

MAINS

2013 1983



2013

physiothérapie - ostéopathie
concepts globaux

Libres



● Physiothérapie et planche de surf...

● Évaluation de l'épaule du nageur

● Ostéopathie aquatique...

● Kinésithérapie précoce en prévention de l'œdème lymphatique...

Une occasion à ne pas manquer!

Profitez de nos offres spéciales.

Valable jusqu'au 11 octobre 2013

Leukotape® K

UV = 5 rouleaux à 5 m.

N° art.	cm	Couleur	Prix	Action	Action dès 3 pa.
54698	5	coul. chair	65.-	59.50	57.-
54701	5	rouge	65.-	59.50	57.-
54704	5	bleu	65.-	59.50	57.-



Leukotape® - l'original

Leukotape® classic

UV = 5 rouleaux à 10 m.

N° art.	cm	Coul.	Prix	Action	Action dès 4 pa.	Action dès 10 pa.
54600	2	blanc	26.32	24.20	23.20	22.20
54601	3,75	blanc	37.58	34.50	33.50	31.50
54602	5	blanc	54.88	50.50	49.20	46.50
54603	3,75	bleu	37.58	34.50	33.50	31.50
54604	3,75	vert	37.58	34.50	33.50	31.50
54605	3,75	rouge	37.58	34.50	33.50	31.50
54606	3,75	jaune	37.58	34.50	33.50	31.50



ECHOSON Gel pour ultrasons

Conçu spécialement pour les traitements par ultrasons, ainsi que pour d'autres domaines de diagnostic médical, également pour IPL.

N° art.	Contenu	Prix	Action	Action dès 4 bidons
49062	5 l	43.-	39.-	30.-
49060	250 ml	5.-		



EMT-6 - Appareil électrique numérique pour le traitement de la douleur et la stimulation musculaire (TENS & EMS)

Contenu: appareil EMT-6 avec 4 électrodes (40 x 40 mm), 2 câbles de connexion pour électrodes, 1 mallette de rangement pratique, 4 piles, 1 mode d'emploi

N° art.	Prix	Action
40644	149.-	129.-



Passez commande au 021 702 40 00 ou à l'adresse 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 • pierre besson
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@cibsa.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

khelif 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

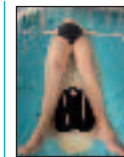
jean-paul rard physiothérapie vétérinaire

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.



p. 215

Rééducation et planche
de surf



p. 231

Ostéopathie aquatique

Éditorial

211 Au fil de l'eau...
J. TOUATI

Guest Éditorial

213 Quelle physiothérapie dans 30 ans ?
T. SMETS / PHYSIOTHÉRAPEUTE ASP (LAUSANNE) PRÉSIDENT DE PHYSIOVAUD
Que les physiothérapeutes conservent leur esprit d'ouverture, leur curiosité et leur soif
d'apprendre, leur désir de soigner, ...

De main de maître

215 Prise en charge physiothérapeutique de patients orthopédiques, rhumatologiques et
neurologiques en piscine et milieu lacustre à l'aide de planches de surf
B. VONLANTHEN

Cet article est innovant par son approche thérapeutique, il permet au thérapeute de déve-
lopper sa créativité dans un cadre naturel. Il est une source de bien-être et de stimulation
pour le patient par son côté ludique, son ouverture sur la nature et l'élément aquatique.

Mots-clés: surf en rééducation, surf thérapie, physio-surfboard-thérapie, projet pilote

Keywords: rehabilitation with a surfboard, surf therapy, physio-surfboard-therapy, pilot project

221 Evaluation de l'épaule du nageur

A. TIXIER, G. BARETTE, M. LOUBIÈRE, X. DUFOUR

Après un bilan (vue dans le numéro précédent) cet article abordera la rééducation de l'épaule suite à
une des blessures les plus fréquentes chez le nageur : la tendinopathie de la coiffe des rotateurs... du
travail hors de l'eau à la rééducation aquatique nous verrons qu'il faut bien respecter les étapes pour
aboutir à un retour à la compétition réussi.

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

Keywords: swimmer's shoulder, assesment, treatment, risk factors

231 Ostéopathie aquatique : apport de l'ostéopathie aquatique à la rééducation de
patients opérés d'une rupture du sus-épineux

S. VILPERT, L. DARRAILLANS, M. DUFRESNE, R. MESLÉ

Le condensé de ce mémoire nous permet de découvrir une approche originale de l'ostéopathie en
milieu aquatique. Le but de ce travail étant d'effectuer un essai comparatif entre la rééducation, la
rééducation associée à l'ostéopathie et la rééducation associée à l'ostéopathie aquatique pour des patients
opérés d'une rupture du sus-épineux et suivant une rééducation en centre.

Mots-clés: ostéopathie, ostéopathie aquatique, sus-épineux, rééducation, rupture de coiffe, émotions,
étude randomisée

Keywords: osteopathy, aquatic osteopathy, supraspinatus tendon, physiotherapy, rotator cuff
tear, emotions, clinical randomized Trial.

Recherche

237 Kinésithérapie précoce en prévention de l'œdème lymphatique après chirurgie
du cancer du sein ?

A. VANWELDE, CENTRE ACADÉMIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE, UC

Quelle est l'efficacité d'une kinésithérapie précoce sur l'incidence de l'œdème lymphatique secondaire
à un an post chirurgie pour cancer du sein ?

Mots-clés: œdème lymphatique, physiothérapie, cancer du sein

Keywords: lymphatic edema, physiotherapy, breast cancer

Nouvelles de la médecine

240 Noyades : pas assez de maîtres nageurs sauveteurs

Publié le 05/08/2013 | Tiré de JIM (Journal International de Médecine)

Lu pour vous

243 La vie en mouvement

LA VISION OSTÉOPATHIQUE DE ROLLIN E. BECKER

Rendez-vous

244 20^e Symposium Romand de Physiothérapie
& 8^e Symposium Romand d'Ostéopathie

22 et 23 novembre 2013 Palais de Beaulieu, Lausanne, Suisse

Rendez-vous pour deux symposiums dans un même lieu,
aux mêmes dates, sur un même thème



La main dans le sac

247 TRICHER N'EST PAS JOUER (2) /

UNE FORME D'ACCÈS DIRECT... ?

Y. LAREQUI



“Soulagez
efficacement la douleur
de vos patients avec
la Méthode
Swiss DolorClast®”

MÉTHODE SWISS DOLORCLAST®

→ LA RÉFÉRENCE EN THÉRAPIE
PAR ONDES DE CHOC RADIALES

- > Plus de 10 ans de succès cliniques et sportifs
- > Plus de 9 études randomisées en double aveugle
- > Large spectre d'indications thérapeutiques
- > La Swiss DolorClast® Academy pour vous soutenir

WWW.SWISSDOLORCLASTACADEMY.COM



NOUVEAU EMS IPAD APP !
DISPONIBLE SUR L'APPLE STORE

E.M.S ELECTRO MEDICAL SYSTEMS SA
Chemin de la Vuarpillière 31 | CH-1260 Nyon
Tel. +41 22 99 44 700 | Fax +41 22 99 44 701
welcome@ems-ch.com | www.ems-medical.com

Au fil de l'eau...



Jean TOUATI
Physiothérapeute-Ostéopathe (Lausanne)



La physiothérapie n'est pas un long fleuve tranquille, que sera-t-elle dans 30 ans? *Thierry Smets* président de Physiovaud a accepté de se prêter à cet exercice difficile, non pas de prévoir l'avenir mais de l'imaginer. Pour que notre profession puisse s'épanouir, les physiothérapeutes devront conserver leur esprit d'ouverture leur curiosité et leur soif d'apprendre. La créativité étant un outil important pour le développement d'une profession. Une vision ouverte de la physiothérapie.

Boris Vonlanthen physiothérapeute et surfeur nous présente un projet innovant de prise en charge physiothérapeutique de patients d'abord en piscine, puis dans un deuxième temps en milieu lacustre. Une approche stimulante et ludique qui donne la possibilité d'exprimer sa créativité pour le bien-être des patients.

L'évaluation de l'épaule du nageur a été abordée dans le précédent numéro par un bilan kinésithérapique spécifique et systématique indispensable à l'évaluation des structures douloureuses atteintes. Dans cette deuxième partie, les auteurs aborderont le traitement spécifique adapté aux problèmes rencontrés. Nous verrons qu'au-delà du simple travail de l'épaule, une approche correctrice de la posture est souvent nécessaire.

Avec *Ségolène Vilpert et coll.* nous découvrirons l'ostéopathie aquatique, une approche peu connue en Europe. L'objectif que les auteurs se sont fixés étant de montrer l'apport d'un traitement en ostéopathie aquatique à des patients en rééducation après une opération suite à une rupture de la coiffe des rotateurs. Une étude intéressante qui s'inscrit dans un contexte pluridisciplinaire.

Tiré de la revue *Minerva*, sous la direction du *Docteur A. Vandewelde*, une analyse critique des publications pertinentes dans la littérature internationale sur l'efficacité d'une kinésithérapie précoce, sur l'incidence de l'œdème lymphatique secondaire à un an post chirurgie pour le cancer du sein. La conclusion validant l'efficacité de la kinésithérapie précoce.

Notre rendez-vous traditionnel cette année se déroulera fin novembre, les 22 et 23 au palais de Beaulieu. Pour fêter les 30 ans de la revue *Mains Libres* et le 20^e symposium de physiothérapie, la rédaction de *Mains Libres* a décidé de parier sur l'interdisciplinarité et la complémentarité de deux domaines de compétence distincts et voisins en organisant dans un même lieu et sur le même thème le 20^e Symposium Romand de Physiothérapie et le 8^e Symposium Romand d'Ostéopathie. Un moment privilégié où les thérapeutes pourront se rencontrer, se côtoyer et échanger leur expérience professionnelle. Un échange qui ne peut qu'enrichir les connaissances des uns et des autres.

Yves Larequi poursuit inlassablement son combat contre le changement d'orientation de feu SSPDO remplacé par Ostéoswiss. Une bataille contre un comité qui devra apprendre les règles de la bienséance: « ensemble de règles, de normes appelées bonne manière qui gouvernent le comportement en société (déf. Larousse). En deux mots, « le savoir vivre ».

Bonne lecture





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



Quelle physiothérapie dans 30 ans ?

THIERRY SMETS

Physiothérapeute ASP
Président de Physiovaud
(Lausanne)

Vous dire ce que sera la physiothérapie dans 30 ans supposerait d'abord de savoir ce que seront les patients dans trente ans.

Seront-ce des citoyens axés sur le 100% écologique et n'acceptant que des traitements « naturels », des êtres branchés en permanence dont la rééducation passera par le monde virtuel, des pré-patients demandant d'anticiper sur les vulnérabilités de leur profil génétique ?

La physiothérapie existera-t-elle encore, sera-t-elle luxée des assurances de base ou au contraire accessible en premier recours avec de nouveaux champs de compétence ?

Je souhaite en tout cas qu'elle ne change pas !
« Mais voyons, cela ne se peut. Dans un monde en pleine évolution, il faut aller vers le changement ! »
Patience, je continue et j'insiste.
Parce que qu'est-ce qui fait de la physiothérapie ce qu'elle est ?
Sont-ce les techniques sans cesse renouvelées, les apports technologiques dernier cri, les preuves scientifiques des gestes pratiqués, les titres et autres reconnaissances ?
Allez, disons oui, un petit peu...

Car fondamentalement, l'essence de la physiothérapie ce sont les physiothérapeutes.
Ce sont ces personnes qui s'engagent vis-à-vis d'autres personnes pour prendre soin d'elles.
Ce sont ces gens qui mobilisent leurs compétences pour accompagner le patient vers la guérison dans le meilleur des cas et le soulagement lorsque guérir n'est plus d'actualité.

Ce sont des thérapeutes qui donc font œuvre de subversion au sens étymologique, c'est-à-dire qui amènent le patient à « se retourner » par-dessous lui-même, au-delà des injonctions sociétales, pour devenir acteur et partenaire du soin, pour être à l'écoute de son corps et retrouver son chemin vers sa santé.

Et notre profession est un kaléidoscope, un ensemble de praticiennes et praticiens aux pratiques variées et toujours métissées par l'expérience et la personnalité de chacun. De là vient la richesse de ce que nous mettons à disposition

de la population, du plus actif et rationnel au plus subtil. Dans la complémentarité et le respect de chacun : patient, collègue et soi-même.

Enfin je me suis demandé : Que serai-je dans trente ans ? Par qui voudrai-je être soigné ? Qu'est-ce que j'attendrai de mon thérapeute ?

Occupés à essayer de vous représenter dans trente ans vous constatez aussi que ce n'est pas si facile comme exercice ! Comment faire pour ne pas substituer aux attentes et besoins des citoyens du futur notre envie d'aujourd'hui ?

Donc je ne sais pas ce que sera la physiothérapie dans trente ans.

Je sais par contre ce dont je ne voudrais pas. Je ne voudrais pas d'un instrument tellement formalisé, « guide-linéé » et technicisé qu'il ferait obstacle à la créativité. Chaque acte de soin est une création, une co-création avec la personne qui vient nous voir.

Cette créativité maintenue est la meilleure garantie de qualité et de dynamisme parce qu'elle est indissociable de la remise en question. En m'interrogeant sur ma pratique, je continue d'évoluer vers l'ouverture et de me développer en parallèle à mes compétences.

Tout cela s'inscrit dans la perspective d'offrir des prestations de qualité dans le cadre des assurances sociales ; c'est le sens de mon engagement au sein de physioswiss qui promeut cette vision de la profession.

Mon souhait pour la physiothérapie dans trente ans ?
Que les physiothérapeutes conservent leur esprit d'ouverture, leur curiosité et leur soif d'apprendre, leur désir de soigner, et libre à vous d'y ajouter ce qui fait votre envie d'être dans ce métier...

— CONTACT —

Thierry.Smets@chuv.ch

Notre secret de la réussite pour la thérapie fonctionnelle

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

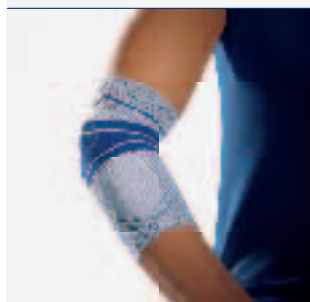


EpiTrain®
en cas de douleurs du coude

EpiPoint®
en cas de douleurs des tendons

ManuRhizoLoc®
Blessures combinées de la main et du pouce

ManuTrain®
en cas de blessures au niveau du
poignet





Prise en charge physiothérapeutique de patients orthopédiques, rhumatologiques et neurologiques en piscine et milieu lacustre à l'aide de planches de surf

PAR BORIS VONLANTHEN

Physiothérapeute, surfeur, sauveteur SSS Lac ⁽¹⁾, Clinique La Lignière, 1196 Gland, Suisse
Responsable du Service de Rééducation Neurologique et Orthopédique: D^r Jean-Paul Robert

Mots-clés: Surf en rééducation, Surf Thérapie, Physio-Surfboard-Thérapie, projet pilote

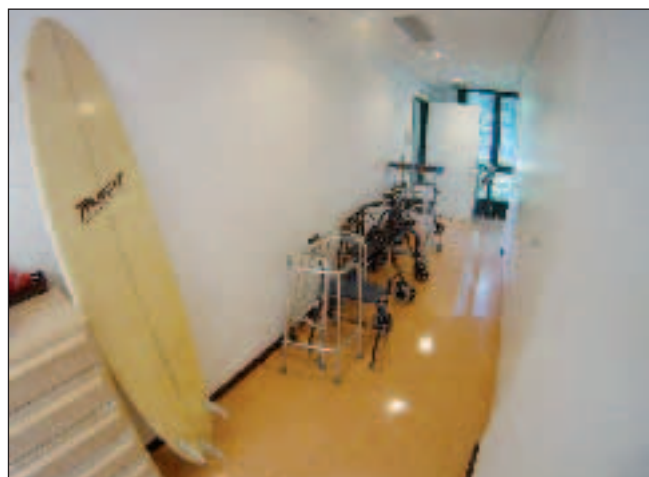
Key words: Rehabilitation with a surfboard, Surf Therapy, Physio-Surfboard-Therapy, pilot project

— RÉSUMÉ —

Physiothérapeute, mais aussi surfeur suisse, Boris Vonlanthen traite certains de ses patients en piscine et dans le lac Léman à l'aide de planches de surf. Cet article parle du matériel et des particularités de son utilisation, ainsi que des principes régissant l'élaboration d'exercices de rééducation avec des planches de tailles diverses, illustrés au travers de certains exemples concrets. Au final, les bénéfices induits par une dynamique particulière à cette pratique profitent autant aux patients qu'au thérapeute.

