

# MAINS

2012

## *Libres*

physiothérapie - ostéopathie  
concepts globaux

● Le symposium à travers les yeux de la relève

● Dysfonction somatique vertébrale

● Lésions atlanto-occipitales : 2<sup>e</sup> partie

● Parkinson : la thérapie génique

# Lits de traitement de SCHUPP



**SCHUPP**  
PHYSIO · FITNESS · WELLNESS



**Topas**

à partir de CHF 3'490.-



**Achat**

à partir de CHF 2'790.-



**Lykos**

à partir de CHF 2'590.-



**Minos**

à partir de CHF 2'890.-



**Talos**

à partir de CHF 3'190.-



**Robusta**

à partir de CHF 2'790.-



**Variomot 8**

à partir de CHF 4'490.-



**Lit de gymnastique**

à partir de CHF 2'290.-

Les lits de traitement montrés ci-dessus sont équipés avec des options spéciales. Pour plus d'information, ou votre offre personnelle, visitez notre exposition à Burgdorf ou Echandens (s.v.p prenez un rendez-vous) ou contactez directement notre conseiller technique responsable :  
Monsieur René Miserez, T 079 606 33 44.

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** 29<sup>e</sup> 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  
khalaf kerkour réentraînement musculaire et  
pathologies musculaires

daniel michon recherche, enseignement

stéphane morin ostéopathie

luc nahon rééducation vestibulaire

guy postiaux rééducation respiratoire

jean-paul rard physiothérapie vétérinaire

didier tomsen 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. 329  
Dysfonction somatique  
vertébrale



p. 339  
Technique de  
tenu-relâché

## Éditorial

311 Nouvelle ère ?  
G. JUNGO

## La main à la pâte

313 «2012, l'Odyssée de l'épaule»: le symposium à travers les yeux de la relève  
C. BIOLLEY, C. BREBECK, G. CASELLINI, C. COCHARD, M. GUR,  
M. GIBERT, A. LAURENT, V. LEUENBERGER, C. ROCHAT, S. SARACLAR,  
V. VERNET, G. JUNGO

Reportage sur le 19<sup>e</sup> Symposium Romand de Physiothérapie relatant chaque intervention des conférenciers offrant un voyage au cœur de l'épaule. Article réalisé par 11 étudiants en physiothérapie.

Mots-clés: Reportage, symposium, physiothérapie, épaule

Keywords: Report, symposium, physiotherapy, shoulder

## De main de maître

329 La «dysfonction somatique vertébrale» ou «lésion manipulable»: revue des  
étiologies possibles

M. SCHLACHET, R. REDJEM-CHIBANE

Article s'intéressant au concept de «dysfonction somatique vertébrale» ou «lésion ostéopathique», sujet beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît et pour lequel nombre de questions demeurent irrésolues.

Mots-clés: dysfonction, somatique, vertébrale, lésion, étiologie

Keywords: dysfunction, somatic, spinal, lesion, etiology

339 Les lésions atlanto-occipitales traitées par les techniques de tenu-relâché (2<sup>e</sup> partie)  
J.-C. KLEIN

Description des données neurophysiologiques et des expérimentations des étirements et contractions isométriques. Présentation d'un protocole de traitement par tenu-relâché.

Mots-clés: Barrières et zones, coordination, étirement myofascial, lésions occipitales, protocole, tenu-relâché, traitement

Keywords: Barriers and zones, coordination, myofascial stretching, occipital injuries, protocol, hold-release, treatment

## Lu pour vous

349 Diagnostic ostéopathique, crâne et face  
B. HUTEAU, F. LE BOURDAIS

## Nouvelles de la médecine

355 «Les AVC en augmentation chez les plus jeunes»  
L. FRICHET

«Parkinson: 15 patients traités par thérapie génique»  
L. FRICHET

## La main dans le sac

355 10 questions ouvertes à mes collègues  
Y. LAREQUI

**Couverture:** représentation modifiée de l'affiche du 19<sup>e</sup> Symposium Romand de Physiothérapie et 6<sup>e</sup> Congrès de la SFRE sous le thème «2012, l'Odyssée de l'épaule» qui s'est déroulé au début novembre. La partie assombrie de l'affiche symbolise l'après de ce symposium soit le reportage et les photos souvenirs à découvrir dans ce numéro.

# 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](http://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](mailto:info@fimex.ch)

**OTHER COUNTRIES - TECHNOGYM SpA**  
Ph. +39 0547 650101 Fax +39 0547 650591 E-mail: [info@technogym.com](mailto:info@technogym.com)



Compliant EEC 93/42 Directive

**TECHNOGYM**

The Wellness Company

# Nouvelle ère ?

Gaëlle JUNGO

Physiothérapeute (Bulle)



«Les prédictions pour décembre 2012 sont fondées sur plusieurs croyances annonçant de grands changements ou des événements cataclysmiques pour le 21 décembre 2012. [...].

L'interprétation New Age de cette transition postule que cette date marquera le début d'une nouvelle ère au cours de laquelle la Terre et ses habitants connaîtront une transformation spirituelle ou physique radicale. Selon d'autres, le 21 décembre 2012 marquera la fin du monde ou une catastrophe similaire.» (Wikipédia, Prédictions pour décembre 2012).

