion 2013 et s'inscrire.

Si votre parrainage réussi, envoyez-nous vos coordonnées et celles de la personne parrainée par mail pour recevoir votre surprise!

pierre.besson@mainslibres.ch

20^e Symposium Romand de Physiothérapie & 8^e Symposium Romand d'Ostéopathie



PROGRAMME PROVISOIRE DU VENDREDI 22 NOVEMBRE

20^e Symposium Romand de Physiothérapie et 8^e Symposium Romand d'Ostéopathie

Deux symposiums, de physiothérapie et d'ostéopathie, aux mêmes dates, dans un même lieu et sur un même thème permettront aux participants des deux domaines de compétences distincts, mais voisins, de se côtoyer et d'envisager une même problématique sous deux angles de vue différents.

Promouvoir l'interdisciplinarité et la complémentarité, c'est le défi que Mains Libres essaie de relever avec cette nouvelle formule 2013.

En fonction de leurs intérêts, de leurs orientations professionnelles, les participants pourront se déplacer indifféremment, sans barrière, d'un symposium à l'autre, tant lors des conférences du vendredi que lors des ateliers, communications libres et présentations de cas du samedi.

HORAIRE	ACCUEIL DES PARTICIPANTS PARTIE COMMUNE SALLE ROME	
08 h 00 – 08 h 45	Introduction G. JUNGO / R. VASWANI / Y. LAREQUI / A. REY LESCURE / D. DESSAUGE / K. KERKOUR	
08 h 45 – 08 h 55	Architecture d'intérieur ou l'exploration de l'architecture du corps humain D ^r J.-C. GUIMBERTEAU (France)	
09 h 00 – 09 h 40	Imagerie médicale de l'appareil locomoteur et abdominal: testez vos connaissances! Prof. F. GIAMMARILE (France)	
09 h 45 – 10 h 25	PAUSE CAFE – SESSION POSTERS – VISITE DES STANDS	
10 h 30 – 11 h 00	PHYSIOTHERAPIE SALLE ROME	OSTEOPATHIE SALLE ALBERTVILLE
11 h 05 – 11 h 35	Impact de l'équilibre sur le contrôle moteur du membre supérieur R. GENOLET (Suisse)	Manipulations des dysfonctions du sacrum par correction spontanée T. LIEVOIS (France)
11 h 40 – 12 h 10	Le concept PNF: une possibilité de traitement physiothérapeutique active pour la ceinture scapulaire U. BERTINCHAMP (Suisse)	Ostéopathie et rationalité scientifique: la place des tests sacro-iliaques dans le traitement ostéopathique P. VAUCHER (Suisse)
12 h 15 – 14 h 25	REPAS – CAFE DANS LES STANDS	
14 h 30 – 15 h 00	La lésion labrale: la pointe de l'iceberg dans le conflit fémoro-acétabulaire D ^r H. SADRI (Suisse)	Périnée, arrêtons le massacre D ^r B. De GASQUET (France)
15 h 05 – 15 h 35	Douleur lombaire irradiante dans le membre inférieur: que puis-je faire du point de vue McConnell? A. ALBASINI (Suisse)	Mobilité de la colonne lombaire: quoi de neuf depuis Fryett? P. KLEIN (Belgique)
15 h 40 – 16 h 10	PAUSE CAFE – SESSION POSTERS – VISITE DES STANDS	
16 h 15 – 16 h 45	Entre les ceintures... une scoliose. L'approche analytique de R. Sohler M. HAYE (Belgique)	Dynamique de la ceinture scapulaire en fonction du morphotype vertébral: Implications cliniques et thérapeutiques en médecine manuelle D. DESSAUGE (France)
16 h 50 – 17 h 20	Une approche atypique des ceintures à travers le paradigme de la Reconstruction Posturale® M. NISAND (France)	Syndrome douloureux du bras non spécifique (Non Specific Arm Pain) P. POMMEROL (France)
17 h 25 – 17 h 55	Intérêt du massage réflexe lors d'affections des ceintures F. ZIMMERMANN (France)	Influence des fascias thoraco-abdominaux sur les dysfonctions de la ceinture scapulaire ALAN LE CONIAT (France)
18 h 00	CONCLUSION 1 ^{er} JOUR	

SESSION POSTERS:

Durant chaque pause-café, les participants sont invités à consulter les posters exposés dans la halle d'exposition. Les auteurs répondront à vos questions.