— INTRODUCTION —

Cet été 2013, j'ai eu la chance de pouvoir organiser au sein de la clinique *La Lignière* où je travaille, un projet pilote de prise en charge de certains de mes patients en milieu lacustre, avec l'aide de planches de surf (figure 1). Ceci fait suite à un développement de ce concept en piscine, qui a débuté trois ans auparavant.



» » Figure 1 : et si la planche de surf pouvait elle aussi faire partie du matériel de rééducation ?

— POPULATION ET PATHOLOGIES PRISES EN CHARGES LORS DU PROJET PILOTE —

Six patients ont pris part au projet pilote de thérapie dans le lac cette année. La palette d'âge était large, allant de 13 à 74 ans. Les pathologies traitées ont été les suivantes :

- AVC sylvien avec hémisyndrome sensitivo-moteur facio-brachio-crural droit prédominant au membre supérieur, angioplastie et stent coronarien, séquelles d'accident de la voie publique.
- TCC post-traumatique au stade séquellaire
- Amyotrophie spinale
- Scoliose dorso-lombaire (2 patientes)
- Arthrite juvénile forme enthésique

La rééducation des cas de spondylodèses avec des planches de surf a montré son intérêt lors d'exercices de stabilisation du rachis, en statique puis en dynamique.

— CRITÈRES D'INCLUSION —

Patients volontaires, à l'aise dans l'eau, pouvant communiquer verbalement et marcher sans moyen auxiliaire, ou avec un appui unique sur le thérapeute. Peuvent marcher sur un terrain en décline ainsi qu'effectuer un transfert sur la planche avec une aide normale ou de manière indépendante.

— DESCRIPTION DU MATÉRIEL —

Diverses planches (figure 2) aux propriétés spécifiques sont utilisées. Tout d'abord une body-board de 80 cm, qui permet le travail des membres inférieurs en pédalages avant ou arrière selon les groupes musculaires ciblés. Les battements genoux fixés en extension permettent un travail accentué au niveau des hanches et des muscles fixateurs du bassin. L'utilisation de palmes permet une intensification de l'intensité de l'effort. Cette planche permet aussi une déstabilisation maximale en position assise, stimulant l'appareil proprioceptif et les réactions d'équilibration du tronc.



» » Figure 2 : une body-board de 80 cm, une funboard de 2m20 et une SUP-board de 3m50 sont utilisées comme flotteurs déstabilisants, ou au contraire stabilisants

Une funboard de 2m20 permet le travail en décubitus dorsal (voir la description d'un exercice particulier ci-après), mais aussi en décubitus ventral ou assis. Le décubitus ventral avec une participation active des membres supérieurs en alterné offre l'avantage d'une tonification intense des extenseurs du rachis, tout en maintenant la stabilité du tronc. Elle facilite les mouvements du membre supérieur atteint dans les cas d'hémiplégies. Le patient en position debout peut aussi reposer ses membres supérieurs dessus, alors que le bas du corps est guidé manuellement par le thérapeute, lors d'une rééducation à la marche par exemple.

Enfin, la planche de SUP (Stand Up Paddle) de 3m50, utilisée en lac à cause de ses dimensions imposantes, permet une autre variété de positions : à genoux, genoux redressé, en chevalier servant ainsi que debout. En statique ou en transfert d'une position à l'autre, de nombreuses combinaisons s'offrent aux besoins thérapeutiques.

Bien que s'apparentant à une planche à bascule classique (figure 3), la planche de SUP offre les avantages du plaisir en plein air dans un élément agréable, motivant et valorisant pour l'image de soi. La culture surf véhicule des valeurs de plaisir, de liberté et d'appartenance communautaire dont les patients peuvent aussi bénéficier et qui les stimulent.



Photo : Katrien Van Den Keybus Deglon

» » Figure 3 : planche à bascule classique, utilisée traditionnellement pour les cas neurologiques

— DESCRIPTION D'UN EXERCICE SIGNIFICATIF (AVEC POUR RÉFÉRENTIEL LES PLANS ANATOMIQUES) : —

Le patient se trouve en décubitus dorsal sur une funboard (figure 4). Le thérapeute se trouve à la tête du patient ou à ses pieds, avec l'eau au niveau de sa taille. Il a une vue plongeante privilégiant l'observation du plan frontal, ou du plan horizontal s'il se baisse plus proche de l'eau. La ligne médiane de la planche de surf constitue un repère intéressant pour l'observation de la symétrie dans le plan frontal (position du corps sur la planche, inclinaisons latérales du tronc ou abductions des membres), alors que la palpation des ailerons (figure 6) indique au thérapeute un

mouvement de rotation dans le plan horizontal. Une position du patient en travers de la planche permettra la stimulation et l'observation dans le plan sagittal (figure 5).

La symétrie de la position du corps sur la planche est indispensable pour pouvoir tenir l'équilibre sans tomber. Cette propriété est intéressante dans des cas d'hémiplégie par exemple, où une symétrisation des deux hémicorps est recherchée. Par contre, une dissymétrie de la position du corps sur la planche induira une compensation du tronc et du rachis, utile pour stimuler ou faire prendre conscience d'une position de correction posturale (scolioses). De même, un mouvement de membre supérieur induira une compensation par le membre inférieur opposé pour maintenir l'équilibre, et réciproquement. Ceci est très utile pour la stimulation du mouvement des parties plégiques du corps (hémiplégies).

Il est à noter que les cas de scolioses juvéniles du projet ont bénéficié précédemment d'un traitement de prise de conscience posturale de type SEAS Approach ⁽²⁾. La thérapie à l'aide de planches de surf vient alors en seconde partie de rééducation, et c'est la tenue de positions symétriques corrigée qui est recherchée, d'abord en statique, puis en dynamique. En progression, ceci est rendu possible par la diversité des positions. En décubitus dorsal ou ventral d'abord, puis assis et enfin debout sur la planche. Le thérapeute observe les déviations par rapport à la norme physiologique d'une part, et la norme individuelle ainsi que la progression d'une séance à l'autre d'autre part. Il peut corriger par facilitations verbales, visuelles (démonstration ou exercice en miroir), ou encore par facilitations kinesthésiques: points de repères tactiles donnés par la planche, les mains du thérapeute, ou encore les deux. Un

élément de progression observable est par exemple le temps d'adaptation pour trouver une position corrigée dans une certaine situation avec la planche. Dans un contexte reproductible, plus ce temps est court, plus le patient progresse. Un autre exemple est la tenue indépendante d'une position particulièrement déstabilisante, comme assis sur une bodyboard, avec une activité annexe des membres supérieurs (double tâche). Cette position servira de test de départ, puis de but à atteindre par la suite. Le jour où le patient y parvient, il a acquis suffisamment de stabilité du tronc et de la ceinture pelvienne pour le faire.

Le processus de création d'un exercice est complexe et dépend de chaque cas particulier. Une description exhaustive de tous les exercices avec une planche de surf serait donc aussi fastidieux que réducteur. Il n'y a pas un exercice type idéal, mais une multitude de possibilités, dépendantes de chaque situation et de chaque moment. Par exemple, un jour de clapot sur le lac permettra de mettre en pratique fonctionnelle les acquis des séances précédentes plus calmes du point de vue du plan d'eau, et basées sur des éléments analytiques de rééducation. C'est donc au thérapeute de s'adapter à l'élément, ce qui est la seconde nature de tout surfeur.



» » Figure 4: observation dans le plan frontal



» » Figure 5: stimulation et observation dans le plan sagittal



» » Figure 6: les ailerons indiquent au thérapeute un mouvement de rotation dans le plan horizontal. Dans cet exemple: une rotation droite du tronc. On remarque aussi le pied droit du patient qui est plus enfoncé dans l'eau.

— CONCLUSION —

J'espère que cet exemple aura donné une idée de ce qui est réalisable avec une planche de surf en rééducation. Chaque thérapeute y trouvera le moyen d'exprimer sa créativité pour le bien-être de ses patients, et aussi de nourrir sa propre passion pour son métier. Pouvoir pratiquer de manière ludique et stimulante est un bienfait autant pour le patient que pour son thérapeute. Les thérapies d'été en milieu naturel pourraient stimuler la motivation des patients chroniques, devant recevoir des soins à l'année. Sur les six patients pilotes du projet, une seule personne a stoppé pour des raisons de réorientation de son traitement (pause après une période intensive et prolongée). Tous les autres se sont dit très motivés à refaire l'expérience l'an prochain. Chacun a pu progresser selon sa pathologie et son niveau, avec un maximum de plaisir et d'enthousiasme.

— CONTACT —

Boris Vonlanthen, juillet 2013

Coordonnés de l'auteur:
boris.vonlanthen@la-ligniere.ch
www.la-ligniere.ch

Sur Vimeo: « Gibolin Productions » (sortie d'un documentaire de 10 min sur le sujet en octobre 2013)

— NOTA —

La planche « funboard » se nomme aussi parfois « Minimalibu »

— BIBLIOGRAPHIE —

- 1 SSS pour « Société Suisse de Sauvetage »
- 2 SEAS pour « Scientific Exercises Approach to Scoliosis »



Esthétique  **médical**
À votre service depuis plus de 15 ans

Maîtrise fédérale en électronique

Délais d'intervention **express**

95% des réparations faites **sur site**

Aucun intermédiaire

Réparation **multimarque**

Vente de **tables** et **appareils physio**

Soutra – 076 / 363 35 70 – info@soutra.ch

Bon de réduction

50.-CHF

remise sur l'achat d'une table
ou sur une réparation.

*non cumulable

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?

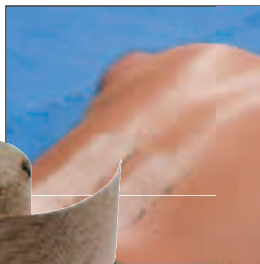
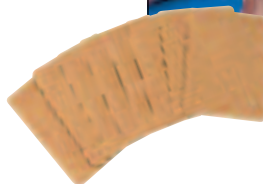
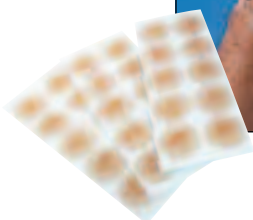
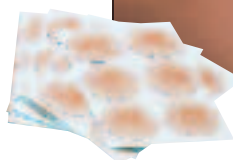
Dr Kossmann: Des patients enthousiastes m'ont conseillé les pansements et les patches à base d'Aquatitane au cours de mes consultations de rhumatologie. Depuis 2009, j'utilise régulièrement les Aquatitane Tapes, vu que mes patients les apprécient considérablement.

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

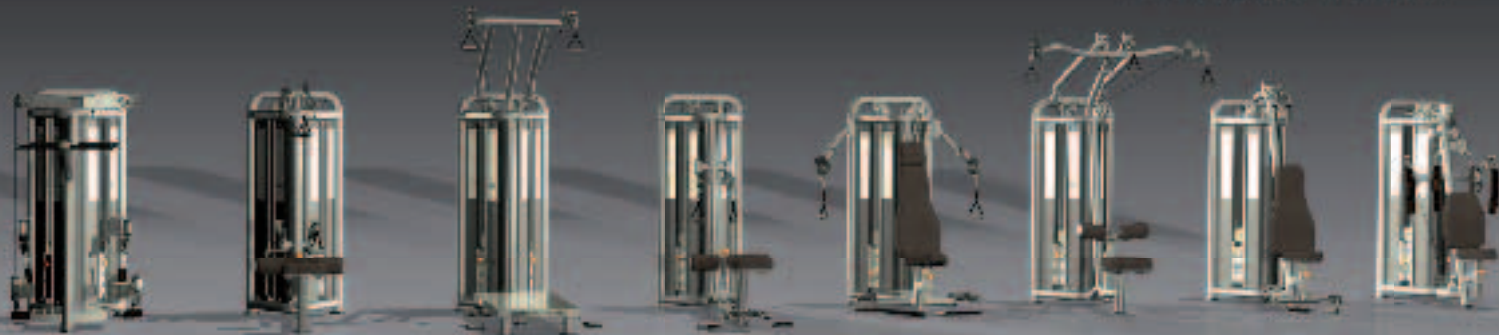
N° d'art. XEPU0500 Code Pharma 5125338 PV CHF 49.00

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. *)

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 coachs sportifs l'opportunité de maximiser la valeur qu'ils apportent aux clients, d'accroître les recettes engendrées par le biais des coachs sportifs et d'améliorer la fidélité des clients.

Physiocable is a trademark of Ollicrom 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





© yanlev | Fotolia

Evaluation de l'épaule du nageur (2^e partie)

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 —

Cet article fait suite à celui du numéro d'août concernant le bilan. Nous aborderons la rééducation de l'épaule suite à une des blessures les plus fréquentes chez le nageur: la tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

Nous verrons que le simple travail de l'épaule ne suffit parfois pas, et qu'il est indispensable de corriger la posture souvent cyphotique du nageur. En passant du travail hors de l'eau à la rééducation aquatique à proprement parler, nous verrons qu'il faut bien respecter les étapes pour aboutir à un retour à la compétition réussi. Le travail de la coiffe des rotateurs, associé à celui des fixateurs de la scapula en seront les axes essentiels. Nous aborderons également les principaux axes de la rééducation post-chirurgicale ainsi que les moyens techniques de prévenir ces blessures touchant près d'un nageur sur 3.

TRAITEMENTS FONCTIONNEL ET POST-CHIRURGICAL

— RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE —

• CONTRÔLER LA DOULEUR

Le soulagement de la douleur, qui est le premier but du traitement, implique le repos de l'épaule^(1,2) sans qu'il soit strict. Dans la plupart des cas, l'athlète doit s'arrêter ou diminuer considérablement ses activités de natation pendant 3 à 4 semaines. Un masseur-kinésithérapeute peut aider à modifier les activités du nageur pour éviter l'aggravation de la rupture de la coiffe des rotateurs.

Le traitement consiste pendant les 15 premiers jours à la sédation des douleurs (massage et cryothérapie 25 minutes en glaçage). La physiothérapie peut être un complément intéressant pour l'antalgie. Le traitement anti-inflammatoire peut également être débuté (AINS + glaçage régulier

environ 25 mn). Il n'y a généralement pas de perte d'amplitudes lors d'une simple tendinopathie.

• LES TECHNIQUES MYOTENSIVES

Les étirements ont une place primordiale dans la rééducation pour rétablir l'équilibre agoniste/antagoniste ⁽³⁾. En effet, le nageur a classiquement une attitude en fermeture antérieure, par hypoextensibilité musculaire et fasciale. Les épaules pathologiques présentent classiquement une attitude en bascule antérieure (petit pectoral) et enroulement ou sagittalisation (dentelé antérieur), ces deux mouvements favorisant l'antépulsion (grand pectoral) (fig. 1 et 2).