Et pour vous, qu'en est-il? Vous êtes-vous préparés à affronter une éventuelle fin du monde ou songez-vous à vos bonnes résolutions pour la nouvelle année?

L'équipe de Mains Libres prend, tout au long de l'année, des résolutions mais concernant la nouvelle ère/l'aire, elle attend de suspendre le gui et de s'y embrasser au passage de la nouvelle année car, selon cette vieille tradition venant des druides, cette plante sacrée a des propriétés miraculeuses comme «une longue vie».

La seule prévision que j'ai pour le 21.12.2012, c'est que ce dernier numéro de l'année sera dans vos boîtes aux lettres ou sur votre table de nuit et ...

Vous y découvrirez un reportage sur «2012, l'Odyssée de l'Épaule» (19<sup>e</sup> Symposium Romand de Physiothérapie et 6<sup>e</sup> Congrès de la SFRE) réalisé par une équipe d'étudiants en physiothérapie de la HESAV de Lausanne. En plus d'avoir contribué à la grande réussite de ce symposium, d'avoir mis la main à la pâte, ils ont mis la main à la plume.

Suite à l'Odyssée de l'épaule et de ces étudiants, vous partirez sur les traces des étiologies de la dysfonction somatique vertébrale et/ou de la lésion manipulable. Article s'intéressant au concept de la «lésion ostéopathique» écrit par Messieurs Schlachet et Redjem-Chibane.

Et comme toute bonne chose a une fin, vous retrouverez la 2<sup>e</sup> partie de l'article sur les lésions atlanto-occipitales de Monsieur Klein (1<sup>ère</sup> partie publiée dans le numéro 6-2012).

Toute l'équipe de Mains Libres vous souhaite de terminer cette année en beauté et vous transmet tous ses meilleurs vœux pour 2013!

«Au début il n'y avait rien. Enfin ni plus ni moins de rien qu'ailleurs.» Les Shadocks

Bonne lecture!



# Ginphys

Le logiciel confirmé des physios



physioTEC  
BULZIOLE



Pour gérer votre cabinet en souplesse

Plus de 250 cabinets

## NOUVEAUTES

- Intégration de physiotec (logiciel exerciceur)
- Facturation électronique (caisse des médecins, Medidata)
- Facilités pour le tiers garant

## TEMOIGNAGES ...

« A l'ouverture de notre cabinet en 2004, nous étions à la recherche d'un programme de gestion pour la physiothérapie. Notre ancien logiciel ne nous offrait pas entière satisfaction de par son manque de fonctions. Après avoir pu tester la version de démonstration de Ginphys, nous avons opté pour ce logiciel. Nous avons tout de suite été satisfaits par la facilité d'utilisation de ce programme et les innombrables possibilités qu'il offre à ses utilisateurs : multiples fonctions, personnalisation des données, utilisation facile et ludique, informations complètes et détaillées. D'un seul click, le physiothérapeute est renseigné sur l'état de traitement de chaque patient. Les statistiques sont complètes et permettent une analyse pointue pour la gestion financière. Ce programme permet une utilisation optimale des données des patients : possibilités de trier les patients pour des mailings ciblés, d'envoyer les vœux pour les anniversaires, de choisir un segment de patients selon des critères de recherche bien définis. JLE informatique offre un help-desk de qualité : les besoins et les demandes des utilisateurs sont examinés et traités avec rapidité. Les concepteurs tiennent compte des remarques des utilisateurs pour faire évoluer le programme. Des versions de mises à jour régulières peuvent être téléchargées directement via internet. A l'heure actuelle, Ginphys est le programme « français » le plus adapté pour la gestion d'un cabinet moderne de physiothérapie, avec toutes les contraintes auxquelles nous devons faire face pour être de bons thérapeutes et de bons patrons. »

**Madeleine Siffert, Actifisio - Fribourg**

« Dès l'ouverture de mon cabinet en 1991, Ginphys m'a convaincu et enthousiasmé.

Rapide et fiable, avec d'excellentes innovations, et un suivi régulier de la part du team, il gère actuellement les 10 personnes de mon cabinet ... »

**Anthony Berchten - Nyon**

« Pour moi, qui ne suis pas une pro de l'informatique, Ginphys m'a permis, après une courte formation, de gérer de façon rationnelle les dossiers du cabinet. ... »

Nous sommes passés directement, d'un traitement manuel des dossiers, à Ginphys et je ne regrette pas cette décision, que je redoutais. La simplicité et les performances de ce programme sont des atouts indéniables. ... »

**Elisabeth Reusser, secrétaire cabinet Le Bec - Payerne**

« Un investissement que je n'ai jamais regretté: voilà 7 ans que j'utilise Ginphys, voilà 7 ans qu'en quelques clics de souris je mets à jour la gestion des dossiers patients, traitements et surtout gain de temps suprême dans la facturation.

Ce qui parfois a mis en évidence la lenteur de certaines caisses maladie aux remboursements ! Changement de valeur du point, rétrocession: en 20 minutes mes justificatifs furent prêts à être envoyés aux caisses.

Une question, un rare problème de fonctionnement: je l'expose par mail ou sur le répondeur et dans les 24 heures, JLE informatique me contacte et me donne la solution.