Informations pratiques

TARIFS:

Inscription: 380.– CHF / 320

Parking (conseillé) au tarif préférentiel de 20.– CHF / 18 . Disponible à l'accueil contre l'échange de votre ticket d'entrée (prévoyez 20.– CHF pour accélérer cet échange), cette carte, en vente sur place, vous permettra d'entrer et sortir à votre guise durant ces deux jours.

Tarif étudiant: 190.– CHF / 155 (sur justificatif uniquement).

Contacter la rédaction de Mains Libres: info@mainslibres.ch

Tarif abonnés à Mains Libres: 350.– CHF / 320

Promotion Symposium + abonnement à Mains Libres

(seulement pour les nouveaux abonnés): 425.– CHF / 355 (votre économie: 60.– CHF)



CES PRIX COMPRENNENT:

- Participation au congrès ainsi qu'aux ateliers, aux cas cliniques et aux communications libres,
- Pauses-café & apéritif,
- Lunch du vendredi (hors boissons),
- Accès aux stands d'exposition et session posters,
- Attestation de participation,
- Clé USB contenant le résumé des conférences, les profils des conférenciers, informations concernant les exposants,
- Porte-documents,
- Participation au tirage au sort.

POUR REGLER

Payer en francs suisses

- Virement sur le ccp de la poste:

Association Mains Libres CP 29

CH – 1273 ARZIER

ccp 17 - 78 763 - 5

Iban: CH39 0900 0000 1707 8763 5

- Pour virement par banque en francs suisses

Crédit Suisse: Compte: 862879-31

Iban: CH94 0483 5086 2879 3100 0

swift/bic: CRESCHZZ80A / clearing 4835

Payer en euros

- Virement bancaire

Association Mains Libres

Crédit Suisse – Lausanne – Suisse, compte:

862879-32

n° iban: CH60 0483 5086 2879 3200 0

swift: CRESCHZZ80A / clearing 4835

- Chèque l'ordre de: Association Mains Libres

Inscriptions

Par le site internet: www.mainslibres.ch

Par courrier: Mains Libres, Case postale 29,

1273 ARZIER – Suisse

Par fax: +41 (0)22 366 22 39

PAS D'INSCRIPTION PARTIELLE

PROGRAMME PROVISOIRE DU SAMEDI 23 NOVEMBRE

08 h 00 – 09 h 00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS – SESSION POSTERS – VISITE DES STANDS

ATELIERS PRATIQUES

09 h 00 – 09 h 50 1^{ère} session d'atelier
09 h 55 – 10 h 45 2^e session d'atelier
10 h 50 – 11 h 20 PAUSE CAFE – SESSION POSTERS – VISITE DES STANDS
11 h 25 – 12 h 15 3^e session d'atelier
12 h 20 – 13 h 10 4^e session d'atelier

Les animateurs d'ateliers:

Bernadette DE GASQUET: Protection du périnée en pratique
Pascal POMMEROL: Traitement ostéopathe du bras douloureux non spécifique
Thierry LIEVOIS: Concept de correction spontanée adapté aux dysfonctions du sacrum
Ursula BERTINCHAMP: Le concept PNF: une possibilité de traitement physiothérapeutique active pour la ceinture scapulaire
Alfio ALBASINI: Concept McConnell dans le traitement des douleurs des membres inférieurs
Michel HAYE: La scoliose selon l'approche analytique de R. Sohier: exercices spécifiques
François ZIMMERMANN: Massage réflexe

COMMUNICATIONS LIBRES (Les communications ne seront pas obligatoirement en relation directe avec le thème du symposium. Les titres de ces communications seront à disposition dans le programme définitif, soit au début du mois de septembre).