>> Figure 1: levée de tension du petit pectoral



>> Figure 2: levée de tension du grand pectoral



>> Figure 3: technique d'inhibition acromio-claviculaire

Cette attitude morphostatique nuit au bon fonctionnement des couples de force des muscles de la coiffe et donc au recentrage actif de la tête humérale. Aussi, est-il nécessaire d'étirer le grand pectoral, le petit pectoral, le trapèze, le dentelé antérieur et le grand dorsal afin d'améliorer la posture du nageur.

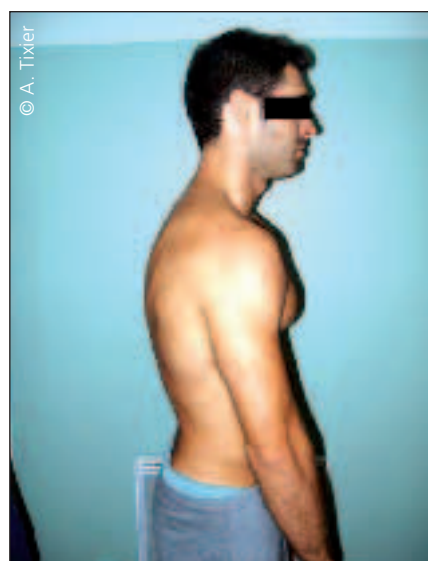
Si le nageur peut réaliser seul des étirements, le praticien choisira en fonction de la douleur et de l'origine de l'hypoextensibilité, de réaliser des techniques de levées de tension ou des techniques de Jones (fig. 3 et 4) (strain et counterstrain).

Plus largement que la simple articulation glénohumérale et même que l'épaule en entier, l'attitude en cyphose thoracique est de loin l'organisation posturale la plus fréquente. Au tout départ, l'attitude en cyphose thoracique est surtout d'étiologie posturale mais les différentes nages utilisant toujours les muscles antérieurs, renforcent cette attitude chez les nageurs. Si le patient maintient cette position, la ceinture scapulaire peut évoluer le plus souvent de deux façons :

- **l'enroulement** : le sujet est cyphosé et cette cyphose s'accompagne d'un enroulement des épaules sans bascule. Les muscles raccourcis ou hypertoniques sont les dentelés antérieurs et les grands pectoraux. Les



>> Figure 4: technique d'inhibition du long biceps



>> Figure 5: enroulement scapulaire et cyphose thoracique

épaules peuvent se retrouver à différentes hauteurs en fonction du faisceau concerné. C'est la tendance la plus fréquente d'après Dufour ⁽⁴⁾. Pour lui, cet enroulement scapulaire place l'humérus en rotation médiale.

- D'autres auteurs considèrent l'inverse, à savoir que l'humérus se placera en rotation latérale pour maintenir la main fonctionnelle. Dans le premier cas, la rotation médiale entraîne une mise en tension des rotateurs latéraux qui deviennent victime d'un déséquilibre dynamique. Ces derniers doivent se surpasser pour réaliser les mouvements quotidiens. Dans le second, les rotateurs latéraux sont raccourcis, la partie postérieure de la capsule se rétracte et la tête humérale se décentre antérieurement (fig. 5);
- **la bascule antérieure** : la cyphose s'accompagne d'une bascule antérieure de la scapula; on retrouve une hypertonie des rhomboïdes, élévateur de la scapula, petit pectoraux et grand dorsal. Selon Barette et Péninou ⁽⁵⁾, l'effet corde d'arc est le stade ultime de la déformation. Les muscles précédents sont raccourcis, et on a une solidarisation du grand dorsal et du rhomboïde par l'intermédiaire de la scapula. Le rachis joue donc le rôle d'un arc (représenté par la cyphose) et l'ensemble grand dorsal-scapula-rhomboïde celui de la corde. L'effet corde est possible par la contraction des fermeurs scapulo-huméraux que l'on va retrouver hypoextensibles. L'ensemble est fermé en avant par le grand droit de l'abdomen et s'auto-entretient. Le rachis est solidarisé par les petits dentelés postérieurs (fig. 6).

Il devient illusoire dans ce cas de traiter simplement la ceinture scapulaire, les corrections ne tiendraient pas à la vue des déformations. Au niveau des dysfonctions vertébrales, ces attitudes s'accompagnent de lésions en flexion uni ou bilatérale ou lésion de découverture.

De nombreuses études ont montré le bien-fondé des techniques d'inhibition sur la musculature péri-scapulaire. Ces approches en inhibitions concernent surtout les contractures



» Figure 6: bascule antérieure de la scapula

fraîches dites myoélectriques. Les techniques décrites par Lawrence Jones prennent toutes leur place notamment dans le traitement des muscles trapèze supérieur, SCOM ^(6,7).

• LES TECHNIQUES MOBILISATRICES

Si le bilan a révélé des déficits de mobilité vertébrale, il faut alors envisager des techniques de gain articulaire. Différentes modalités sont envisageables selon le contexte. Si le nageur est seul, les principes de mouvements répétés et postures développées par Robin McKenzie sont intéressants à type d'autorééducation et d'entretien préventif des amplitudes.

Toutefois, si celles-ci sont déficitaires, l'apport des mobilisations spécifiques nous semble indispensable pour pouvoir obtenir un gain significatif et rapide, le plus souvent vers l'extension thoracique pour lutter contre l'attitude cyphotique. Cette mobilité retrouvée permet un meilleur mouvement de la scapula, réduisant les contraintes sur la coiffe des rotateurs.

Les traitements des décentrages d'épaule doivent constituer une partie de la libération articulaire. Quelques études ont montré qu'en rétablissant la congruence articulaire, les contractures musculaires diminuaient de façon significative par inhibition de l'arc réflexe douloureux.

En effet, la normalisation permet :

- de replacer l'articulation scapulo-humérale en congruence, de stabiliser cette dernière, et de normaliser le jeu articulaire;
- de diminuer le « bombardement » nociceptif, permettant ainsi aux muscles de se relâcher.

La technologie nécessaire à cette normalisation a été décrite dans de nombreux articles publiés précédemment ⁽⁸⁻¹¹⁾.

Le décentrage antéro-supérieur se normalise en plaçant un appui antérieur sur la tête humérale, et en réalisant une poussée caudale et postérieure afin de recentrer la tête face à la glène. Cette poussée est effectuée sur des mouvements de flexion dans un premier temps, puis suivant tous les plans de mouvement (rotations interne, externe, et circumduction).

La correction de décentrage en rétroversion ou spin consiste à faire rouler la tête humérale en avant sur un mouvement de rotation interne. Il suffit pour cela d'avancer la tête humérale sur un mouvement de rotation interne (fig. 7 et 8).

• LE RENFORCEMENT MUSCULAIRE

L'objectif suivant du traitement est de rétablir la force normale de la coiffe des rotateurs et de rééquilibrer le couple rotateurs médiaux/rotateurs latéraux. Ceci passe par un programme d'exercices supervisés spécifiques à la coiffe des rotateurs en utilisant des poids relativement légers (1 ou 1,5 kg jusqu'à un maximum de 2,5 kg) et un grand

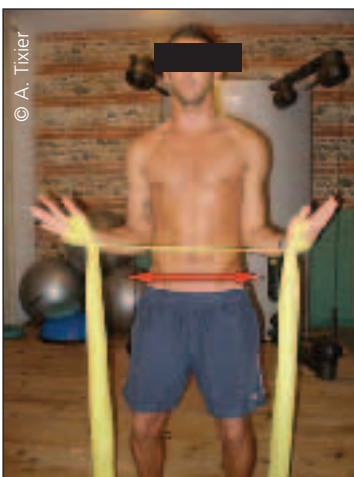
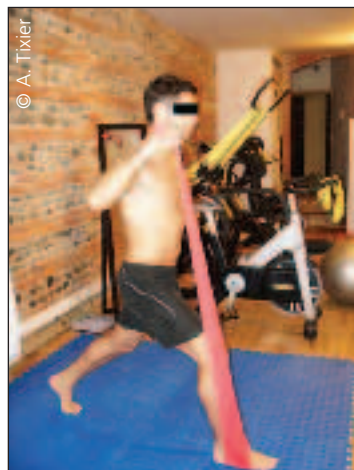
nombre de répétitions (60 à 80 répétitions par série) visant un gain en endurance pour le bon placement de la tête humérale, plus qu'en force qui elle est assurée par les muscles longs.

Ces exercices peuvent être effectués sur une base quotidienne ou tous les 2 jours. Ce renforcement musculaire peut également se faire à l'aide de résistances élastiques progressives (REP) avec bandes ou tubes, où la coordination du mouvement actif est facilitée par la proprioception, ce qui est primordial pour l'épaule du nageur ^(3, 12).

Il faut naturellement choisir la résistance élastique adéquate. Le mouvement doit se faire en amplitudes articulaires maximales, on doit donc déterminer la longueur de la bande. La résistance développée par l'élastique doit permettre d'effectuer des répétitions gestuelles durant plusieurs séries de 1'30 à 2 mn. En effet, il est important de privilégier l'endurance de la coiffe plutôt que le travail de force.

Les muscles clés à travailler sont les rotateurs latéraux (infra-épineux, petit rond – fig. 9) en coordination avec les fixateurs de la scapula (rhomboïde, trapèze, élévateur de la scapula – fig. 10), le supra épineux, le dentelé antérieur. Le dentelé antérieur en tant que stabilisateur de la scapula doit être tonifié ou renforcé s'il est trop faible (signe du décollement de la scapula – fig. 11) ^(13, 14).

Ce renforcement musculaire s'effectue d'abord en statique, puis en dynamique contre des résistances élastiques croissantes. La position à privilégier pour ce travail est la rotation latérale coude au corps (RE1) car elle semble générer moins de contrainte au sein de l'espace sous-acromial (fig. 9) ⁽¹⁵⁾. Néanmoins la position de Davis modifiée (45° de flexion et 45° d'abduction) est aussi intéressante pour ce type d'exercice.



>> Figure 9: renforcement des rotateurs latéraux et extenseurs du tronc



>> Figure 7: correction du décentrage supérieur



>> Figure 8: correction du spin



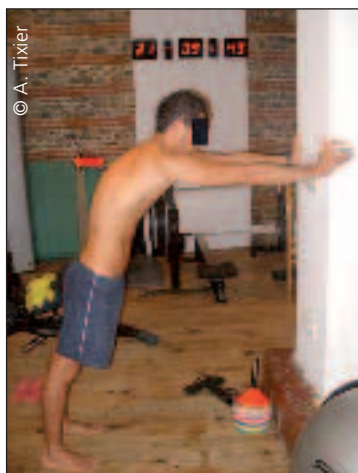
>> Figure 10: renforcement des adducteurs de la scapula

Nous avons vu précédemment que les fixateurs de la scapula peuvent subir une fatigue mécanique importante ce qui peut aboutir à une dyskinésie scapulo-thoracique et à un conflit sous-acromial. Il est donc important de travailler ces muscles sur la composante endurance de manière plus ciblée.

Un exercice simple consiste à placer le patient en procubitus et de lui faire faire des battements avec des poids. Ces exercices permettent de solliciter préférentiellement les trapèzes inférieurs et moyens par rapport aux trapèzes supérieurs. Ils sollicitent les muscles scapulaires chronologiquement avant les muscles de la scapulo-humérale ce qui permet d'apporter une base stable au mouvement de l'épaule ⁽¹⁵⁾.

Attention au renforcement des trois grands (grand rond, grand dorsal, grand pectoral): si la rééducation des trois grands reste enseignée fréquemment, il nous semble que biomécaniquement cela ne soit pas toujours profitable, voire même délétère si l'on considère deux paramètres: d'une part l'hypoextensibilité musculaire et, d'autre part le ratio RM/RL.

Dans le cas de l'hypoextensibilité de la chaîne antérieure (provoquant une attitude cyphotique), le renforcement du grand pectoral favorisera l'augmentation de la cyphose et le spin ou les contraintes sur la gléno-humérale par effet corde d'arc.



>> Figure 11: renforcement des adducteurs de la scapula

Les pathologies d'épaule semblent avoir un déséquilibre au détriment des rotateurs latéraux. Le renforcement des trois grands ne ferait que majorer ce déséquilibre.

• RÉÉDUCATION PROPRIOCEPTIVE

Le but de la rééducation proprioceptive est, à terme, d'amener le nageur à une situation de protection musculo-articulaire automatisée lors du geste sportif. Pour obtenir cette situation aussi proche possible de la normale, il faut jouer sur la tension dans les articulations, dans les muscles et dans les tendons pour obtenir le centrage parfait de la tête humérale afin d'éviter la survenue d'un nouveau conflit ⁽³⁾.

Le centrage de la tête humérale est essentiel dans l'application au geste sportif, quelle que soit la position de l'épaule; il doit être automatique. Il paraît nécessaire d'effectuer une progression précise ^(3, 16, 17). Celle-ci doit passer des chaînes fermées à ouvertes en passant par les chaînes semi-fermées (fig. 12) ^(1, 3, 18). L'EVS de réalisation des exercices proprioceptifs s'avère être une aide précieuse (tab. 1).

• LE RETOUR À LA NATATION

L'athlète est autorisé à retourner à la natation de façon graduelle une fois qu'il est totalement indolore, qu'il a récupéré ses amplitudes articulaires en totalité, et qu'il a récupéré une force normale de la coiffe des rotateurs, par rapport à l'épaule opposée ^(1, 3, 16). Le retour à la natation doit se produire sous la direction d'un masseur-kinésithérapeute ou entraîneur.

Il convient d'accompagner le nageur vers une reprise de nage progressive. Il faut tout d'abord travailler la gestuelle de nage. En effet, il est important d'avoir une attaque de l'eau « main à plat » et non par le pouce, une respiration bilatérale, un axe de rotation cranio-caudal. Pour cela, le travail en éducatif prend tout son sens, le but étant de restaurer une cinétique de nage « non lésante » et souvent



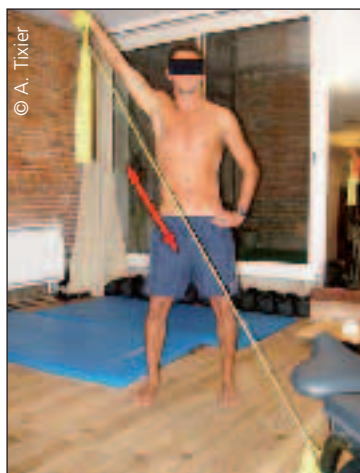
>> Figure 12: proprioception sur ballon

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

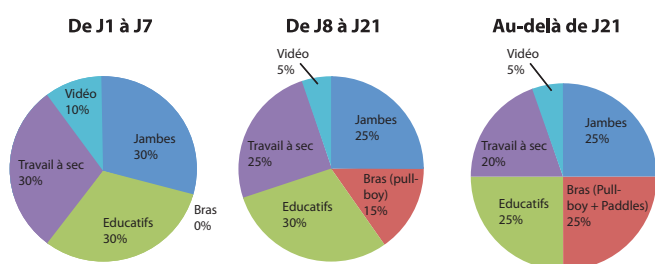
>> Tableau 1: EVS de la réalisation des exercices proprioceptifs

même plus efficace. Il ne faut donc pas négliger l'apport de la vidéo pour aider le nageur à prendre conscience du « bon » geste.

- Lors de la première phase (1^{ère} semaine), la charge de travail des membres supérieurs dans l'eau sera faible. En effet, pour les nageurs de haut niveau (nageant 2 fois par jour), il conviendra d'effectuer une séance par jour seulement en remplaçant le travail de pull-boy/paddles/élastique par un travail de jambes (30 %) (fig. 13). Durant cette phase, les éducatifs ont une place primordiale (30 %). Il est important que le nageur soit indolore afin de passer à l'étape suivante (fig. 14). Durant cette phase, une rééducation quotidienne doit être suivie.