JLE informatique, c'est aussi une société qui innove. Bien que la palette des offres d'aujourd'hui dépasse les besoins de mon cabinet, j'apprécie cet état d'esprit qui ne reste pas sur ses acquis. Ne pas changer pour changer, mais avoir en but d'améliorer la fonctionnalité sans falbalas inutiles. »

**Martine Jauret - Pully**

« ...Expérience faite nous ne pouvons que recommander l'utilisation du logiciel GINPHYS, programme parfaitement adapté à tous nos besoins, mis à jour régulièrement, nous procurant un gain de temps et une économie financière incontestable. ... »

**Jacques Troillet, Physiosport - Martigny**

**Prêt pour 2013 !**

## 19<sup>e</sup> Symposium Romand de Physiothérapie et 6<sup>e</sup> congrès de la SFRE « 2012 : l'Odyssée de l'Épaule »

# Le symposium à travers les yeux de la relève

BIOLLEY CAROLINE<sup>1</sup>, BREBECK COLINE<sup>1</sup>, CASELLINI GILLES<sup>1</sup>, COCHARD CÉLINE<sup>1</sup>, GIBERT MARION<sup>1</sup>, GÜR MARION<sup>1</sup>, JUNGO GAËLLE<sup>2</sup>, LAURENT AILSA<sup>1</sup>, LEUENBERGER VIRGINIE<sup>1</sup>, ROCHAT CHRISTÈLE<sup>1</sup>, SARAÇLAR SIMLA<sup>1</sup>, VERNET VALÉRIE<sup>1</sup>

1 Etudiants physiothérapeutes, 2<sup>e</sup> Bachelor, HESAV Lausanne

2 Physiothérapeute, Bulle, corédactrice de Mains Libres

### — RÉSUMÉ —

L'équipe de Mains Libres (composée de Madame Jungo et Messieurs Besson, Larequi et Touati) a organisé pour la 19<sup>e</sup> fois consécutive, le Symposium Romand de Physiothérapie les 2 & 3 novembre 2012.

Sous le thème « 2012, l'Odyssée de l'Épaule », près de 400 personnes ont défilés dans les salles de Beaulieu, à Lausanne (CH) pour suivre les 11 conférences, 8 ateliers, 8 communications libres, 4 cas cliniques et une session posters. Les cas cliniques ont été dirigés par Mesdames Gain et Killens ainsi que Messieurs Marc et Stévenot mais ils ne sont pas singulièrement résumés dans ce reportage. Durant ces 2 jours, l'équipe de Mains Libres a été secondée par quelques mains dont onze étudiants en physiothérapie à la HESAV de Lausanne.

C'est avec cette fabuleuse équipe d'étudiants que j'ai réalisé ce reportage. Chacun d'entre eux était responsable de prendre des notes d'une conférence et/ou d'un atelier. Puis, ils les ont retranscrits sous forme d'article (sans aucune instruction). Alors bon voyage au cœur de l'épaule !



### — « LE COMPLEXE ARTICULAIRE DE L'ÉPAULE: UNE LEÇON D'ANATOMIE À LA CRAIE » Professeur Baqué, Nice, France —

Tous les « vieux de la vielle » ont appris l'anatomie au tableau noir mais pour nous, nouvelle génération de physiothérapeutes, c'est au moyen de rétroprojecteurs, powerpoint et autre, que nous l'avons découverte. Nous avons donc vécu notre première leçon d'anatomie au tableau noir le 2 novembre 2012 en ouverture du 19<sup>e</sup> Symposium Romand de Physiothérapie.

Le professeur Baqué, anatomiste et chirurgien passionné et charismatique, a envoûté la salle au son de ses craies et de sa voix.



En quelques coups de craies, il nous a dessiné le complexe articulaire et musculaire de l'épaule tout en le commentant. De là, le symposium pouvait débuter.



G. Jungo

— « L'ÉPAULE GELÉE OU RAIDEUR DE LA GLÉNO-HUMÉRALE » Professeur Christian Gerber, Zürich, Suisse —

#### CONFÉRENCE

Après avoir pratiqué la chirurgie aux quatre coins du monde (Suisse, Europe, Etats-Unis), le Professeur Gerber est actuellement directeur médical et chef du département orthopédique à la clinique Balgrist à Zürich ainsi que professeur à l'université de ce même canton. Après plusieurs publications sur la chirurgie du genou, il a consacré son activité académique à celle de l'épaule, plus particulièrement aux problèmes liés à la coiffe des rotateurs ainsi qu'aux prothèses d'épaule. En plus de ses nombreux prix et titres honorifiques accumulés durant sa brillante carrière, le Professeur Gerber est actuellement président de la société Suisse de chirurgie orthopédique et traumatologique.



#### « L'ÉPAULE GELÉE »

Le Professeur Gerber définit l'épaule gelée (ou périarthrite ankylosante, frozen shoulder, idiopathic shoulder stiffness, capsulite rétractile) par une restriction de la mobilité passive

de l'articulation gléno-humérale par rapport au côté opposé. C'est selon lui la raison la plus fréquente des consultations pour des douleurs d'épaule. Une épaule gelée, dont la définition est clinique, ne nécessite en premier lieu aucun examen complémentaire. Son diagnostic se limite donc à une mobilité passive, coude au corps, de la gléno-humérale limitée et douloureuse ainsi qu'à une radiographie conventionnelle dite « normale » (aucune altération de l'articulation gléno-humérale). Malgré cela, c'est selon le Professeur Gerber « le diagnostic le plus fréquemment méconnu ».