09 h 00 – 10 h 40 4 COMMUNICATIONS LIBRES
10 h 50 – 11 h 20 PAUSE CAFE – SESSION POSTERS – VISITE DES STANDS
11 h 25 – 13 h 05 6 COMMUNICATIONS LIBRES

PRESENTATIONS DE CAS CLINIQUES (avec patients)

09 h 00 – 09 h 50 CAS CLINIQUE PHYSIO 1 / CAS CLINIQUE OSTEO 1
09 h 55 – 10 h 45 CAS CLINIQUE PHYSIO 2 / CAS CLINIQUE OSTEO 2
10 h 50 – 11 h 20 PAUSE CAFE – SESSION POSTERS – VISITE DES STANDS
11 h 25 – 12 h 15 CAS CLINIQUE PHYSIO 3 / CAS CLINIQUE OSTEO 3

13 h 15 – 13 h 45 CONCLUSION DU SYMPOSIUM – APERITIF / TIRAGE AU SORT

SESSION POSTERS (avec concours du meilleur poster)

Les physiothérapeutes, ostéopathes et tous les praticiens de santé – étudiants y compris – ayant élaboré une étude, une recherche ou un mémoire de fin d'étude peuvent soumettre à la rédaction de Mains Libres un ou plusieurs poster(s) pour présentation lors du 20^e Symposium Romand de Physiothérapie. Un prix d'une valeur de 1000.– CHF sera attribué au meilleur poster.

Délai d'envoi des posters:

– Vendredi 30 septembre 2013 à yves.larequi@mainslibres.ch ou info@mainslibres.ch

– Format: fichier électronique en pdf haute définition A4 portrait

– Mains Libres se chargera de l'impression des posters

Conditions & règlement:

Les informations concernant cette session poster sont disponibles sur www.mainslibres.ch ou auprès de yves.larequi@mainslibres.ch

Comité d'organisation: G. JUNGO, P. BESSON, J. TOUATI, Y. LAREQUI

Comité scientifique physiothérapie: G. JUNGO, K. KERKOUR, R. VASWANI

Comité scientifique ostéopathie: D. DESSAUGE, A. REY LESCLURE, Y. LAREQUI



Inscriptions

Par le site internet: www.mainslibres.ch

Par courrier: Mains Libres, Case postale 29,
1273 ARZIER – Suisse

Par fax: +41 (0)22 366 22 39

► MON INSCRIPTION

Madame Monsieur Sympo Physio. Sympo Ostéo.

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

N° Postal: _____ Ville: _____ Canton / Pays: _____

Tél.: _____

Fax: _____

e-Mail: _____

Profession: _____

- Symposium de Physiothérapie chf 380.– / 320 €
- Symposium d'Ostéopathie chf 380.– / 320 €
- Abonnés à Mains Libres chf 350.– / 300 €
- Etudiant symposium (physiothérapie ou ostéopathie) chf 190.– / 155 € (justificatif obligatoire)

Pas d'inscription partielle

Promotion (uniquement pour de nouveaux abonnés)

- Symposium de Physiothérapie + abonnement à Mains Libres chf 425.– / 355 €
- Symposium d'Ostéopathie + abonnement à Mains Libres chf 425.– / 355 € (Votre économie chf 60.–)
- Allergie alimentaire ?
 - (Préciser _____)
 - Je souhaite un menu végétarien

Date: _____ Signature: _____

Avec nos remerciements et au plaisir de vous accueillir à Lausanne, pour Mains Libres, Pierre Besson (pierre.besson@mainslibres.ch, site: www.mainslibres.ch)



Forfait « détente »
ou « beauté » à choix !

NOUVEAU
SPA
Pâques 2013

dès
Fr. 314.-
par pers
(base 2 personnes)

Break Wellness dans un cadre alpin superbe !

- ▶ **logement 2 nuits** avec service hôtelier
- ▶ Entrée libre aux **bains thermaux** (8h - 20h)
- ▶ **1 massage** 25 min. – **1 hydromassage**
- ▶ accès au **sauna / hammam / fitness**
- ▶ peignoir et sandales en prêt

Valable de dimanche à jeudi.