» » Figure 13: renforcement global



» » Figure 14: évolution de la reprise de l'entraînement

- Lors de la seconde phase (2^e semaine ± 3^e semaine), il faudra réintégrer progressivement le pull-boy (15 %), et effectuer un renforcement musculaire à sec ciblé en dehors des entraînements (25 % à l'aide de REP). Il ne faut pas réintégrer le pull-boy et les paddles en même temps sous peine de trop grandes contraintes pour l'épaule. Durant cette phase, on augmentera encore la charge d'entraînement, toujours en respectant les consignes de progressivité et d'indolence. Les éducatifs seront évidemment de mise avec une part encore importante (30 %), (fig. 14).
- Enfin lors de la dernière phase (3^e semaine et/ou plus), le nageur reprendra l'entraînement (quasiment) normalement puisqu'il devra réintégrer progressivement le travail en paddles (fig. 14). Il est évident que le renforcement musculaire à sec doit être poursuivi. Un contrôle vidéo sur la technique de nage peut être réalisé pour vérifier la bonne correction de la technique de nage.

La concertation médecin/MK/entraîneur est primordiale afin de ne pas brûler les étapes de la rééducation. Il ne faut pas hésiter à prolonger la première phase si le travail en pull-boy est douloureux par exemple.

— RÉÉDUCATION POST-CHIRURGICALE —

Une intervention chirurgicale est envisagée pour les athlètes qui continuent à avoir des douleurs à l'épaule après un minimum de 6 mois de repos et de rééducation ⁽¹⁹⁾.

La procédure devrait comprendre un examen sous anesthésie afin de déterminer le degré de laxité, une arthroscopie diagnostique (à la recherche de SLAP lesion ou de rupture de coiffe ou la laxité capsulaire), et, lorsqu'il est indiqué, une re-tension de la capsule laxa (capsulorrhaphie). Chez l'athlète plus âgé, une décompression sous-acromiale est généralement effectuée s'il existe des preuves arthroscopiques d'érosion.

NB: une injection de cortico-stéroïdes peut être envisagée chez les patients plus âgés mais est rarement utilisée pour les adolescents dont la croissance n'est pas terminée.

• LA CAPSULORRAPHIE

Dans le cas d'une épaule hyper-laxe douloureuse le chirurgien peut opter pour une re-tension capsulaire: une capsulorrhaphie. Celle-ci est le plus souvent antérieure. Cette intervention nécessite généralement l'immobilisation dans une élingue ou dispositif d'immobilisation du bras pendant 4 à 6 semaines pour permettre à la capsule à cicatriser dans une position adéquate.

Ensuite commence un programme de récupération des amplitudes articulaires, d'apprentissage du recentrage actif de la tête humérale, de renforcement de la coiffe des rotateurs, d'amélioration des capacités d'endurance de la coiffe et des fixateurs et de rééducation proprioceptive. Ce programme de rééducation est débuté à J 45. Le travail en résistance maximale (théorique) n'est pas effectué avant J 90 ^(1, 3).

• LE DÉBRIDEMENT ARTHROSCOPIQUE

Dans le cas d'une épaule conflictuelle, il est réalisé un débridement sous arthroscopie avec ou non intervention sur la coiffe. Le but de cette intervention est de libérer le supra-épineux et la bourse séreuse de leur rapport conflictuel avec l'acromion ⁽¹⁾. On peut y adjoindre une ténodèse du long biceps si celui-ci apparaît lésé.

Les suites postopératoires sont plus simples avec généralement une immobilisation moins longue (4 semaines). Les priorités de la rééducation sont aussi la récupération des amplitudes articulaires, l'apprentissage du recentrage actif de la tête humérale et lorsque la cicatrisation le permet il faut alors récupérer les amplitudes actives et solliciter la coiffe de manière progressive. Le travail en résistance maximale (théorique) n'est pas effectué avant J 90 ^(1, 3).

NB: il est classiquement écrit dans la littérature que le travail actif ne débute que lorsque la totalité des amplitudes passives sont complètes. En pratique, ce travail débute le plus souvent avec un potentiel de récupération de 80 %.

• LA SLAP LÉSION

Bien que l'on puisse d'abord tenter un traitement conservateur, une réparation chirurgicale de la lésion SLAP est souvent nécessaire mais dépend de la gravité de la lésion. Celle-ci consiste à réparer la déchirure du labrum et/ou à réinsérer l'attache du tendon du biceps sous arthroscopie.

L'épaule est immobilisée dans une écharpe (le bras contre le corps) pendant 4 semaines afin de solliciter le moins possible l'attache du biceps et surtout le labrum. La rotation latérale, en particulier, est à éviter absolument au cours de cette phase. Pendant cette période, le patient peut de temps à autre laisser pendre le bras le long du corps; une mobilisation passive du coude et de l'épaule jusqu'à 90° est également permise.

Au bout de 4 semaines, l'écharpe peut être retirée et le patient peut commencer les exercices de mobilisation active et passive en compagnie d'un masseur-kinésithérapeute. La priorité est la récupération d'une mobilité totale en flexion. La rotation latérale est toujours récupérée progressivement. Une tonification musculaire isométrique de la ceinture scapulaire est également entamée.

Ensuite, au bout de 6 semaines, le programme de rééducation converge avec ceux décrits précédemment. Il faut généralement compter 3 à 4 mois avant la reprise des activités professionnelles et sportives.

• RENFORCEMENT MUSCULAIRE ET PROPRIOCEPTION : PARTIE MAJEURE DE LA RÉÉDUCATION

La proprioception jouera un rôle important dans la rééducation quelle que soit l'intervention. Ses objectifs sont :

- une reprogrammation neuro-sensori-motrice;
- un renforcement musculaire sélectif et global;

- un réentraînement progressif de l'épaule par rapport aux gestes du nageur.

Toutes les sensations recueillies par les muscles, les tendons, et les articulations sont stockées dans une « mémoire de la sensation du geste » capable ensuite de restituer ce dernier ^(3, 20). Les stimulations de la rééducation proprioceptive visent à harmoniser la sensation et le geste, pour rétablir le contrôle du mouvement ^(3, 18). Il apparaît évident que la proprioception ne peut être débutée s'il existe encore des douleurs dans le secteur travaillé, sous peine de créer une réaction de défense allant à l'encontre du but recherché.

La proprioception intervient après le travail de libération. Elle respecte une progression concernant les chaînes (de fermée à 5 semaines à ouverte en fin de rééducation), les amplitudes, la vitesse des déstabilisations etc.

Les activités du membre supérieur en chaîne fermée facilitent la cocontraction des muscles autour de l'épaule, augmentant la stabilité articulaire fonctionnelle. Elle permet une meilleure stimulation des mécanorécepteurs articulaires ^(3, 18, 21).

• LE RETOUR À LA NATATION APRÈS LA CHIRURGIE

L'athlète doit être informé sur certains effets de la chirurgie avec une stabilité de l'épaule augmentée pour certains avec perte de souplesse, entraînant des difficultés à revenir à la natation au même niveau qu'avant la blessure. En effet, d'après une étude de Bruchoj et al. ⁽²²⁾, 56 % des nageurs reprennent la natation à niveau antérieur après une arthroscopie dont 44 % sans douleur, 44 % n'ont pas repris la natation dont 38 % à cause de la douleur ⁽¹⁸⁾.

D'après les résultats d'une autre étude présentée par Rodineau ⁽²³⁾, parmi 44 patients sportifs opérés de la coiffe des rotateurs, 80 % ⁽³⁵⁾ ont repris le sport après 8 mois, 46 % ⁽²⁰⁾ ont repris le sport en compétition à niveau identique, 34 % ⁽¹⁵⁾ à un niveau inférieur. Il apparaît que le résultat fonctionnel est directement lié à l'étanchéité de la coiffe ⁽²¹⁾.

La natation ne peut commencer qu'une fois que l'athlète a récupéré un minimum de 80 % de sa mobilité et de sa force dans l'épaule. Le retour à la natation de compétition est généralement envisagé **entre 6 et 12 mois après la chirurgie** ^(1, 3). Il est alors important de solliciter l'épaule de manière progressive.

Une concertation entraîneur/médecin/masseurkinésithérapeute est essentielle. Il faut donc adapter l'entraînement comme décrit précédemment avec intégration progressive du pull-boy, des paddles, etc., et avec un renforcement musculaire à sec ciblé en dehors des entraînements (REP), la charge d'entraînement augmentant progressivement.

• PHASE D'ENTRETIEN

La phase d'entretien est la phase finale de la rééducation. L'athlète doit être indépendant avec un programme de musculation adapté et guidé selon les instructions de son entraîneur sportif ou masseur-kinésithérapeute.

Le thérapeute et l'entraîneur devraient tous deux être impliqués dans une réévaluation de la mécanique et la technique de nage, concernant toutes les erreurs à éviter pour ne pas que le préjudice réapparaisse.

SUIVI DU NAGEUR

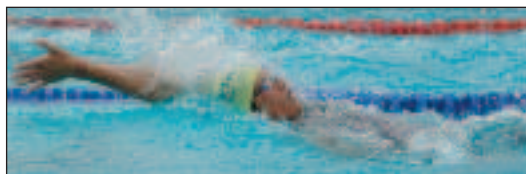
— PRÉVENTION —

Un programme structuré de d'athlétisation de la coiffe des rotateurs ainsi que du dentelé antérieur, des rhomboïdes et du trapèze (notamment sur la composante « endurance »), de travail proprioceptif et d'étirements pendant la saison morte et une augmentation progressive de l'entraînement au début de la saison peuvent aider à prévenir la survenue des douleurs d'épaules.

Éviter une fatigue de la coiffe des rotateurs et des fixateurs de la scapula par une mécanique adéquate, un équilibre musculaire est la clé pour prévenir les blessures.

Connaître les signes et les symptômes de la fatigue de la coiffe des rotateurs, d'une tendinopathie peut aider le médecin, le formateur l'entraîneur et le masseur-kinésithérapeute à déterminer quand un nageur doit reposer son épaule. Il faut naturellement utiliser le principe de progressivité, à savoir ne jamais augmenter brutalement la charge de travail.

Chez les nageurs cyphosés, il faut intégrer des exercices d'autoéducation basés sur la répétition. Il est alors nécessaire d'étirer le grand pectoral, le petit pectoral, le trapèze, le dentelé antérieur et le grand dorsal afin d'améliorer la posture du nageur.



>> Figure 15: nages crawl et dos crawlé



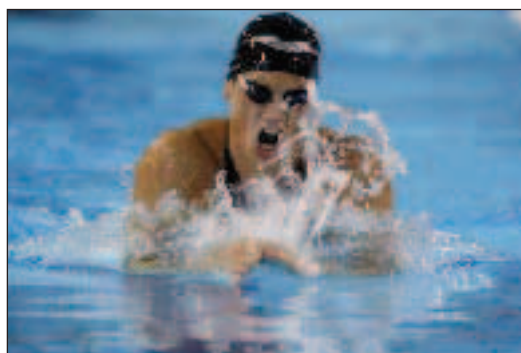
Les mouvements répétés et postures développées par Robin McKenzie sont intéressants à type d'auto-rééducation et d'entretien préventif des amplitudes. Mais si celles-ci sont déficitaires l'apport des mobilisations spécifiques nous semble indispensable, le plus souvent vers l'extension thoracique pour lutter contre l'attitude cyphotique.

Il convient de corriger la gestuelle de nage afin d'éviter le conflit. Dans cette optique, une analyse de nage pour chaque nageur semble indispensable ^(fig. 15 à 18). Ainsi :

- une respiration bilatérale en crawl peut diminuer les contraintes au niveau de l'épaule dominante de nage;
- le fait d'avoir une ligne de nage avec le corps qui tourne autour d'un axe crano-caudal permet de diminuer les contraintes en translation antérieure de la tête humérale;
- l'attaque de l'eau (en crawl et en papillon – fig. 15 et 16) doit se faire main à plat et non pas par le pouce (ce qui place l'épaule en rotation médiale, et donc en conflit);
- la technique décrite par M. Councillman ⁽²⁴⁾ dite « elbows up » (retour coude fléchi) permet d'éviter le retour aérien coude tendu et les lésions décrites dans d'autres parties (fig. 17);
- une alimentation saine et équilibrée est recommandée. Une hydratation abondante est très importante, y compris pendant les entraînements.



>> Figure 16: nage papillon



>> Figure 17: nage brasse



Il convient néanmoins de poursuivre ce programme de rééducation/prévention tout au long de la saison avec un suivi régulier de la bonne réalisation des exercices et de la qualité de nage grâce à l'apport de la vidéo notamment. Le travail à sec avec les REP doit garder une place importante dans l'hygiène de vie du nageur, tout au long de la rééducation d'une part, et après la rééducation d'autre part.

• PRONOSTIC

Le pronostic d'une restauration complète des capacités suite au repos et un travail approprié de la coiffe des rotateurs en rééducation est bon. La chirurgie est rarement nécessaire, sauf dans les cas les plus récalcitrants.

• EDUCATION

Éduquer les athlètes, les parents et les entraîneurs concourt à la réussite de la rééducation et peut éviter les blessures récurrentes.

Le rôle et l'importance de l'intégrité biomécanique de la coiffe des rotateurs de l'épaule du nageur doivent être soulignés, ce qui note bien l'importance d'un programme de rééducation/éducation bien conduit.

— CONCLUSION —

La natation est un sport que nous, masseurs-kinésithérapeutes, préconisons souvent pour nos patients pour entretien de leurs capacités physiques.

L'excès d'activité physique possède toujours un revers de médaille pouvant provoquer des contraintes génératrices de pathologies. Quelle que soit la nage, les muscles cyphosants favorisent l'attitude posturale en enroulement, il est indispensable de pouvoir lutter contre.

« Avec l'aimable autorisation de reproduction de Kinésithérapie Scientifique. Toute référence à cet article sera mentionnée telle que : Tixier A, Barette G, Dufour X, Loubiere M. L'évaluation de l'épaule du nageur. *Kinésithér Scient* 2012;535:5-15. Tous droits réservés. »

— CONTACT —

<http://www.physioswim.com>
Arnaud Tixier
47 Rue Bayard 31000 Toulouse
0033 9 52 21 77 44
new-look-masseurs-kinesitherapeutes.com

— BIBLIOGRAPHIE —

- 1 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.
- 2 Gazzielli DF. *Rééducation et chirurgie de l'épaule au quotidien*. Paris : Sauramps Médical, 2006 : 19, 23-9, 69-105.
- 3 Viel E, Esnault M. *Récupération du sportif blessé : de la rééducation en chaîne fermée au stretching en chaînes musculaires*. Paris : Masson, 2003 : 1-47, 83-102, 149-58.
- 4 Dufour M, Pillu M. *Biomécanique fonctionnelle*. Paris : Masson, 2005 : 291-336.
- 5 Péninou G, Barette G. Les mouvements de l'épaule par le scapulum. *Kinésithér Scient* 1991;302:19-26.
- 6 Jones L, Kusunose R. *Jones strain-conterstrain*. Ed. Goering : ISBN 0964513544.
- 7 Certoux JR, Marc T, Cudel A, Teissier J. Rachis cervical et tendinopathie de la coiffe des rotateurs. *Kinésithér Scient* 2008;489:23-6.
- 8 Sohier R. Kinésithérapie analytique de l'épaule. *Kinésithér Rev* 2010;97:38-48.
- 9 Marc T, Rifkin D, Gaudin T, Lacaze F, Teissier J. Protocole et résultats de la rééducation de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs. *Kinésithér Scient* 2003;437:25-30.
- 10 Marc T. Prise en charge manuelle des tendinopathies de la coiffe des rotateurs. *Kinésithérapie, les Cahiers* 2004 ; 32-33:54-8.
- 11 Marc T, Gaudin T, Eid A, Lacaze F, Teissier J. Traitement fonctionnel de la rupture de coiffe. Protocole et résultats chez un groupe de 21 patients. *Kinésithér Scient* 2001;415:46-8.
- 12 Delaire M, Förster J. La résistance élastique progressive : historique et principes de base. *Kinésithér Rev* 2009 ; 94:30-3.
- 13 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.
- 14 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.
- 15 Nordt WE, Garretson RB, Plotkin E. The measurement of subacromial contact pressure in patients with impingement syndrome. *Arthroscopy* 1999;15(2):121-5.
- 16 Wakabayashi I et al. Does reaching the back reflect the actual internal rotation of the shoulder? *J Shoulder Elbow Surg* 2006;15:306-10.
- 17 Codine P, Pocholle M, Hérisson C. Anomalies neuromusculaires et instabilité de l'épaule. *Ann Kinésithér* 2003 ; 19:16-9.
- 18 Viel E. Le point sur la rééducation par la proprioception. *J Traumatol Sport* 2001;18:93-103.
- 19 Mansat M. L'épaule dans le geste du lancer. Quelles pathologies? *L'Observatoire du Mouvement* : La Lettre 2002 ; 6:3-4.
- 20 Zone critique de Codman et Uthoff. In : Codman EA (ed) *Rupture of the supraspinatus tendon. The shoulder*. Boston : Thomas Todd Publishing Company, 1934 : 123-77.
- 21 Paumard P. La chirurgie ou des exercices de rééducation spécifiques permettent une amélioration de la proprioception d'épaules instables ou conflictuelles. *Kinésithér Rev* 2007;66:4-14.
- 22 Brushoj J et al. Swimmers painful shoulder arthroscopic findings and return rate to sports. *Scand J Med Sci Sports* 2007;17:373-7.
- 23 Rodineau J, Rolland E. *Séquelles des traumatismes articulaires chez les sportifs*. 25^e Journée de traumatologie du sport de la Pitié-Salpêtrière - Paris. Paris : Masson, 2007 : 17-21.
- 24 Sherwin SW. *Swimmer's shoulder*. Section of Orthopaedic surgery and rehabilitation medicine. Updated on Jun 15, 2006 : <http://emedicine.medscape.com/article/93213-overview>.