Cette pathologie peut surgir sans aucune raison ou antécédents et parfois après un traumatisme absolument banal. Au début, les douleurs augmentent sur plusieurs semaines jusqu'à devenir très sévères. Par la suite, c'est un enraidissement qui s'installe et les douleurs diminuent. Le pronostic est la guérison dans plus de 90 % des cas avec un délai moyen de 18 à 24 mois. C'est le rôle du médecin et du physiothérapeute d'avertir dès le début le patient que sa pathologie va guérir mais qu'il faut du temps. Le traitement médical consiste en des anti-inflammatoires pour inhiber la cicatrisation, de la calcitonine pour freiner le métabolisme ostéofibreux, et de la vitamine C pour une prévenir le Südeck. La physiothérapie a également un rôle à jouer dans le traitement des épaules gelées mais toute mobilisation agressive est à proscrire ! En effet, les facteurs empêchant une guérison rapide et surtout complète sont la provocation des douleurs pendant la phase inflammatoire de la capsulite.

Douceur, prudence et patience sont donc les mots-clés du traitement physiothérapeutique. Les traitements antalgiques (hydrothérapie, assouplissements,...) sont à favoriser par rapport aux traitements qui visent à préserver les mobilités. Les traitements dont le but est d'améliorer les mobilités articulaires passives, quant à eux, sont à éviter. L'épaule gelée est donc une exception pour le physiothérapeute qui en règle générale est appelé à rétablir la mobilité passive (et bien sûr active) des articulations. Le Professeur Gerber souligne l'importance d'une éducation au patient afin qu'il évite toute activité néfaste et qu'il préserve les améliorations obtenues en physiothérapie. Selon lui, l'élévation du bras hors de la douleur est le mouvement-clé pour la rééducation à domicile.

Le professeur Gerber précise que l'épaule gelée doit être considérée comme une priorité par rapport aux autres

diagnostics et donc traitée en premier. Il souligne aussi l'importance de différencier une épaule raide primitive d'une épaule raide post-opératoire.

## ATELIER PRATIQUE

### « EXAMEN PROGRAMMÉ DE L'ÉPAULE »

Tout examen médical débute par une anamnèse complète du patient. Selon le Professeur Gerber, l'anamnèse d'un patient avec une problématique de l'épaule représente 80 % du diagnostic. Il faut ensuite déterminer l'état actuel de la situation : est-ce la dysfonction ou la douleur qui prime selon le patient ?

L'examen médical d'une épaule débute par **une analyse de la colonne cervicale**, bien qu'elle ne soit que rarement l'origine des douleurs d'épaule. **L'articulation acromio-claviculaire** est ensuite examinée. Une chute directe sur l'épaule, ainsi que la localisation précise (du bout du doigt) des douleurs par le patient sont typiques d'une atteinte de cette articulation. La douleur à la palpation, à l'adduction horizontale du bras et dans un arc d'ABD entre 150-170° sont également caractéristiques de ce type de pathologie. **Les nerfs** axillaire, suprascapulaire et musculo-cutané sont également examinés. **La capsule et les bourses** sont testées. **Les amplitudes passives** sont observées et notées. Et finalement **la force des muscles de la coiffe des rotateurs** est mesurée.

Le Professeur Gerber, a par la suite, développé une notion qui est, selon lui, primordiale dans la prise en charge de ce type de population : le mouvement d'élévation antérieure du bras.

L'élévation antérieure du bras est selon le Professeur un mouvement primordial car il comprend une rotation latérale passive. En effet, des études ont montré qu'aucune élévation antérieure n'est possible sans rotation latérale passive. Pas besoin donc de chercher la rotation latérale passive par des mouvements coudes au corps, rarement fonctionnels.

Une autre notion a été abordée au cours de la discussion : l'arrêt du traitement physiothérapeutique. Ce dernier doit être, selon le Professeur Gerber, envisagé lorsque le patient ne peut pas préserver de manière active et autonome un gain d'amplitude atteint en physiothérapie. Il faut donc

selon lui « *chercher le point où la mobilisation active est moins bonne que passive mais atteignable par le patient* ».

La question du rôle de l'utilité du long-chef du biceps a été abordée en fin de présentation. Le Professeur Gerber y a répondu ainsi : « est-ce que les cheveux ne servent à rien ? Réponse : NON » et « peut-on vivre sans cheveux ? Réponse : OUI ». Selon plusieurs études, l'absence de ce muscle n'altère pas vraiment la fonction (légère diminution de la force en supination uniquement) et les résultats sur les douleurs sont significativement meilleurs. C'est pourquoi, le professeur Gerber a rejoint le groupe des « biceps killers ».