THERMALP
**LES BAINS
D'OVRONNAZ**
wellness spa alpin

RÉSIDENCE HÔTELIÈRE

CH-1911 Ovronnaz / Valais - Tél. 027 305 11 00 info@thermalp.ch - www.thermalp.ch

Ginphys

Le logiciel confirmé des physios des ostéos



physioTec
bmlzotec



Pour gérer votre
cabinet en souplesse

Plus de 250 cabinets

Profitez au mieux de l'été
avec une
administration optimisée !

JLE informatique

www.jle.ch

info@jle.ch

021 903 55 02

Services et développements professionnels depuis 1989

L'association et ses physiothérapeutes

Claude GASTON 24.02.11.

*Un physiothérapeute sentant sa retraite prochaine
Fit venir ses jeunes collègues, leur parla sans témoin.
«Gardez-vous leur dit-il de vendre l'héritage
Que nous ont laissé nos anciens :
Nos techniques sont cachées dedans.
Je sais lesquelles, mais un peu de courage
Vous les fera trouver; vous les identifierez toutes.
Remuez-vous pour qu'elles ne foutent
Le camp chez d'autres; ne laissez nulle place
Où les techniques trépassent »
Le physiothérapeute, parti en retraite, les jeunes physiothérapeutes se défendent
Deçà, delà, partout: si loin qu'on les entende
Ce fut à leur avantage.
De technique, point de perdue. Mais le physiothérapeute fut sage
De leur montrer avant sa retraite
Que garder ses techniques n'est pas une défaite.*

Claude du Puits inspiré par Jean de La Fontaine.

Ses quelques lignes font suite à l'AG du 24 février qui à 10 mois de Noël fut très décevante.

Non pas pour l'organisation ni pour le travail du comité, que je tiens à remercier ici de tout ce qu'il fait en ces moments de grandes perturbations; mais très décevante car 34 présents sur 190 membres, où est l'erreur? Je souhaite que le film fût bon à la TV car la pluie n'engageait pas à sortir! C'est une scandaleuse démission que cette non participation des membres. Où êtes-vous? Alors que des informations concernant la probable création d'un nouveau métier, thérapeute du mouvement, est révélée, cette sorte de sous-physiothérapeute n'a soulevé aucun tollé chez nos jeunes. Et pourtant, c'est bien entre leurs mains que l'avenir de la physiothérapie se dessinera et se bâtira. Où êtes-vous? Êtes-vous sourds à cette nouvelle? N'avons-nous pas déjà beaucoup perdu pour ne pas en perdre encore? Où est la jeunesse qui se motivait pour déplacer des montagnes et s'investir dans son métier? N'existe-t-elle plus? La profession ressemble à un voilier ababouiné en plein océan.

Je souhaite, comme je l'avais écrit il y a quelques années, que la jeunesse physiothérapeute ne se perde pas dans le désert mais se regroupe autour du puits, tire à la même corde pour sortir le seau, et profite de la fraîcheur de l'eau pour se battre.

Ceci est un appel à la jeunesse, car les anciens ont déjà beaucoup donné.....

Meilleures pensées à toutes et à tous.

Claude GASTON

La jeunesse n'aime pas les vaincus. Simone de Beauvoir (*Les Mandarins*)

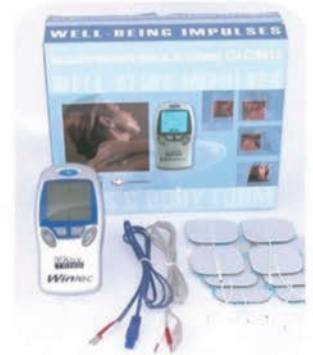
... Alors nous les vieux, souvenons-nous de ce que disait Énard de La Reid (*Carnets d'Énard*)

A vingt ans, néolibéraux ou soixante-huitards attardés, nous étions tous de jeunes cons.

Aujourd'hui, nous ne sommes plus jeunes ...



ELECTROSTIMULATION
 ULTRASON
 TECARE
 ONDE COURTE
 RADIO FREQUENCE...



Tout
pour votre cabinet

Chemin du Croset 9A, 1024 Ecublens, Tél : 021 695 05 53

info@vistamed.ch

www.vistamed.ch

Phygest



Gérer efficacement, en toute simplicité son fichier clients et sa facturation! Impossible de s'en passer!