ERRATUM

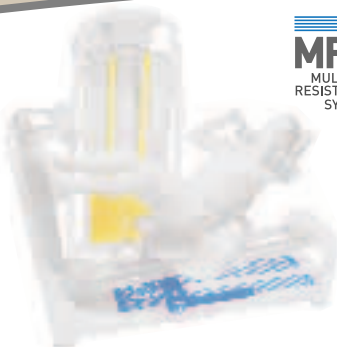
Dans le N° 5/2013, j'ai oublié de mentionner en fin d'article de A. Tixier et coll., « Evaluation de l'épaule du nageur » ce qui suit : « Avec l'aimable autorisation de reproduction de Kinésithérapie Scientifique. Toute référence à cet article sera mentionnée telle que : Tixier A, Barette G, Dufour X, Loubiere M. L'évaluation de l'épaule du nageur. *Kinésithér Scient* 2012;535:5-15. Tous droits réservés. »

Que M. A. Quesnot, rédactrice de Kinésithérapie scientifique, reçoive ici mes excuses sincères. P. Besson

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

Ostéopathie aquatique : apport de l'ostéopathie aquatique à la rééducation de patients opérés d'une rupture du sus-épineux

SÉGOLÈNE VILPERT*, LAURE DARRAILLANS*, MICHEL DUFRESNE*, ROBERT MESLÉ**

* Ostéopathe DO

** Ostéopathe DO, Responsable du département de recherche de l'École Supérieure d'Ostéopathie de Paris Marne-la-Vallée

Condensé d'un mémoire de fin d'études soutenu en 2006 à l'École Supérieure d'Ostéopathie de Paris Marne-la-Vallée pour l'obtention du Diplôme d'Ostéopathe Français

Mots-clés: ostéopathie, ostéopathie aquatique, sus-épineux, rééducation, rupture de coiffe, émotions, étude randomisée.

Key words: osteopathy, aquatic osteopathy, supraspinatus tendon, physiotherapy, rotator cuff tear, emotions, clinical randomized Trial.

— RÉSUMÉ —

En ostéopathie aquatique, le patient flotte en apesanteur dans de l'eau à 35° C. Le praticien quant à lui utilise les mêmes principes de test et de traitement qu'en ostéopathie. Selon plusieurs ostéopathes dont Bernard Darrailans DO à Perpignan (France) et Michel Dufresne DO au Canada, elle permet d'obtenir de très bons résultats. Pourtant elle est encore quasiment inconnue en Europe. Nous avons donc réalisé une étude pour évaluer son efficacité et son intérêt.

Notre population source se composait de patients opérés d'une rupture du sus-épineux et suivant une rééducation en centre. Nous avons effectué un essai comparatif entre la rééducation, la rééducation associée à l'ostéopathie et la rééducation associée à l'ostéopathie aquatique. Le kinésithérapeute référant de chaque patient, a mesuré sur 15 jours, à l'aide d'un inclinomètre, l'évolution des amplitudes des

deux épaules. Nous avons donc pu comparer l'évolution des amplitudes dans les trois groupes.

Conclusion : L'ostéopathie aquatique et l'ostéopathie améliorent les résultats de la rééducation et ce de façon significative pour l'ostéopathie aquatique. D'autre part, l'ostéopathie aquatique semble être plus indiquée que l'ostéopathie pour les sujets hyperalgiques et ceux dont le schéma lésionnel comporte des dysfonctions d'origine psycho-somatiques.

— 1 / INTRODUCTION —

L'objectif de notre étude était d'évaluer ce que peut apporter un traitement en ostéopathie aquatique à des patients en rééducation, après une opération pour une rupture de la coiffe des rotateurs et plus précisément du sus-épineux.

Nous avons dû répondre à deux questions :

- Un traitement en ostéopathie aquatique peut-il être bénéfique à des patients en rééducation suite à une opération après rupture du sus-épineux ?
- Peut-on comparer l'efficacité d'un traitement en ostéopathie aquatique et d'un traitement en ostéopathie ?



D'autre part nous voulions vérifier une hypothèse évoquée par Michel Dufresne et Marie Panier :

- Les patients ressentent-ils plus d'émotions lors de traitements en ostéopathie aquatique que lors de traitements en ostéopathie ?

— 2 / MATÉRIEL ET MÉTHODES —

2.1 Recrutement de la population

La population source de notre étude comprenait tous les patients des établissements suivants :

- L'Hôpital National de Saint Maurice (92, France)
- L'Institut Robert Merle d'Aubigné à Valenton (92, France)
- Le centre de rééducation motrice et fonctionnelle du Finosello à Ajaccio (2A, France)

Et répondant aux critères d'éligibilité suivants :
Critères d'inclusion :

- Patient suivant une rééducation postopératoire suite à une intervention chirurgicale après rupture du sus-épineux.
- Patient autorisé par l'établissement à accéder à la piscine.
- Mobilisation active autorisée par le chirurgien.

Critères de non inclusion :

- Patient dont la durée restante de séjour dans le centre est inférieure à deux semaines.
- Patient ayant déjà subi une intervention chirurgicale sur cette articulation.
- Patient suivant, hors du centre, un autre traitement pour la rupture du sus-épineux.

Notre échantillon se composait de 27 patients : 13 femmes et 14 hommes âgés de 41 à 73 ans. Ces patients ont été répartis par randomisation dans trois groupes : groupe rééducation, groupe ostéopathie, groupe ostéopathie aquatique. Chacun des trois groupes comprenait neuf patients.

2.2 Déroulement de l'expérimentation

Après vérification des critères d'éligibilité, nous avons remis à chaque patient une fiche d'information sur l'ostéopathie aquatique et sur le but de notre étude. Après signature de la fiche de consentement éclairé nous avons effectué une anamnèse puis le kinésithérapeute référent du patient effectuait la première série de mesures d'amplitudes passives et actives des deux épaules à l'aide d'un inclinomètre et d'un goniomètre et les reportait sur une fiche d'évaluation.

Au sein de chaque centre, les patients ont ensuite été randomisés en trois groupes à l'aide d'une table de permutation au hasard à neuf éléments.

- Le groupe rééducation
- Le groupe ostéopathie
- Le groupe ostéopathie aquatique

Nous avons effectué une randomisation par centre afin de contrôler les biais dû aux différentes méthodes de rééducation et au recrutement de chaque centre.

Après la première prise de mesure :

Les patients du groupe rééducation ont poursuivi la rééducation avec leur kinésithérapeute suivant les principes habituels. Une semaine après la première prise de mesure (J8) le kinésithérapeute reprenait les mesures et les reportait sur la fiche d'évaluation. Une dernière prise de mesure était effectuée 15 jours après la première (J16).

Les patients du groupe ostéopathie ont reçu un traitement ostéopathique puis ont poursuivi durant toute l'expérimentation la rééducation avec leur kinésithérapeute. A J8 le kinésithérapeute reprenait les amplitudes, puis le patient recevait un deuxième traitement ostéopathique. Enfin à J16 le kinésithérapeute prenait une dernière fois les mesures.

Les patients du groupe ostéopathie aquatique ont reçu un traitement en ostéopathie aquatique puis ont poursuivi durant toute l'expérimentation la rééducation avec leur kinésithérapeute. A J8 le kinésithérapeute reprenait les amplitudes, puis le patient recevait un deuxième traitement en ostéopathie aquatique. Enfin à J16 le kinésithérapeute prenait une dernière fois les mesures.

Tous les patients de notre étude ont donc bénéficié de la même rééducation effectuée en partie en piscine.

Les mesures ont été effectuées par le kinésithérapeute référent du patient, c'est à dire le kinésithérapeute responsable de la rééducation du patient en question.

Le kinésithérapeute référent ne connaissait pas le groupe du patient.

Toutes les mesures ont été prises en l'absence de l'expérimentateur et sans que le kinésithérapeute ait les valeurs précédentes.

Les traitements en ostéopathie traditionnelle et en ostéopathie aquatique ont été effectués par l'expérimentateur. Après l'anamnèse et les tests, il s'agissait de corriger les différentes dysfonctions cinétiques susceptibles d'influer sur l'amplitude de l'épaule étudiée. Il s'agit donc d'une approche pragmatique.

Pour cela l'investigateur a utilisé suivant les cas des techniques structurelles (articulaires, fasciales, myotensives, thrust), viscérales (mobilité, motilité, pompage), cranio-sacrées et l'outil « d'ondulation » tel que décrit par Dufresne et Panier.

Dans leur étude, Michel Dufresne et Marie Panier ⁽¹⁾ soulignaient les effets psycho-émotionnels du milieu aquatique. D'après Michel Odent ⁽²⁾ « L'eau est synonyme de jeu, de joie,



d'abandon et est propice à la thérapie [...] L'eau favorise l'apparition rapide des réactions émotionnelles. » Nous avons donc demandé au patient à la fin de chaque traitement, que ce soit en ostéopathie ou en ostéopathie aquatique, s'il avait ressenti une des six émotions primaires. Ces six émotions sont: la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse et le dégoût. Pour les patients qui avaient ressenti une de ces émotions nous leur avons demandé de la quantifier sur une échelle allant de un (émotion très faible) à dix (émotion intense). En effet, d'après l'étude ⁽³⁾ d'Olivier Robin et al., chaque émotion primaire entraîne des réactions physiologiques spécifiques. Nous voulions donc savoir si les patients ressentaient plus d'émotions dans l'eau que lors des traitements classiques et si oui lesquelles.

2.3 Matériel utilisé en ostéopathie aquatique

Pour les traitements en ostéopathie aquatique nous avons utilisé un flotteur placé sous les cervicales. Si le patient souffrait de cervicalgies nous avons utilisé un flotteur en oméga et dans le cas contraire un flotteur en collier plus sécurisant pour

le patient. Dans tout les cas, nous avons utilisé deux bandes flottantes placées au niveau des chevilles du patient.

— 3 / RÉSULTATS —

3.1 Epaule opérée

Nous avons vérifié la comparabilité initiale des moyennes des amplitudes entre les trois groupes.

Les différences de moyennes ne sont pas significatives. La randomisation a donc constitué des groupes comparables pour les amplitudes des épaules opérées avant traitement.

Nous avons comparé, entre les trois groupes, des moyennes des gains d'amplitude des épaules opérées avec un test d'analyse de la variance (ANOVA) des gains des douze mouvements: les différences des moyennes des gains sont très hautement significatives. ($p = 0,000022$) (Tableau I).

» » Tableau I: moyennes des gains d'amplitude en degrés de l'épaule opérée entre J 1 et J 16

	Ostéopathie aquatique	Ostéopathie	Rééducation
Flexion passive	51	32	15
Extension passive	23	15	12
Abduction passive	41	37	18
Adduction passive	32	22	16
Rotation interne passive	36	24	17
Rotation externe passive	37	29	15
Flexion active	53	30	18
Extension active	18	12	13
Abduction active	44	32	18
Adduction active	28	23	14
Rotation interne active	32	31	12
Rotation externe active	37	32	4

Nous avons ensuite réalisé un test de Scheffé pour comparer les moyennes deux à deux. (Tableau II)

» » Tableau II: significativité des comparaisons des moyennes des gains 2 à 2

	Ostéopathie aquatique I Rééducation	Ostéopathie aquatique I Ostéopathie	Ostéopathie I Rééducation
Flex. Passive	0,000039	0,026438	0,038436
Ext. Passive	0,000633	0,009301	0,538304
Abd. Passive	0,01 0415	0,851452	0,036299
Add. Passive	0,01 51 33	0,138027	0,558739
R.I. Passive	0,092336	0,380823	0,684406
R.E. Passive	0,0341 51	0,611204	0,222191
Flex. Active	0,000001	0,000166	0,058822
Ext. Active	0,168463	0,041944	0,765667
Abd. Active	0,009536	0,305802	0,221116
Add. Active	0,025375	0,554468	0,207722
R. 1. Active	0,047326	0,988727	0,064066
R.E. Active	0,000419	0,770508	0,002737

3.2 Emotions primaires

Sur les neuf patients traités en ostéopathie, aucun n'a ressenti durant le traitement une émotion primaire. Sur les neuf patients traités en ostéopathie aquatique, six ont ressenti au moins une émotion primaire lors d'un ou des deux traitements.

— 4 / DISCUSSION —

4.1 Nos questions et leurs réponses

La réalisation de cette étude nous a permis de répondre à trois interrogations concernant l'ostéopathie aquatique.

Tout d'abord, l'ostéopathie aquatique peut-elle apporter un bénéfice à des patients en rééducation suite à une opération de réparation du sus-épineux ? La réponse est oui.

En effet, que l'on considère uniquement l'épaule opérée ou bien les deux, les gains d'amplitudes sont nettement plus importants dans le groupe ostéopathie aquatique que dans le groupe rééducation et ce de façon significative en ce qui concerne l'épaule opérée. Il ne s'agit nullement de remplacer la rééducation par de l'ostéopathie aquatique mais bien de montrer la complémentarité de ces deux approches puisque les traitements en ostéopathie aquatique ont permis de potentialiser le travail des kinésithérapeutes.

D'autre part nous voulions comparer l'efficacité de l'ostéopathie aquatique par rapport à celle de l'ostéopathie. Dans le cas qui nous intéressait, c'est à dire la rééducation post-opératoire suite à une rupture du sus-épineux, l'ostéopathie aquatique a permis d'obtenir de meilleurs résultats que l'ostéopathie. Mais il s'agissait là d'une étude très spécifique réalisée sur un nombre réduit de patients. Il est donc tout à fait impossible de généraliser les résultats et de comparer l'ostéopathie et l'ostéopathie aquatique.