Leuenberger Virginie

### — « LA SCAPULA: DU CONFLIT À LA DYSKINÉSIE » Thierry Marc, Montpellier, France —

#### CONFÉRENCE



Monsieur Marc débute sa conférence en rappelant la « découverte » des dyskinésies de la scapula il y a 20 ans ! Il est pertinent de se pencher sur cette problématique car elle touche un grand nombre de personnes, allant de Monsieur-Madame-tout-le-monde aux sportifs d'élite, et se retrouve dans de nombreuses affections musculo-squelettiques. Les patients ne consultent pas pour un problème de rythme de la scapula, mais pour une autre pathologie de l'épaule, de type instabilité, conflit ou lésion de la coiffe des rotateurs, provoquant ce dérèglement.

Après un rappel des mouvements de la scapula, de ses muscles moteurs et stabilisateurs, des différents rythmes, Monsieur Marc propose un certain nombre de cas cliniques. Il expose plusieurs situations mettant en exergue les compensations de la scapula que l'on rencontre fréquemment en pratique clinique. Il en ressort que l'articulation scapulo-humérale est souvent impliquées dans les dyskinésies : hypo/hypermobilité, instabilité, problème moteur, manque de coordination musculaire, etc...

Pour la rééducation, Monsieur Marc se réfère au protocole CGE (Concept Global Épaule) : en effet, 7 des manœuvres

de thérapie manuelle s'adressent à l'articulation scapulo-thoracique: relâchement du petit pectoral par crochitage, mobilisation de l'articulation acromio-claviculaire, mobilisation passive de la scapulo-thoracique en élévation, mobilisation active-assistée en bascule postérieure de la scapula, flexion avec bascule latérale de la scapula, compression axiale et intégration de l'élévation en actif-assisté. Comme complément à ces techniques, voici quelques propositions: barre vibrante, reprogrammation motrice, travail du schéma moteur, augmentation de l'activité du trapèze inférieur, augmentation de la mobilité de la scapula, correction de la posture et intégration fonctionnelle selon les compensations du patient.

Monsieur Marc termine sa présentation en rappelant que la dyskinésie de la scapula n'est pas une pathologie en soi mais une compensation ou adaptation suite à une autre dysfonction, scapulo-humérale par exemple. Le couple formé par le protocole CGE et des techniques ciblées spécifiques au patient sont souvent la clé du traitement.

#### « ATELIER PRATIQUE / CAS CLINIQUE »

Monsieur Marc a présenté le samedi un atelier, un cas clinique d'une chirurgie de la coiffe des rotateurs. Il commence par une anamnèse rapide: le patient a été opéré il y a un mois d'une rupture de la coiffe des rotateurs. Il doit être immobilisé pendant 6 semaines dans un gilet. On se rend rapidement compte que le patient ne suit pas vraiment les recommandations et utilise son bras plus qu'il ne devrait. Monsieur Marc montre quelques mobilisation et fait des liens avec la théorie, conseille de traiter la scapula et mobiliser activement la ceinture scapulaire en respectant les restrictions du médecin. Il souligne l'importance de traiter en infra-douloureux. La raideur n'est pas un problème dans un premier temps selon lui. Il termine son atelier en mobilisant le patient et discutant avec les participants des modalités de traitement.

Caroline Biolley

#### « SUBACROMIAL IMPINGEMENT SYNDROME: A MUSCULOSKELETAL CONDITION OR A CLINICAL ILLUSION »

#### « ROTATOR CUFF TENDINOPATHY: A MODEL FOR THE CONTINUUM OF PATHOLOGY AND RELATED MANAGEMENT »

Jeremy Lewis, Londres, Angleterre

#### CONFÉRENCE

Premièrement, nous avons assisté à un rappel du rôle du physiothérapeute, tel qu'il est pratiqué en Angleterre. Puis, Monsieur J. Lewis nous a exposé le sujet de sa conférence: le conflit sous-acromial. Selon une étude de Neer de 1972, 95% de pathologie de la coiffe des rotateurs étaient causées par un problème d'acromion. Jusque dans les années 2006, il y a eu une constante augmentation de cette pathologie. Le diagnostic est réalisé par anamnèse, testing des dysfonctions, bilan orthopédique et imagerie médicale. Cependant, il est difficile de mettre un diagnostic clair de la structure mise en tension suite à notre évaluation, car il est impossible de tester uniquement une structure à la fois. Le traitement consiste à décompresser les structures sous-acromiales.



La bourse sub-acromiale est la structure la plus innervée de la coiffe des rotateurs. En cas d'irritation, on détecte une augmentation des substances chimiques nocives contenues dans la bourse qui stimulent les terminaisons nerveuses. A la suite d'une analyse du liquide dans la bourse, les travaux scientifiques ont pu corréliser l'augmentation des douleurs sur l'EVA et le taux de ses agents chimiques nocifs. Le traitement le plus efficace dans ces cas est la boursectomie.

En ce qui concerne, la pathologie de la coiffe des rotateurs, il est nécessaire de déterminer les faiblesses musculaires et l'origine des symptômes. Le traitement proposé par J. Lewis consiste à injecter une solution saline intra-capsulaire, afin d'améliorer les amplitudes de mouvement et diminuer la douleur. (Ndlr: En Angleterre, les physiothérapeutes sont autorisés et invités à pratiquer ce type d'injection).