....conçu pour et réalisé par des physiothérapeutes

logiciel de gestion de cabinet multi-thérapies (prêt pour les nouveaux tarifs)

Tricher n'est pas jouer.

Lettre ouverte au comité de la Société Suisse des Physiothérapeutes Diplômés en Ostéopathie (S.S.P.D.O.)

Par YVES LAREQUI

Physiothérapeute-Ostéopathe (Lausanne)

Chers Collègues du Comité de la SSPDO,

A la suite d'une assemblée générale de notre association, suivie d'une première assemblée générale extraordinaire, puis d'une seconde assemblée extraordinaire (AGE) de la SSPDO, vous avez fait le « forcing » pour donner une nouvelle orientation à cette société qui posait en valeur fondamentale l'indissociable complémentarité de la physiothérapie et de l'ostéopathie. Votre vision vous conduisait à transformer cette association de physiothérapeutes-ostéopathes en une société d'ostéopathes en tolérant, in extremis, grâce à la pugnacité de certains membres, la double pratique de la physiothérapie et de l'ostéopathie.

Il faut noter que la 2^e assemblée générale extraordinaire du 20 juin dernier ressemblait plus à une mascarade qu'à une assemblée générale puisque seuls environ 25 membres plus vous-mêmes représentaient cette association ! Le plus surréaliste lors de cette dernière AGE est que vous n'avez cessé de marteler votre « attachement » à la double pratique en refusant de la légitimer dans votre projet de nouveaux statuts. L'article 1 de votre proposition mentionnait sans ambiguïté : l'association Osteo Swiss, appelée ci-après OSTEO-SWISS, est une organisation professionnelle, regroupant des ostéopathes au bénéfice d'une autorisation de pratiquer l'ostéopathie en Suisse. In fine, la proposition de Thierry Dhénin de rajouter la notion de « Physiothérapeute-Ostéopathe » a été acceptée malgré vos procurations de votes, démontrant bien l'attachement des membres à cette double notion.

Dès le premier article de votre projet de statuts, vous indiquez l'orientation clairement monolithique de votre pensée en évinçant la notion de physiothérapie. Vous motivez cette orientation par le fait qu'il fallait répondre « à la diminution constante de membres de notre association » et que votre solution miracle était « d'ouvrir la porte à des ostéopathes n'ayant pas la formation de physiothérapeute préalable (sic!) ». Et que proposez-vous pour attirer ces professionnels de l'ostéopathie au sein de notre association ?

Vous le mentionnez en 1^{er} but de l'article 2 de votre projet de statut : « Promouvoir l'ostéopathie auprès des autorités publiques et des organismes de santé ». Chers Collègues, comment peut-on prôner comme premier but d'une association professionnelle, le corporatisme et le lobbysme ?

Comment les gens que vous voulez convaincre, politiciens, professionnels de la santé, pourront vous entendre en tant que groupe de pression ? Comment pourrez-vous défendre, dans le futur, la double pratique de physiothérapie et d'ostéopa-

thie sans la mentionner ou alors en catimini à l'alinéa 2 d'un 3^e article (si tant est que dans votre vision de cette association, vous soyez enclin à défendre cette double pratique, ce dont je doute fortement) : « Pratiquer l'ostéopathie de manière exclusive ou en double-pratique s'il s'agit d'un physiothérapeute-ostéopathe ou d'un membre d'une autre profession de Santé reconnue dans la LSP du canton dans lequel pratique le membre. »

Chers Collègues vous ratissez large pour apporter de l'eau à votre moulin ! Et quelle attractivité faites-vous valoir pour augmenter le nombre de nos membres ? – Rien : vous ne proposez pas de développer une formation professionnelle spécifique en ostéopathie pour les physiothérapeutes, vous ne proposez pas de développer une formation continue (tout au plus vous contentez-vous de vouloir la « favoriser »), vous ne proposez pas de développer une déontologie de la profession (alors que TOUTES les professions de santé se sont dotées d'un code de déontologie), vous ne proposez aucune mesure de communication et de promotion de notre double formation ni même de la seule activité d'ostéopathe d'ailleurs. Bref, votre vision tient plus du misérabilisme intellectuel que d'une vision globale d'une profession qui fait valoir des compétences que personne dans le monde de la santé, mis à part les membres de la SSPDO, ne peut revendiquer !