Les techniques fasciales et viscérales nous ont tout de même semblées être nettement plus puissantes en ostéopathie aquatique. En effet, les sensations palpatoires étant améliorées dans l'eau, la mise en tension est donc plus précise et la technique plus efficace. Cependant, lors des techniques haute vitesse basse amplitude (HVBA) la mise en tension est plus difficile à réaliser du fait de l'absence de point fixe. Mais ces techniques sont en fait dans l'eau d'un intérêt très relatif puisque leur principe est de « shunter » la barrière musculaire, or dans l'eau chaude, comme le fait remarquer Juchmes ⁽⁶⁾, il y a une inhibition du tonus musculaire. Les techniques articulaires semblent alors plus adaptées que les techniques HVBA.

Autre point important, les patients de notre étude étaient hyperalgiques, le milieu aquatique permettait donc la réalisation de nombreuses techniques trop douloureuses sur table. De plus, la réaction tissulaire étant beaucoup plus rapide à apparaître en eau chaude, certaines techniques, telles que le traitement des cicatrices, étaient beaucoup plus courtes et donc beaucoup moins désagréables pour le patient.

Enfin, nous voulions savoir si l'ostéopathie aquatique était plus favorable à l'apparition de réactions émotionnelles que l'ostéopathie. Là encore, malgré les effectifs réduits de notre étude, il semblerait que oui. Notre recherche a permis de confirmer l'hypothèse de Gauthier ⁽⁷⁾ à savoir, que les réactions émotionnelles apparaîtraient plus rapidement, plus fréquemment et surtout plus intensément en milieu aquatique. De plus le milieu aquatique semble fréquemment provoquer des émotions de joie.

4.2 Les conséquences de ces résultats

L'ostéopathie et l'ostéopathie aquatique semblent donc avoir leur place dans le cadre d'une rééducation post-opératoire suite à une rupture du sus-épineux et ce pour deux raisons principales.

Tout d'abord, en améliorant la récupération des amplitudes sur 15 jours elles pourraient permettre de réduire le temps de séjour des patients en centre de rééducation et peut être leur temps d'arrêt de travail; ce qui permettrait de réduire les coûts.

D'autre part, en diminuant les dysfonctions cinétiques périphériques et en améliorant le centrage de la tête humérale l'ostéopathie et l'ostéopathie aquatique permettent de diminuer les tensions sur les muscles de la coiffe et pourraient permettre de diminuer le taux de récurrence de la rupture. L'ostéopathie aquatique nous paraît cependant plus appropriée que l'ostéopathie pour les sujets hyperalgiques et ceux dont le schéma lésionnel présente des dysfonctions d'origine psychosomatiques. En effet, le fait que le patient ressente l'émotion qui est à l'origine de sa douleur et qu'il fasse le lien entre les deux, semble améliorer le résultat du traitement.

4.3 Les ouvertures par rapport à cette étude

Il serait tout d'abord intéressant de poursuivre cette étude avec un plus grand nombre de patients pour vérifier si les résultats vont dans le même sens. Une étude avec un suivi à long terme permettrait également de savoir si un traitement en ostéopathie ou en ostéopathie aquatique, permet de diminuer le nombre de récurrences de rupture.

D'autre part, comme le faisait remarquer le Docteur Dubert « Un résultat ne peut être considéré comme « bon » que si il est bon à la fois sur le plan de l'examen clinique ET sur le plan fonctionnel ET sur le plan socio-relational ⁽⁴⁾ ». L'utilisation d'un questionnaire d'évaluation fonctionnelle et relationnelle tel que le questionnaire DASH5 pourrait permettre une analyse plus complète des résultats. Il faudrait donc évaluer en plus de l'amélioration des amplitudes, l'évolution de ce score.

Lors de cette étude nous n'avons traité les patients que lorsqu'ils avaient accès à la balnéothérapie, c'est à dire dès que la cicatrisation était complète. Or la rééducation est limitée par la douleur du patient. Il pourrait donc être intéressant de réaliser une autre étude en traitant en ostéopathie le patient dès son arrivée au centre pour diminuer la douleur et donc potentialiser le début de la rééducation.



Tous les patients de notre étude présentaient, en plus de divers troubles fonctionnels, une lésion organique: la rupture du sus épineux. Or le champ d'action de l'ostéopathie aquatique comme celui de l'ostéopathie se limite aux troubles fonctionnels. Il serait donc intéressant de comparer l'efficacité de traitements en ostéopathie et en ostéopathie aquatique chez des sujets n'ayant pas de troubles organiques.

De plus, on pourrait se poser la question, concernant les résultats obtenus en ostéopathie aquatique, de savoir quelle est la part de résultat due au traitement en milieu aquatique et quelle est la part due au simple fait de rester 45 minutes allongé dans de l'eau chaude. Pour répondre à cette question, il faudrait ajouter à notre étude un groupe traitement placebo en ostéopathie aquatique.

Enfin, il est important de souligner deux avantages de l'ostéopathie aquatique dont nous avons réellement pris conscience au cours de cette étude.

Tout d'abord, comme le font remarquer Dufresne et Panier ⁽¹⁾ dans l'eau on peut « voir les fasciae » et leurs mouvements. On peut donc montrer leurs effets sur le corps du patient à des médecins, chirurgiens ou kinésithérapeutes, permet de mieux leur faire comprendre notre façon de travailler. La correction d'une dysfonction cinétique hépatique prend beaucoup plus de sens aux yeux d'un chirurgien lorsqu'il voit le patient bouger « tout seul » dans l'eau suivant les différents axes que l'on vient de lui décrire.

D'autre part, selon Dufresne et Panier ⁽¹⁾, d'un point de vue apprentissage, le milieu aquatique offre de nombreux avantages :

- Il permet de mieux prendre conscience de l'importance d'utiliser le poids de son corps.
- L'importance des fulcrum devient évidente.
- Les sensations palpatoires sont nettement amplifiées.
- La différence entre dysfonction primaire et adaptation devient plus évidente dès l'observation.
- La notion de globalité du corps prend tout son sens avec l'ondulation.

Pour conclure, il nous paraît important de signaler l'enthousiasme indescriptible des patients suite aux traitements en ostéopathie aquatique. C'est cet enthousiasme qui nous avait poussé au début à réaliser cette étude et qui nous incite aujourd'hui à continuer les recherches dans ce domaine et à pratiquer en ostéopathie aquatique.

Avec l'aimable autorisation de reproduction d'ApoStill : Toute référence à cet article sera mentionnée telle que : S. Vilpert, L. Darailans, M. Dufresne, R. Meslé Ostéopathie aquatique : apport de l'ostéopathie aquatique à la rééducation de patients opérés d'une rupture du sus-épineux ApoStill n°18

RÉFÉRENCES

- 1 DUFRESNE M, PANIER M. *Adaptation et application des principes thérapeutiques de l'ostéopathie au milieu aquatique* [mémoire]. Montréal: Collège d'Études Ostéopathiques; 1999.
- 2 ODENT M. *Naître et renaître dans l'eau*. Paris: Pocket; 1990.
- 3 ROBIN O, COLLET C, VERNET-MAURY E, DELHOMME G, DITTMAR A. Autonomie nervous system response patterns specificity to basic emotions. *Journal of the Autonomie Nervous System* 1997;62:45-57.
- 4 DUBERT T. *Stratégie multidisciplinaire dans les ruptures de coiffe*. Polycoopié de la 11^e journée multidisciplinaire de la main et du membre supérieur. Marne la vallée: 2005.
- 5 DUBERT T, VOCHÉ P, DUMONTIER C, DINH A. Questionnaire DASH. Adaptation française d'un outil d'évaluation international. *Chirurgie de la main* 2001;20:294-302.
- 6 JUCHMES, J., L'Hydrothérapie au sein des stations thermales belges, *Journal Belge de Médecine Physique et de Réhabilitation*, 3, 1980.
- 7 GAUTHIER P., Extraits d'une entrevue audio, 1999.

BIBLIOGRAPHIE

- BARRAL JP, MERCIER P. *Manipulations Viscérales*. Paris: Maloine; 1983.
- CAPOROSSI R, PEYRALADE F. *Traité pratique d'ostéopathie crânienne*. Aix en Provence (France): SIO De Verlaque; 1992.
- CAPOROSSI R. *Le système neuro-végétatif et ses troubles fonctionnels*. Aix en Provence (France): 510 De Verlaque; 1989.
- DARRAILLANS B. *Evaluation et traitements des conséquences des chocs émotionnels sur les différentes parties de l'organisme*. Polycoopié du 17^e Symposium International d'Ostéopathie Traditionnelle de Montréal: 2000.
- DELOISON Y. *Préhistoire du piéton*. Paris: Plon;2004.
- DUBERT T. *Stratégie multidisciplinaire dans les ruptures de coiffe*. Polycoopié de la 11^e journée multidisciplinaire de la main et du membre supérieur. Marne la vallée: 2005.
- DUFRESNE M, PANIER M. *Adaptation et application des principes thérapeutiques de l'ostéopathie au milieu aquatique* [mémoire]. Montréal: Collège d'Études Ostéopathiques; 1999.
- JUCHMES J. Hydrothérapie mechanism and indications. *Pharmacol Ther* 1983;20:79-93.
- KAPANDJI IA. *Physiologie articulaire du membre supérieur*. Paris: Maloine; 1997.
- KORR I. *Bases physiologiques de l'ostéopathie*. Bruxelles: SBO;1982.
- MAYOL J. *Homo Delphinus*. Grenoble (France): Glénat; 1990.
- MORGAN E. *Des origines aquatiques de l'homme*. Paris: Sand; 1988.
- MORGAN E. *Les cicatrices de l'évolution*. Larbey: Gaïa;1994.
- ODENT M. *Naître et renaître dans l'eau*. Paris: Pocket;1990.
- ODENT M. *L'amour scientifique*. Dijon (France): Jouvence;2001.
- ODOUL M. *Dis-moi où tu as mal, je te dirai pourquoi*. Paris: Albin Michel;2005.
- PAOLETTI S. *Les fascias, Rôle des tissus dans la mécanique humaine*. Clamecy (France): Sully;2002.
- ROBIN O, COLLET C, VERNET-MAURY E, DELHOMME G, DITTMAR A. *Autonomic nervous system response patterns specificity to basic emotions*. *Journal of the Autonomic Nervous System* 1997;62:45-57.
- STILL AT. *Philosophie de l'ostéopathie*. Vannes (France): Sully;2003.
- TRICOT B. *Concept et techniques fasciales*. Parisj.Sereto; 1984.

Ginphys

Le logiciel confirmé des physios des ostéos



physioTec
Innovation



Pour gérer votre cabinet en souplesse

Plus de 250 cabinets

- ✓ Administration simplifiée
- ✓ Facturation électronique
- ✓ Agenda électronique
- ✓ Multi-disciplines

Et prêt à tout changement tarifaire !

JLE informatique

www.jle.ch

info@jle.ch

021 903 55 02

Services et développements professionnels depuis 1989



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



Location de Tens, 100% remboursée

- > Une méthode efficace contre les douleurs.
- > Sans aucun effet secondaire.
- > Sans prise de médicaments.
- > 100% remboursé par les assurances.
- > Sans durée minimale de location
- > Expédition chez le patient ou au cabinet.



Service de traitement à domicile

021 695 23 60

Lundi au vendredi
8h00 à 12h00 et 13h30 à 16h30

CefarCompex

www.tens-medical.ch

Kinésithérapie précoce en prévention de l'œdème lymphatique après chirurgie du cancer du sein ?

ANALYSE :

A. VANWELDE, CENTRE ACADÉMIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE, UCL

Référence: Torres Lacomba M, Yuste Sánchez MJ, Zapico Goñi A, et al. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ* 2010;340:b5396.

Mots-clés: œdème lymphatique, physiothérapie, cancer du sein

Key words: lymphatic edema, physiotherapy, breast cancer

— QUESTION CLINIQUE —

Quelle est l'efficacité d'une kinésithérapie précoce sur l'incidence de l'œdème lymphatique secondaire à un an post chirurgie pour cancer du sein ?

— CONTEXTE —

L'apparition d'un œdème lymphatique dans l'année post chirurgie incluant un curage de ganglions axillaires pour cancer du sein, représente la complication la plus importante réduisant la qualité de vie de ces patientes ¹. Son incidence varie de 5 à 56 % à 2 ans par absence de gold standard pour sa définition selon les différentes sources consultées par les auteurs de cette RCT. En prévention, une RCT ² a montré l'intérêt d'exercices associés à un programme éducatif en termes d'incidence de lymphœdème à 2 ans post chirurgie. L'intérêt d'une kinésithérapie précoce (incluant un drainage lymphatique manuel) n'avait pas encore été évalué.

— RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE —

Population étudiée

- 120 femmes ayant subi une intervention chirurgicale pour cancer du sein unilatéral confirmé par biopsie, avec curage des ganglions axillaires; âge moyen 53 ans; IMC moyen 27
- dans 1 hôpital universitaire de Madrid entre mai 2005 et juin 2007
- critères d'exclusion: absence de curage des ganglions axillaires, cancer mammaire bilatéral, maladie systémique, récurrence locorégionale, toute contre-indication à une kinésithérapie.

Protocole d'étude

- étude randomisée, contrôlée, en simple aveugle
- évaluation (mesure de la circonférence des bras) préopératoire et au jour 3 à 5 après la sortie d'hôpital
- suivie de la randomisation: soit kinésithérapie précoce et programme éducatif (groupe kinésithérapie précoce) (n=60) soit programme éducatif seul (groupe contrôle) (n=60)

- kinésithérapie précoce: drainage lymphatique manuel, massage des tissus cicatriciels et exercices de stretching et de mobilisation progressive passive et active de l'épaule par un kinésithérapeute expérimenté
- programme éducatif: informations écrites concernant l'œdème lymphatique secondaire (OLS) avec stratégies individuelles d'implantation des mesures de prévention
- dans les 2 groupes, 3 séances / semaine durant 3 semaines
- suivi: 4 visites initialement programmées à 1, 3, 6 et 12 mois post chirurgie; flexibilité en fonction de la disponibilité de la patiente; possibilité d'une visite supplémentaire, après appel au kinésithérapeute, si apparition de douleur, inconfort ou tout autre symptôme
- un kinésithérapeute réalise, en aveugle, les 2 évaluations initiales et les 4 visites de suivi pour toutes les patientes.

Mesure des résultats

- critère de jugement primaire: incidence d'OLS à 1 an
- diagnostic cliniquement significatif si différence maximale de la circonférence des bras en 2 points adjacents ≥ 2 cm
- modèle de hasards proportionnels de Cox.

Résultats

- à un an, 116 femmes (1 exclue dans le groupe kiné, 3 dans le groupe contrôle)
- critère de jugement primaire:
 - ~ 16% (n=18) d'œdème lymphatique secondaire; différence significative groupe contrôle (25% (n=14)) versus groupe intervention (7% (n=4)) ($p=0,01$ pour la différence)
 - ~ rapport de hasards kinésithérapie précoce versus contrôle: 0,26 (IC à 95% de 0,09 à 0,79) ($p=0,01$).

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent qu'une kinésithérapie précoce peut être une intervention efficace dans la prévention d'un œdème lymphatique secondaire chez des femmes pendant au moins un an post chirurgie pour cancer du sein incluant un curage des ganglions axillaires.