La tendinopathie réactive est due à un épaissement du ligament coraco-acromial. Il en résulte une tension augmen-

tée sur ses structures d'attache, qui engendre les douleurs. Le traitement de choix reste le repos relatif, en évitant tous mouvements rapides et abusifs. Le traitement chirurgical est passablement mis en doute, car son bénéfice n'est pas meilleur que celui d'un traitement conservateur. Selon Monsieur J. Lewis, la physiothérapie devrait être utilisée en premier ordre, surtout d'un point de vue économique !

L'épaule gelée est diagnostiquée grâce à une radiographie normale de l'épaule et à une restriction de mouvement passif et actif équivalente. Pour la traiter, l'utilisation d'hydro-distension intra-articulaire permet d'augmenter l'espace articulaire. L'effet économique de cette technique est absolument non négligeable !!

Ailsa Laurent

## ATELIER PRATIQUE

### — « THE SHOULDER SYMPTOM MODIFICATION PROCEDURE » —

Tout d'abord, une petite démonstration pratique que chacun peut effectuer sur son voisin : lors de l'élévation de l'épaule, la scapula ne se contente pas de s'élever, mais elle effectue également une rotation latérale. De ce fait elle libère l'espace du soi-disant « conflit sous-acromial » et permet l'abduction et la flexion de la scapulo-humérale.

**But de l'atelier :** Appliquer un protocole d'évaluation de l'épaule afin d'identifier puis d'agir sur les symptômes du patient, dans le but d'améliorer sa qualité de vie. Cela concerne les atteintes mécaniques de l'épaule.

**Première étape :** Le patient reproduit le mouvement fonctionnel qui lui pose problème. S'il ne peut pas, effectuer les tests classiques d'évaluation de l'épaule (Jobe, Patte...etc.)



**Deuxième étape :** corriger l'hypercyphose thoracique en induisant un redressement du patient : « Montez votre sternum d'environ 2cm », et reproduire le mouvement symptomatique. Si l'amélioration (amplitude et/ou douleur) est égale ou supérieure à 30 %, utiliser cette technique d'évaluation comme moyen de traitement. Possibilité de s'aider de K-tape.

**Troisième étape :** correction de la position de la scapula passivement par le physiothérapeute (élévation, abaissement, antériorisation, postériorisation, abduction, adduction, mouvements combinés) et reproduction du mouvement symptomatique. Comme précédemment, si 30 % ou plus d'amélioration, traiter activement le positionnement de la scapula.

**Quatrième étape :** évaluation du décentrage de la tête humérale. La recentrer passivement, et si il y a une bonne amélioration lors du mouvement symptomatique, enseigner au patient un ou des exercices pour recentrer sa tête humérale. Aide possible d'une ceinture ou d'un thérapand pour le traitement. Toujours rester en dessous du seuil de la douleur !

**Cinquième étape :** neuromodulation, c'est-à-dire tout ce qui concerne les techniques annexes : thérapie manuelle, K-tape, acupuncture, etc, ...

Marion Gibert, Gilles Casellini

### — « APPROCHE MYO-FASCIALE DES PATHOLOGIES DE L'ÉPAULE » — Doreen Killens, St-Laurent, Canada

## CONFÉRENCE

Doreen Killens a commencé sa conférence par une petite introduction sur la thérapie manuelle.



Puis elle a parlé plus précisément des fascias, évoquant la pertinence de ceux-ci, leur omniprésence dans le corps, ainsi que la diminution de mobilité engendrée lorsqu'ils sont soumis à des tensions. Elle a ensuite abordé les diverses techniques myo-fasciales telles que le massage du tissu conjonctif, le Rolfing, le Myofascial release ainsi que la fasciathérapie. Elle a enchaîné avec une explication de la mobilisation myofasciale qui consiste à travailler les diverses



lignes de tension des fascias qui peuvent maintenir une dysfonction.

Le public a également eu droit à un rappel anatomique des fascias ainsi que les différentes lignes qu'ils constituent avant de nous parler des diverses pathologies liées ainsi que d'un guide de traitement.

Madame Killens a, par la suite, fait le lien avec l'épaule - thème principal du symposium - par le biais d'une histoire de cas. Puis elle a expliqué les diverses techniques de fasciathérapie en les imageant par des photos, et a terminé sa conférence par un petit « take home message » mettant ainsi en évidence les points importants à retenir sur l'approche myo-fasciale des pathologies de l'épaule.

Ndlr: Take home message:

- Explorer/considérer les fascias
- Écouter vos patients
- Écouter vos mains

## ATELIER PRATIQUE

### « APPROCHE MYO-FASCIALE DES PATHOLOGIES DE L'ÉPAULE »

Le samedi, les participants de ce 19<sup>e</sup> symposium ont pu assister à l'atelier de Doreen Killens afin de pouvoir mettre en pratique la théorie de la veille.