C'est certain, avec un tel projet, vous êtes sûrs de crouler sous l'afflux de nouveaux membres !

Comment pourrez-vous vous positionner dans vos revendications de reconnaissance (cette reconnaissance qui a été le leitmotiv de votre discours tout au long de cette 2^e AGE) sans faire valoir une réelle spécificité, celle de physiothérapeute-ostéopathe par exemple, par rapport à des associations d'ostéopathes qui existent déjà (et qui sont, permettez-moi de vous le dire, notoirement mieux organisées que ce que vous proposez) ? Pourquoi tenez-vous à calquer votre pensée sur celles de ces associations d'ostéopathes qui existent déjà ? A la limite, pourquoi, au lieu de tenter un coup de force au sein de la SSPDO, ne rejoignez-vous pas ces associations d'ostéopathes « exclusifs » ? Personne, au sein de la SSPDO, ne vous empêchait de pratiquer l'ostéopathie de manière exclusive si vous le souhaitiez ; de même personne n'empêchait quiconque de pratiquer la physiothérapie-ostéopathie. Alors pourquoi tenez-vous tant à forcer TOUS les membres de cette association à adhérer à votre vision réductrice de notre association ?





Vous prônez un esprit d'ouverture à l'égard d'ostéopathes qui ne seraient pas contents dans d'autres associations et de les accueillir au sein de la SSPDO; mais cela peut déjà se faire sans problème et cette société peut les accueillir comme membres extraordinaires ou passifs, comme c'est le cas, par exemple, dans la Société Suisse de Médecine du Sport qui comprend de très nombreux non médecins (physiothérapeutes, masseurs, chiropraticiens) comme membres extraordinaires sans droit de vote et d'éligibilité.

Certes votre manière simpliste de voir la situation de notre association vous a conduit à opter pour une solution de relative facilité mais qui constitue, de fait, un cul-de-sac. Votre manière d'envisager l'avenir de notre association ne vous fera ni entendre, ni reconnaître et ne va certainement pas « booster » l'affluence de nouveaux membres.

La seule manière, à mon avis, de conserver une certaine crédibilité en tant qu'association originale, distincte de ce qui existe déjà, est de mettre en place et d'offrir toutes les possibilités aux jeunes physiothérapeutes de se former à l'ostéopathie et de pouvoir accéder à l'examen de la CDS (Conférence suisse des Directrices et directeurs cantonaux de la Santé). Bien sûr, cette voie est plus difficile, semée d'embûches, mais elle permettra, elle, d'amener du sang frais au sein de notre association; mais c'est une voie originale qui met en avant une réelle différence par rapport à d'autres associations existantes; c'est NOTRE voie, celle des physiothérapeutes-ostéopathes !

Chers Collègues, vous avez constaté, tout au long de ce qui précède, que je parle de SSPDO et non de OSTEO-SWISS quand bien même, vous avez réussi à passer l'épaule lors de la 2^e AGE; que vous avez réussi à faire valoir votre point de vue sur vos statuts rétrogrades et un nouveau nom pour notre association et ce à grand renfort de procurations de votes de membres absents que vous vous êtes autorisés à représenter.

Or, tant l'assemblée générale, que la 1^{ère} AGE ou encore la 2^e AGE ont eu lieu sous l'égide des statuts de la SSPDO (puisque votre projet de statut n'était pas encore accepté). Ces derniers mentionnent clairement à l'article 14: « ... Les

décisions sont prises à la majorité des membres présents. ». L'article 21 de ces mêmes statuts mentionne tout aussi clairement: « ... La décision de dissolution ou de modification des statuts de la Société ne peut être prise que par 2/3 des membres présents à une Assemblée générale ou à une Assemblée extraordinaire. ».

Messieurs les membres du comité, en vous arrogant le droit de représenter des membres absents lors de cette assemblée, vous n'avez pas respecté nos statuts, vous avez triché !