— CONSIDÉRATIONS SUR LA MÉTHODOLOGIE —

La présentation de l'étude est détaillée, la méthodologie et les outils de mesure clairement expliqués. La randomisation est faite de façon satisfaisante. Il n'y a pas de double aveugle (impossible) mais l'évaluation est faite en aveugle. L'unicentricité de l'étude peut en limiter l'extrapolabilité. En fonction de la taille de l'échantillon et des 3% de sorties d'étude, les auteurs ont calculé une puissance de 70% pour détecter une différence de 20% de l'incidence d'œdème lymphatique entre les groupes, ce qui suppose une incidence d'OLS (sur base d'études précédentes) de 30% à 1 an dans le groupe contrôle. L'incidence supposée n'est pas atteinte. Les auteurs utilisent un critère de mesure

d'OLS (≥ 2 cm de différence de circonférence de bras) validé dans certaines études^(3,4), mais critiqué par d'autres auteurs qui estiment qu'une variation de volume de 10% est une définition plus stricte. La possibilité d'erreurs de mesure semble plus grande avec le critère de cette étude-ci, comme le reconnaissent les auteurs. Les kinésithérapeutes (1 attribué à chacun des groupes intervention) bénéficient d'une expérience de > 5 ans en traitement de maladies vasculaires incluant le drainage lymphatique, ce qui pose aussi la question de l'extrapolabilité des résultats.

— INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS —

L'œdème lymphatique se développant de 6 à 12 mois en postopératoire⁽⁵⁾, avec augmentation nette et progressive de l'incidence à partir de 10 mois dans le groupe contrôle de l'étude de Lacombe, une durée de suivi plus longue aurait été intéressante⁽⁶⁾, même si les résultats suggèrent un effet protecteur de la kinésithérapie précoce se maintenant à long terme. L'œdème lymphatique apparaît plus précocement dans le groupe contrôle versus groupe intervention. Si les caractéristiques initiales paraissent semblables dans les deux groupes (âge, type de chirurgie (42% de quadrantectomie), nombre de ganglions prélevés (moyenne de 14), nombre de jours de drainage), des différences notables ultérieures nous semblent importantes à signaler. Les 18 patientes souffrant d'OLS ont présenté une complication postopératoire. Douze des 18 patientes souffrant de lymphoœdème (48% dans le groupe contrôle versus 43% dans le groupe kinésithérapie précoce) ont développé durant les 2^e et 3^e semaines post chirurgie, un axillary web syndrome (AWS), une complication peu étudiée, sans lien prouvé d'après les auteurs, entre celle-ci et l'apparition d'un œdème lymphatique. Dans l'hypothèse d'une lésion du système lymphatique, un drainage manuel lymphatique a pu aider à la réabsorption (le protocole de kinésithérapie étant, par ailleurs, intensifié au niveau du drainage manuel dès l'apparition d'un AWS, dans le groupe kinésithérapie précoce). Plus de patientes du groupe contrôle versus groupe kinésithérapie précoce subissent (dans les 4 mois postopératoires) une radiothérapie en traitement adjuvant (86 versus 75%). Il n'y a pas d'analyse statistique; les auteurs mentionnent que les caractéristiques sont les mêmes dans les 2 groupes. Armer et coll. mentionnent déjà en 2009 une incidence de lymphoœdème chez près de 60% des patientes subissant un prélèvement de ganglions axillaires et une radiothérapie⁽⁷⁾. Douze des 18 patientes présentant un OLS ont un IMC > 25 . L'IMC moyen étant de 27,9 (groupe intervention) vs 26,2 (contrôle), les auteurs réalisent un ajustement pour l'IMC sans modification significative des résultats.

Durant les 3 semaines de traitement, les patientes du groupe intervention réalisent également quotidiennement à domicile des exercices scapulaires et de stretching. Plusieurs études montrent l'efficacité d'exercices de mobilité et de stretching sur la mobilité de l'épaule et la capacité fonctionnelle sans effets indésirables mais l'absence d'efficacité en termes d'apparition d'OLS (critère secondaire)⁽⁸⁾. Une RCT⁽²⁾ (65 patientes) a montré l'intérêt en prévention d'exercices associés à un programme éducatif en termes d'incidence

d'OLS à 2 ans post chirurgie (critère primaire). Lacomba et coll. associant un drainage manuel aux exercices obtiennent des résultats supérieurs à 1 an. Un diagnostic et traitement précoces des complications vasculaires postopératoires pourraient se révéler efficaces.

Une synthèse méthodique ⁽⁹⁾ de très bonne qualité évaluant les traitements conservateurs d'OLS du bras après traitement du cancer du sein, montre l'efficacité de tous les traitements en terme d'amélioration des symptômes subjectifs au niveau du bras et de qualité de vie avec des réductions de volume plus importantes pour les traitements les plus intensifs pratiqués par un professionnel tels un traitement physique complexe, le drainage lymphatique manuel, le garrot pneumatique et le traitement par laser doux ainsi que des réductions moindres pour les traitements effectués par la patiente elle-même tels un vêtement compressif, des exercices et l'élévation du membre. Les auteurs concluent en la nécessité de réaliser des études cliniques de bonne qualité, à large échelle dans ce domaine.

— CONCLUSION DE MINERVA —

Cette étude semble montrer une efficacité d'une kinésithérapie précoce (incluant un drainage lymphatique manuel) versus programme éducatif dans la prévention d'un œdème lymphatique pendant au moins un an post chirurgie pour cancer du sein incluant un curage des ganglions lymphatiques axillaires. Les résultats de cette 1^{ère} étude associant un drainage lymphatique aux exercices en traitement précoce demandent confirmation.

— POUR LA PRATIQUE —

La première étape du traitement de l'œdème lymphatique consiste en un traitement décongestionnant complexe. Un pansement multi-couches visant la réduction de volume est à considérer comme un 1^{er} choix avant un vêtement compressif ⁽⁸⁾. Des conseils de prévention d'infection ou traumatisme pouvant causer ou aggraver un œdème lymphatique doivent être donnés ⁽⁸⁾. Les facteurs sous-jacents pouvant être traités sont à évaluer avant de débiter un programme de traitement d'œdème lymphatique. La kinésithérapie de mobilisation après un curage axillaire doit être recommandée (Niveau de preuve GRADE 1A) ⁽¹⁰⁾.

Cette étude montre l'intérêt d'un traitement précoce par drainage lymphatique pour diminuer l'incidence d'œdème lymphatique.

Financement de l'étude: The Health Institute Carlos III of the Spanish Health Ministry.

Conflits d'intérêt des auteurs: aucun n'est déclaré.

« Avec l'aimable autorisation de reproduction de Minerva. Toute référence à cet article sera mentionnée telle que: A. Vanwelde, Centre Académique de Médecine Générale, UCL Minerva mars 2011 volume 10 numéro 2. Tous droits réservés »

www.minerva-ebm.be

— RÉFÉRENCES —

- 1 Johansson K, Ohlsson K. Factors associated with the development of arm lymphedema following breast cancer treatment: a match pair case-control study. *Lymphology* 2002;35:59-71.
- 2 Box R, Reul-Hirche H, Bullock-Saxton J, Furnival C. Physiotherapy after breast cancer surgery: results of a randomised controlled study to minimise lymphedema. *Br Cancer Res Treat* 2002;75:51-64.
- 3 Taylor R, Jayasingue U, Koelmeyer L, et al. Reliability and validity of arm volume measurements for assessment of lymphoedema. *Phys Ther* 2006;86:205-14.
- 4 Torres M, Yuste MJ, Prieto D. Estudio de fiabilidad y reproducibilidad de las medidas cirtométricas en miembro superior e inferior sanos. *Cuest fisioter* 2010;39 (in press).
- 5 Stout Gergich N, Pfalzer L, McGarvey C, et al. Preoperative assessment enables the early diagnosis and successful treatment of lymphedema. *Cancer* 2008;112:2809-18.
- 6 Armer JM, Stewart BR. A comparison of four diagnostic criteria for lymphedema in a post-breast cancer population. *Lymphat Res Biol* 2005;3:208-17.
- 7 Armer JM, Stewart BR, Shock RP. 30-month post-breast cancer treatment lymphoedema. *J Lymphoedema* 2009;4:14-8.
- 8 National Institute for Health and Clinical Excellence. Advanced breast cancer - Diagnosis and treatment. NICE Clinical guideline 81, London 2009.
- 9 Moseley AL, Carati CJ, Piller NB. A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment. *Ann Oncol*. 2007;18:639-46.
- 10 Cardoso F, Stordeur S, Vlayen J, et al. Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2010. Soutien scientifique au Collège d'Oncologie: mise à jour des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge du cancer du sein. KCE reports 143B.

MAINS
Libres



Pour fêter ces anniversaires,

Vous qui recevez ce Numéro 6/2013, 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 réussit, envoyez-nous vos coordonnées et celles de la personne parrainée par mail pour recevoir votre surprise!

pierre.besson@mainslibres.ch



Noyades : pas assez de maîtres nageurs sauveteurs

PUBLIÉ LE 05/08/2013 | TIRÉ DE JIM (JOURNAL INTERNATIONAL DE MÉDECINE)

Paris, le lundi 5 août 2013 – Depuis le 1^{er} juillet, 91 personnes ont trouvé la mort par noyades en France, dont 37 sur le littoral. Une série noire qui est en grande partie, due à l'inobservation des règles élémentaires de prudence et des consignes, conjuguée à des conditions météorologiques particulièrement défavorables. Mais pas seulement, le syndicat policier Alliance dénonce le nombre insuffisant de maîtres nageurs sauveteurs (MNS) issus des CRS, sur les plages.

Ce week-end, 14 noyades mortelles ayant alourdi un bilan déjà tragique, le ministère de l'Intérieur a lancé dimanche soir un nouvel appel « à la vigilance, et au sens des responsabilités de chacun » Manuel Valls a également demandé aux préfets, ainsi qu'aux maires des communes concernées, de veiller à une très stricte application des arrêtés municipaux réglementant les zones de baignade et réprimant le non-respect des interdictions. Encore faut-il qu'il y ait du personnel pour verbaliser car ces drames ne s'expliquent pas par la seule imprudence des baigneurs mais également par un manque de policiers sauveteurs dont la vigilance et la réactivité associées à celles des sapeurs-pompiers, de la sécurité civile permettent chaque année d'éviter de très nombreux autres drames.

— DIMINUTION D'UN TIERS DES EFFECTIFS —

« En 2002, 720 MNS CRS (maîtres nageurs sauveteurs) étaient affectés pour une durée moyenne de trois mois sur les plages du littoral et autres plans d'eau français mais ils ne sont plus que 471 disséminés pour une durée de deux mois à peine sur une centaine de communes sur les 380 concernées, souligne ce jour le communiqué du syndicat Alliance, en 11 ans les effectifs ont diminué d'un tiers. » Et ils devraient encore baisser voire disparaître, si l'on en croit la Cour des Comptes qui avait suggéré dans son rapport 2012, la fin de la participation des MNS CRS. D'où la stupéfaction d'Alliance qui observe « qu'au-delà de leur compétence de secouristes hautement qualifiés,

les MNS CRS sont les seuls à disposer d'un pouvoir de police pour faire respecter les réglementations en vigueur, lutter contre la délinquance et autres incivilités engendrées par le flux migratoire estivale de la population ».

Faut-il dès lors verbaliser pour faire baisser le nombre d'accidents mortels sur les plages françaises ? Un nouveau débat s'ouvre. Le préfet de l'Hérault a, quant à lui, tranché en décidant de mettre à l'amende les baigneurs irrespectueux qui refusent de sortir de l'eau par exemple lorsque le drapeau est rouge. Ainsi comme le rapporte Le Parisien, le préfet Pierre Bousquet de Florian « a invité les treize maires des communes du littoral à verbaliser les imprudents par une contravention de 11 à 33 euros, en vertu de leurs pouvoirs de police, d'autres comme Christian Jeanjean, le maire UMP de Palavas-les-Flots préfèrent renforcer la prévention et l'éducation sur les plages ».

Sanctionner des vacanciers, est-ce la panacée pour endiguer le phénomène ? Pas nécessairement selon, Eric-Daniel Delbourg, responsable des maîtres-nageurs sauveurs CRS sur l'Hérault, qui lui a comptabilisé huit infractions depuis le début de la saison et aucune rapporte l'AFP, pour non respect des consignes de sécurité en cas de drapeau rouge. « Quand on les verbalise, dit-il encore, les gens ont l'impression qu'on leur vole leurs vacances, ils ne sont pas conscients des risques. »

En Gironde, autre département particulièrement touché par les noyades estivales, de nouveaux dispositifs technologiques sont testés. Ce sont par exemple, 417 balises géolocalisées installées tous les 500 mètres entre les plages de Soulac et Tarnos afin d'offrir aux secours des repères précis en cas de noyade. Du Nord de la Gironde au Sud des Landes, toutes les zones sont ainsi couvertes y compris les plages non surveillées. Ce qui pourrait avoir des effets préventifs puisque l'on sait que 80 % des noyades ont lieu en dehors des zones ou des horaires de surveillance et que selon le Baromètre Santé 2010 de l'Inpes, un Français sur cinq ne sait pas nager (28 % des femmes et 14 % des hommes).

Dominique Thibaud

SAVOIR ANTICIPER POUR MAITRISER L'AVENIR DE VOTRE CABINET DE PHYSIOTHERAPIE !

Prenez contact avec nos spécialistes pour toute question ou prestation en relation avec :

- L'ouverture et la transmission d'un cabinet de physiothérapie au niveau juridique et fiscal
- le conseil et l'organisation d'un cabinet
- la planification financière et la pérennité de votre patrimoine
- la comptabilité et déclaration d'impôts d'un cabinet de physiothérapie
- les conseils juridiques et fiscaux dans la gestion d'un cabinet de physiothérapie
- la planification successorale
- les expertises judiciaire et privée



FIDUCIAIRE MICHEL FAVRE SA

Route de Berne 52 / CP 128

1000 LAUSANNE 10

Tél.: 021 651 33 00

Fax: 021 651 33 01

contact@fiduciaire-favre.ch

www.fiduciaire-favre.ch

Membre FIDUCIAIRE | SUISSE



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.


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

★★★★
RÉSIDENCE HÔTELIÈRE

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

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

PINIOL AG · Erlistrasse 2 · Postfach · 6403 Küssnacht a.R. · Telefon 041 854 18 51 · info@piniol.ch · www.piniol.ch

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

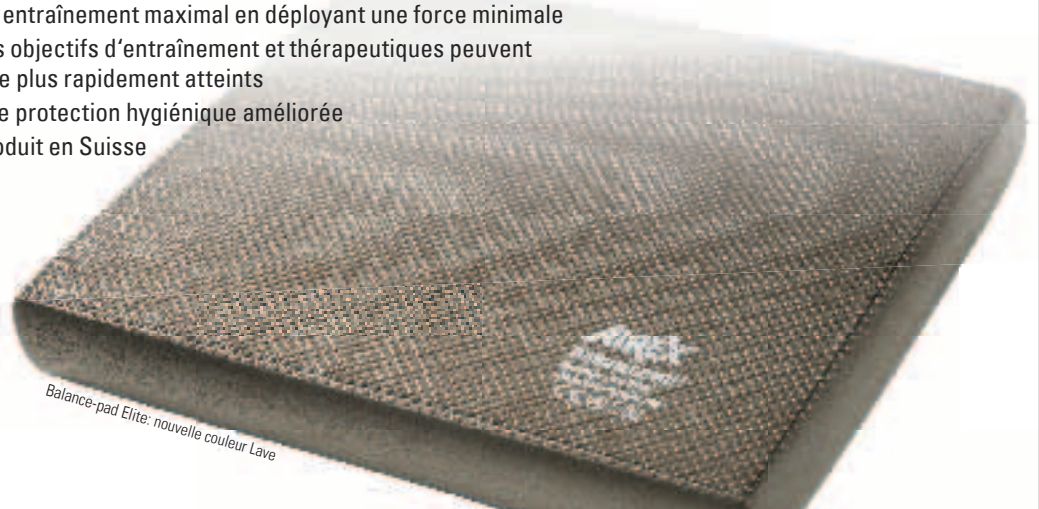
Entraînement maximal

AIREX®
Professional exercise line

Les produits AIREX® Balance rendent votre entraînement plus profitable.
Upgrade your life!