Madame Killens a débuté son atelier par l'explication des techniques de fasciathérapie pour traiter le biceps puis le fascia de la clavicule qu'elle a démontré sur l'un des participants



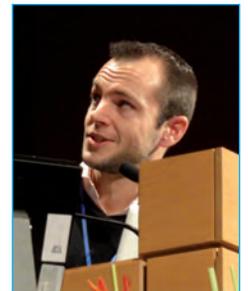
s'étant porté volontaire. Puis elle a invité les personnes présentes à pratiquer entre-elles, ce qui ne fut malheureusement pas chose facile en raison de l'infrastructure en disproportion par rapport au succès de cet atelier et par conséquent du grand nombre de participants. Les personnes présentes ont également posé passablement de questions sur les techniques, les indications et contre-indications, etc..., montrant ainsi le grand intérêt qu'a suscité l'atelier de Doreen Killens.

Céline Cochard

### « DYNAMOMÉTRIE INFORMATISÉE NON-MOTORIZÉE DE L'ÉPAULE (DYNATORQ) »

Julien Couture, Monte-Carlo, Monaco

#### CONFÉRENCE



Cet appareil dynamométrique permet une évaluation et un renforcement des muscles de l'épaule. Il permet au patient d'exécuter des exercices en position orthostatique ou assise et dans les plans sagittal, frontal et de l'omoplate.

Le mouvement rééducatif principal pouvant être réalisé par cet appareil est la Rotation Interne – Externe avec l'humérus positionnable à tous les angles d'abduction et d'antépulsion.

L'analyse de la contraction musculaire à l'aide d'un dynamomètre informatisé permet la quantification d'un déficit musculaire (données quantitatives, numériques).

Les principaux paramètres enregistrés et chiffrés lors de la réalisation du test sont interprétés par comparaison soit avec l'autre côté, soit avec les valeurs recueillies du même côté lors d'examens antérieurs, soit à partir d'une population référente.

#### Protocole de renforcement musculaire:

Le renforcement musculaire est toujours réalisé après la récupération complète des amplitudes passives.

- 15% de la séance: échauffement et exercices pendulaires
- 50% de la séance: renforcement isométrique (80% de la force maximale du test 1: action 5 secondes, 5 secondes de repos, 15 cycles en Rotation Externe 1, 5 cycles en Rotation Interne)
- 10% de la séance: renforcement dynamique rotatoire (suivre un repère mobile; 80% de la force du test isométrique). Le renforcement dynamique est alors réalisé contre un système de résistance allant jusqu'à 16 élastiques. (2Nm par élastique) 4 à 10 répétitions, 10s de repos, 5 cycles (Angulation faible 30°)
- 25% de la séance: 80% de la force du test isométrique 1 (un élastique = 2 N.m) action 5s, 10s de repos / 15 cycles en antépulsion, 5 en rétropulsion.

### Les résultats obtenus après renforcement musculaire dans le temps:

- L'évolution de force revue à un an pour les pathologies de la coiffe: perte de force de 5 à 20% sur la rotation externe, la rotation interne restant stable.
- Pour les pathologies de l'instabilité la force reste acquise à un an légèrement augmenté de 20%. Les patients présentant un conflit sous acromial ont bénéficié d'une évaluation avant et après une séance manuelle de recentrage.
- Amélioration du déséquilibre musculaire Rotation Interne - Rotation Externe (RI/RE) de 20% vers leur norme.

### Cependant:

- Les tests réalisés sur appareils dynamométriques (motorisés ou pas) n'évaluent ni la stabilité articulaire, ni la fonctionnalité; ils viennent compléter de manière objective l'évaluation d'un déficit musculaire.
- Le renforcement musculaire sur appareils dynamométriques ne se substitue pas aux autres techniques de rééducation conventionnelle (renforcement musculaire manuel, proprioception) mais s'inscrit dans un programme d'amélioration incontestable.
- Le suivi longitudinal d'un patient pris comme son propre témoin permet de guider sa rééducation musculaire



sous réserve du respect des procédures de standardisation préalablement définies.

- En matière de diagnostic et d'orientation du renforcement musculaire, notamment sur l'étude des ratios (RI/RE), les appareils dynamométriques (motorisés ou pas) n'ont pas encore fait leurs preuves. Cependant, l'étude des ratios comparée soit avec l'autre côté, soit avec les valeurs recueillies du même côté lors d'examen antérieur, peut être un élément d'appréciation du déséquilibre musculaire.
- L'usage de l'isocinétisme en comparaison au dynamomètre non motorisé ne nous semble pas supérieur dans le renforcement et l'évaluation musculaire de l'épaule, dans l'état actuel des connaissances.

Coline Brebeck

### — « RELATIONS ENTRE RACHIS CERVICO-THORACIQUE ET PATHOLOGIES DE L'ÉPAULE » Frédéric Srour, Paris, France —

#### CONFÉRENCE ET ATELIER PRATIQUE



Durant sa conférence, M. Srour, masseur-kinésithérapeute parisien et Vice-Président de la SFRE, a présenté les relations existantes entre le rachis cervico-thoracique et le complexe articulaire de l'épaule. Il nous a rappelé l'importance d'évaluer et traiter ces différentes régions lorsque nous nous retrouvons face à une problématique d'épaule. Il a évoqué et illustré au travers de photos de patients les muscles cervico-scapulaires, thoraco-scapulaires et thoraco-huméraux. Les muscles cervico-thoraciques sont, selon lui, ceux les plus « mis en tension » et sur lesquels il faudra porter une attention particulière lors du traitement, ce qui a d'ailleurs fait l'objet de son atelier du lendemain. Il est revenu sur l'anatomie fonctionnelle scapulo-thoracique en soulignant la nécessité d'avoir un rachis thoracique « souple » pour avoir une bonne mobilité scapulo-thoracique. En effet, il est essentiel de prendre en compte l'observation de la posture du patient au niveau cervico-thoracique car elle aura une influence directe sur la dynamique globale de l'articulation scapulo-thoracique mais aussi sur l'articulation scapulo-humérale. Par exemple dans le cas d'un conflit

sous-acromial, un rachis positionné en hypercyphose thoracique pourrait être une des causes du conflit.