Si vous en aviez conscience, on pourrait se demander si vous n'avez pas fait preuve de malhonnêteté intellectuelle; si tel n'était pas le cas, la question de votre incompétence pourrait sérieusement être posée !

Dans un cas comme dans l'autre, cette assemblée du 20 juin dernier doit être invalidée et toutes les décisions prises annulées. Si vous persistiez à ne pas le reconnaître, il est certain que l'un ou l'autre membre ne manquerait pas de le faire valoir devant un juge avant le délai de trente jours.

Si vous souhaitez conserver un semblant de légitimité et de crédibilité vis-à-vis des membres qui vous ont élu vous devez prendre vos responsabilités et annoncer à ces derniers, avant le 17 juillet 2013 (délai de recours de 30 jours, soit le 20 juillet), l'invalidation de l'assemblée générale extraordinaire du 20 juin dernier et l'annulation de toutes les décisions qui ont été prises ce jour-là. Ensuite, il vous est loisible de convoquer une VRAIE assemblée générale extraordinaire et de reformuler votre projet.

Au-delà du 17 juillet, Dieu seul sait ce qui peut alors se passer...

Je laisse à votre bonne conscience le choix entre la légitimité ou l'iniquité de votre comité et vous adresse, Chers Collègues du Comité de la SSPDO, mes meilleures salutations.

Copie aux membres de la SSPDO et
Mains Libres pour publication



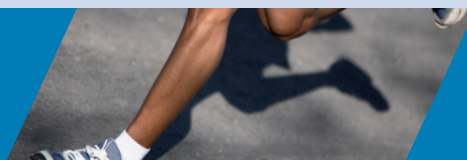
CAS / DAS en physiothérapie du sport – HES-SO Valais-Wallis

Le CAS (Certificate of Advanced Studies) en réhabilitation du sportif débutera en septembre 2013 et comprendra 12 ECTS (4 modules de septembre 2013 à juin 2014 – 20 jours). A l'issue de la première année (CAS), il y a la possibilité de poursuivre une 2^e année de formation (3 modules de septembre 2014 à juin 2015 – 21 jours) pour l'obtention du DAS (Diploma of Advanced Studies) en physiothérapie du sport. De plus amples renseignements (référentiel de compétence, modules, calendriers, plaquettes,...) peuvent être obtenus auprès de Nicolas Mathieu, responsable de la formation (nicolas.mathieu@hevs.ch) ou sur le site de la HES-SO Valais-Wallis (www.hevs.ch / formation continue / CAS ou DAS.)

CERTIFICATE OF ADVANCED STUDIES (CAS)
en réhabilitation du sportif

DIPLOMA OF ADVANCED STUDIES (DAS)
en physiothérapie du sport

 HES-SO Valais-Wallis • Chemin de l'Agasse 54 • 1950 Sion
+41 27 606 84 50 • info@hevs.ch • www.hevs.ch



Hes·SO VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé & Travail Social
Hochschule für Gesundheit & Soziale Arbeit

Distributeur en Suisse:



La douleur disparaît...
...presque d'elle-même



Un plaisir
à utiliser.

Leukotape® K

Favorise la guérison naturelle
lors de douleurs musculaires,
nerveuses, vasculaires et de
maux de tête.

- ▶ **Technique neuroproprioceptive**
- ▶ **Soulage la douleur**
- ▶ **Favorise le mouvement**



Smith & Nephew AG
Glutz Blotzheim-Strasse 1
CH-4502 Solothurn

Tél. +41 032 624 56 60
Fax +41 032 624 56 81
www.smith-nephew.ch

supplier of



Prix de
lancement:
CHF 1'990.-
au lieu de CHF 2'250.-
(valable jusqu'au
31.08.13)

Chattanooga Wireless Pro

Une autre dimension pour l'électrothérapie !



Des thérapies aux résultats convaincants

- utilisable directement après une opération
- évite les atrophies musculaires
- idéale pour l'utilisation en réhabilitation
- le « sans fil », tout particulièrement apprécié des sportifs

**Vidéo détaillée sur le mode de
fonctionnement du Wireless Pro
sur www.medidor.ch!**