- Entraînement fonctionnel pour force, motricité et coordination
- Un entraînement maximal en déployant une force minimale
- Les objectifs d'entraînement et thérapeutiques peuvent être plus rapidement atteints
- Une protection hygiénique améliorée
- Produit en Suisse



Balance-pad Elite: nouvelle couleur Lave



Distributeur:

VISTAWELL SA
Rue du Lac 40
2014 Bôle / NE
Tel.: 032 841 42 52
office@vistawell.ch
www.vistawell.ch



«L'entraînement BeBalanced!® est un entraînement fonctionnel total. Force, motricité et coordination en une seule démarche. C'est ce qui se fait de mieux en matière de prévention et rééducation.»

Frank Thömmes, scientifique du sport diplômé, PERFORM SPORTS®, Munich, Allemagne

Vous trouverez d'autres informations sous www.bebalanced.net

LA VIE EN MOUVEMENT

La vision ostéopathique de Rollin E. BECKER

Sous la direction de Rachel Brooks

Traduit de l'anglais par Valérie Espinasse et Pierre Tricot (DO)

Edition Sully, 2012

ISBN: 9 782354 320843

Rollin E. Becker (1910-1996) est né dans une famille d'ostéopathes, son père ayant appartenu au corps enseignant du D^r Andrew Taylor Still. Il obtint son diplôme d'ostéopathie à Kirksville en 1933, puis découvrit l'ostéopathie crânienne auprès de W. G. Sutherland. En 1948, il intégra le corps enseignant du D^r Sutherland et il anima nombre de séminaires de formation à l'ostéopathie crânienne. En 1949, il s'installa au Texas, où il poursuivra son activité de praticien jusqu'en 1989.

Le D^r Becker a consacré toute sa vie à l'étude de l'ostéopathie. Suivant les directives de A. T. Still et W. G. Sutherland, il apprit à la source la plus compétente possible: les forces vivantes existant au sein du corps vivant. Il était conscient que tout ce qui est en vie est en mouvement, que la vie elle-même se manifeste sous forme de mouvement. Il considérait que l'une des façons de décrire l'état appelé «santé» est la présence d'une liberté totale de mouvement à l'intérieur d'un être vivant et ce, à tous les niveaux. Il comprenait également que le pouvoir de la vie réside dans l'immobilité. Il percevait l'existence d'un potentiel inhérent, d'une puissance se manifestant au sein de tous les êtres vivants pendant la durée de leur vie. Ces propriétés de la vie, du mouvement, du potentiel inhérent et de l'immobilité sont autant de ressources disponibles permettant de rétablissement de la santé.

Le D^r Becker a toujours souligné que cette immobilité et cette vie en mouvement existent aussi bien à l'intérieur de l'ostéopathe que du patient.

Dans le corps du patient, ces mécanismes représentent les capacités d'autorégulation en continu fonctionnement. Utilisant sa connaissance consciente et son habileté palpatoire, l'ostéopathe doit être capable de mettre en œuvre ces mécanismes de santé au sein du patient, vers un meilleur niveau de fonctionnement.



Le présent ouvrage est un recueil de textes publiés et de transcriptions de conférences qui permet de suivre les premières étapes de ce cheminement et la mise en place des fondamentaux de la philosophie de Rollin Becker, ainsi que l'application pratique qu'il en a faite. Sa lecture sera précieuse pour tout ostéopathe qui souhaite évoluer dans sa pratique et dans son cheminement d'être.

A propos de Rachel E. Brooks:

Rachel Brooks a rencontré Rollin Becker en 1975 et cette rencontre lui a donné l'envie d'étudier et de pratiquer l'ostéopathie. Pendant toutes ses études médicales (Université du Michigan), elle est restée en contact avec le D^r Becker. En 1979, elle a assisté à son premier cours officiel d'ostéopathie crânienne à la Sutherland Cranial Teaching Foundation.

Après avoir terminé son internat en médecine physique et rééducation, elle s'est installée dans le Massachussets en 1982 et a ouvert un cabinet d'ostéopathie l'année suivante. En 1986, elle a commencé à faire partie du corps enseignant de la Sutherland Cranial Teaching Foundation, puis est devenue membre de son conseil d'administration en 1988. Depuis, elle continue d'enseigner, crée du matériel d'enseignement et travaille à des projets de publication.

Le D^r Becker a été pour le D^r Brooks source d'inspiration, a profondément influencé son approche de l'ostéopathie et continue d'inspirer son travail. Le D^r Brooks travaille actuellement en cabinet privé à Portland, Oregon

Décryptez la personnalité de votre patient

Pour renforcer l'action de vos soins

Eliminez la symptomatologie rebelle

avec le concept « ACUPUNCTURE et CARACTEROLOGIE »

Logique - Ludique - Efficace

NOUVEAU CURSUS dès AUTOMNE 2013

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

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



PROGRAMME PROVISOIRE DU VENDREDI 22 NOVEMBRE

20^e Symposium Romand de Physiothérapie & 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 mettront aux participants des deux domaines de compétences distincts, mais complémentaires 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 en 2013.

En fonction de leurs intérêts, de leurs orientations professionnelles, les participants pourront se déplacer

HORAIRE	ACCEIL DES PARTICIPANTS PARTIE COMMUNE SALLE ROME	
08 h 00 – 08 h 45	ACCEIL DES PARTICIPANTS PARTIE COMMUNE SALLE ROME	
08 h 45 – 08 h 55	Introduction G. JUNGO / R. VASWANI / Y. LAREQUI / A. REY LESCURE / D. DESSAUGE / K. KERKOUR	
09 h 00 – 09 h 40	Architecture d'intérieur ou l'exploration de l'architecture du corps humain Dr J.-C. GUIMBERTEAU (France)	
09 h 45 – 10 h 25	Imagerie médicale de l'appareil locomoteur et abdominal: testez vos connaissances! Prof. F. GIAMMARILE (France)	
10 h 30 – 11 h 00	PAUSE CAFE – SESSION POSTERS – VISITE DES STANDS	
	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 Dr H. SADRI (Suisse)	Périnée, arrêtons le massacre Dr 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. Sohier 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	



(seulement pour les nouveaux abonnés): 425.?
CHF / 355.?
votre
conco
mie: 60.?
CH)
CES PRIX COMPRENNENT:
*Participation au congrès ainsi qu'
ateliers
aux cas cliniques et aux co
munications libres,
*Pauses-café & apéritif,
*Lunch du vendredi (hors boissons),
*Accès aux stands d'exposition et s
sion posters,
*Attestation de participation,
*CD USB contenant le résumé des
conférences, les profils des conf
ciers, 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
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
IBAN: CH60 0483 5086 2879 3200
0
swift: CRESCHZZ80A / clearing 4835
*Chèque l'ordre: Association Mains
Libres

SESSION POSTERS:

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

Informations pratiques

TARIFS:

Inscription 380.?
CHF / 320.?

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

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

Contactez la rédaction de Mains Libres
mailto:mainslibres@mainslibres.ch

Tarif abonnés Mains Libres: 350.?
CHF / 320.?

Promotion Symposium + abonnement Mains Libres

Inscriptions

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 ostéopathique 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 courriel Mains Libres, Case postale 2433 ARZIER – Suisse Par fax: +41 (0)22 366 22 39

Par le site internet www.mainslibres.ch

► 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)



Dermo V4, au-delà de la peau

Stimulation de la cicatrisation naturelle

DRAINAGE,

RAFFERMISSEMENT CUTANÉ,

CICATRISATION ET OEDEMES en SOIN POST pour atténuer les oedèmes et les cicatrices: en post-chirurgie,

DRAINAGE LYMPHATIQUE,

PALPER ROULER mécanique par aspiration, pour raffermir et tonifier la peau, il active la lipolyse et stimule les adipocytes afin de libérer les graisses stockées localement. Il réactive les fibroblastes pour re-générer le collagène et l'élastine de votre peau.

RAFFERMISSEMENT CORPOREL

SOINS JAMBES LOURDES,

SOIN ANTI AGE pour réactiver la microcirculation, favorisant l'apport nutritif de l'oxygénation, l'élimination des déchets et la stimulation du métabolisme cellulaire, Traitement de la **CELLULITE**, de la **PEAU D'ORANGE** et des graisses localisées.



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

info@vistamed.ch

www.vistamed.ch

Phygest



Gestion



Efficacité



Rapidité

Gérez efficacement, en toute simplicité
vos fichiers clients et sa facturation.
Impossible de s'en passer!

...conçu pour et réalisé par des physiothérapeutes

Logiciel de gestion de cabinets multi-thérapies
Prêt pour vos nouveaux clients

Tricher n'est pas jouer. (2)

(CF *La Main dans le sac* paru dans *Mains Libres* N° 5/2013)

Par YVES LAREQUI

Physiothérapeute-Ostéopathe (Lausanne)

Après avoir dénoncé au comité de la désormais ex-SSPDO sa tricherie lors de la dernière assemblée générale extraordinaire (AGE) par lettre recommandée, puis par lettre ouverte dans ces colonnes, je pouvais m'attendre à plusieurs scénarii réactionnels possibles :

- Le comité de la SSPDO, reconnaissant rapidement sa tricherie, convoquait une nouvelle assemblée générale extraordinaire, avant le délai de recours, pour remettre sur le tapis toutes ses propositions (aussi farfelues fussent-elles). On aurait alors mis ces vices de forme sur le compte de l'incompétence d'un comité peu expérimenté dans les affaires associatives, mais qui aurait témoigné d'un certain respect des membres de cette association.
- A la suite d'un avis de droit affirmant clairement l'illégitimité de l'assemblée générale extraordinaire du 20 juin 2013 et la nullité des décisions prises durant cette assemblée, des membres auraient pu adresser un recours et exiger l'annulation de cette AGE devant la justice.

Au final, aucun de ces scénarii ne se sont produits !

Le comité de la SSPDO a campé sur ses positions, n'ayant ni l'honnêteté intellectuelle, ni l'élégance de reconnaître leur faute et encore moins de répondre à mon courrier (eh oui, la politesse se perd de nos temps!). Ceci n'est finalement que de peu d'importance et je n'attendais pas à des ronds de jambes de la part du comité de la SSPDO après ce courrier assez musclé. Par contre, je ne m'attendais pas non plus à un tel mépris des membres qui, franchement, méritaient au minimum une explication !

Aucun membre n'a malheureusement fait recours et exigé l'annulation de cette assemblée générale extraordinaire. A titre personnel, préférant concentrer mon temps et mon énergie à cette revue, je me suis contenté, en signe de réprobation, de démissionner de cette nouvelle association illégitime.

Mais au bout du compte, ces gesticulations un peu stériles, il faut bien le reconnaître, créent une situation dans laquelle les praticiens attachés à la double pratique de la physiothérapie et de l'ostéopathie ne s'y retrouvent plus. Ostéoswiss, la nouvelle dénomination de cette association, a clairement donné le cap d'une nouvelle association d'ostéopathes exclusifs (à aucun moment les statuts de Ostéoswiss ne mentionnent la notion de physiothérapie ni de physiothérapeute).

Mais le plus grave, est qu'Ostéoswiss ne propose aucune solution pour donner la possibilité à de jeunes physiothérapeutes d'accéder à une formation d'ostéopathie reconnue.

Afin de remédier à cela, je propose la création d'une nouvelle structure, le « Cercle Suisse des Physiothérapeutes-Ostéopathes » (CESPO) qui regroupera des praticiens de santé qui allient dans leur pratique l'empirisme et le pragmatisme du concept ostéopathique aux techniques scientifiquement éprouvées de la physiothérapie. Ainsi, l'appartenance au CESPO de ces praticiens et la double formation de physiothérapeute et d'ostéopathe leur confèrera la reconnaissance d'une compétence de haut niveau qu'aucune autre profession ne peut et ne pourra revendiquer.

Le CESPO accueillera tous les physiothérapeutes-ostéopathes qui se reconnaîtront dans ces valeurs professionnelles et éthiques et qui auront à cœur de faire reconnaître l'excellence de leur pratique et leur haut niveau de compétence ainsi que de le promouvoir auprès de la jeune génération.

Le CESPO s'articulera autour d'un site Internet (actuellement en cours de construction) selon une structure novatrice « light ». Les personnes intéressées seront informées de la mise en ligne de ce site et des modalités d'adhésion à ce cercle.

* * * * *

— UNE FORME D'ACCÈS DIRECT... ? —

Cette patiente d'origine espagnole d'une quarantaine d'année a été atteinte dès son plus jeune âge d'une poliomyélite sévère. Les motoneurons alpha innervant ses membres inférieurs, sa musculature para vertébrale et, dans une moindre mesure, ses membres supérieurs furent particulièrement touchés. Cette affection entraîna des retards de développement importants et une scoliose extrêmement invalidante. Ce tableau clinique nécessita, dès la fin de la puberté, de nombreuses interventions chirurgicales au niveau des membres inférieurs et la pose de tiges de Harrington de S1 à T7 afin de redresser sa colonne vertébrale.

Le développement physique, psychologique et socioprofessionnel de cette patiente s'est déroulé le mieux du monde avec un certain nombre d'aménagements assurant une qualité de vie la meilleure possible.

Elle est très bien intégrée dans le monde du travail et jouit d'un poste de secrétaire de direction dans une grande entreprise du canton de Vaud.

Depuis plus de vingt ans cette patiente suit régulièrement des traitements de physiothérapie afin de développer, d'entretenir sa musculature afin de compenser ses handicaps.



Ce traitement vise aussi à maintenir la meilleure mobilité et fonctionnalité possible des zones au-dessus des tiges Harrington, soit sa colonne dorsale haute et sa colonne cervicale.

Durant les premières années, son traitement de physiothérapie a été pris en charge par l'assurance invalidité, puis ensuite par son assurance maladie, un fameux groupe basé près de Martigny.

Un beau jour, après de nombreuses années de traitement sans problème, le fameux groupe d'assurances maladie exigea du médecin traitant un rapport justifiant du bien fondé du traitement de physiothérapie régulièrement prescrit sous peine de ne plus le rembourser (probablement un excès de zèle d'un « balai neuf qui balaie bien »...).

Comme d'habitude, le médecin traitant tarda, tarda et tarda encore de rédiger son rapport. Entre temps, ledit groupe d'assurances signifia à la patiente que le remboursement de son traitement de physiothérapie sera suspendu jusqu'à ce que le médecin traitant ait envoyé son rapport.

Et c'est là que les choses deviennent intéressantes...

Le chef des RH de l'entreprise employant cette patiente a pris le téléphone et est intervenu au meilleur niveau de l'assurance maladie pour faire valoir l'aspect essentiel du traitement de physiothérapie de leur employée et mettant en balance la

valeur du portefeuille d'assurances de cette grande entreprise auprès de cet assureur.

Comme par miracle, l'assureur accepta sans condition de prendre en charge le traitement physiothérapeutique de cette patiente sans rapport du médecin traitant et sans prescription de physiothérapie... L'accès direct!



Ainsi, cette historiette démontre clairement que l'accès direct n'est en aucune façon une question de concept ou de principe pour les assureurs maladie, mais une simple question d'argent.

A méditer pour les dirigeants des associations professionnelles de physiothérapie.

A VENDRE D'OCCASION

1 table de soin
électrique, 3 plans
800.- CHF



1 Machine à fango
600.- CHF



Contact : info@mainslibres.ch

Solo
Medical

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

Pour :

- PHYSIOTHERAPEUTES
- SAGES FEMMES
- OSTEOPATHES

Solo Medical Rhône Alpes
232 Montée de la Favoire
74380 Bonne - France voisine

Tél. : 00 33 6 12 08 03 76
Fax : 00 33 4 88 56 73 21

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

Distributeur en Suisse:

 **smith&nephew**

BSN medical

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

 **swiss**
olympic
association

Prix de
lancement :
CHF 2'250.-
exkl. MwSt.

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 », atout particulièrement apprécié des sportifs

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