Pendant son atelier, M. Srouf a démontré la technique de «levée de tension» selon Jones en se concentrant sur quelques muscles clés souvent contracturés lors de pathologies d'épaule comme le sterno-cléido-mastoidien, le petit pectoral, l'élévateur de la scapula, les sous-occipitaux.

M. Srouf a su interagir avec son public et rappeler, avec une touche d'humour dans son discours, qu'une épaule ne peut être traitée efficacement sans prendre en compte l'évaluation et le traitement du rachis cervico-thoracique. La salle était comble et cet atelier a clairement suscité l'attention des participants.



Christèle Rochat

## — « INTÉRÊT DE L'UTILISATION PAR LE PHYSIOTHÉRAPEUTE DE L'ÉCHOGRAPHIE DANS LA RÉÉDUCATION DE L'ÉPAULE »

Luc D'Asnières de Veigy, Monte-Carlo, Monaco —

### CONFÉRENCE ET ATELIER

Luc D'Asnières de Veigy est à ce jour un des rares physiothérapeutes en France à pratiquer l'échographie et ceci depuis trois ans. Il s'est formé à cette technique à Londres et est aujourd'hui devenu spécialiste de l'échographie de l'épaule, qu'il utilise quotidiennement dans son cabinet.



Lors de la conférence du 2 novembre 2012, un pavé est lancé dans la mare lorsque Luc D'Asnières de Veigy signale à l'assemblée que la Suisse et la France sont à la traîne sur cette technique. Elle est, en effet, déjà largement utilisée par nos confrères européens, qu'ils soient de Belgique, des Pays-Bas, de Grande-Bretagne ou de Scandinavie. Nous avons donc, selon lui, un indéniable retard à rattraper dans notre pratique.

Que peut donc nous apporter cette technique? Un outil de mesure dynamique en direct avec notre patient, une approche goniométrique détaillée et une étude de l'état musculaire du sujet, sans avoir besoin de passer par un radiologue.

S'agit-il alors d'un transfert de compétences? Luc D'Asnières de Veigy s'en défend: «Tout le monde s'y met, que ce soit les chirurgiens ou les autres spécialistes. Ils préfèrent visualiser l'épaule du patient à leur manière et au temps T».

Quel est alors l'intérêt de cet appareil pour nous, physiothérapeutes? Il oriente d'abord le choix objectif de nos techniques de traitement de thérapie manuelle. Cela permet également détecter un problème inflammatoire ou douloureux. On peut aussi visualiser « depuis l'intérieur » l'évolution des bilans et le suivi post-opératoire. Cela peut également être utilisé pour la guidance et l'indication des ondes de choc.

Mais cette technique est-elle à la portée de tous? « Cela demande une bonne connaissance de l'anatomie et une bonne orientation dans les trois dimensions, mais l'examen est désormais matériel-dépendant, et non plus examinateur-dépendant », indique Luc D'Asnières de Veigy. Il détaille d'ailleurs l'examen de l'épaule qui se déroule en onze étapes, étapes qui seront démontrées en pratique le lendemain lors des ateliers.

Luc D'Asnières de Veigy présente finalement un cas clinique avec images échographiques en parallèle pour étayer ses propos. Puis, il rappelle qu'il est important pour nous physiothérapeutes de ne pas se substituer au médecin et de se protéger vis-à-vis de leurs méfiances à l'égard de notre investissement de cet outil radiologique.

Lors de l'atelier pratique du 3 novembre 2012, Luc D'Asnières de Veigy commence par donner les clés de

l'orientation dans l'espace trompeuse et propre à l'échographie et met en garde contre les manipulations qui désorienteraient le praticien. Il fait ensuite un bref rappel de la terminologie radiologique, soit les termes d'hyper-, hypo-, anéchogénéité ou artefacts, et signale quelques pièges à éviter (une jonction myo-tendineuse prise pour une anomalie d'un tendon, par exemple). Il est ensuite temps pour un des participants à l'atelier de faire tomber la chemise pour passer sous la sonde de Luc D'Asnières de Veigy et prêter son épaule à l'examen. Chaque coupe de l'examen en onze étapes est alors passée en revue avec illustration des point-clés vus lors de la conférence de la veille. Chaque image est richement commentée et les structures sont de plus en plus visibles, au fur et à mesure que l'oeil s'habitue à cette lecture particulière.

**Pour terminer, quelques questions sont posées à Luc D'Asnières de Veigy.**

**Q: Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à l'échographie et à l'utiliser ?**

R: « Cela permet un examen dynamique complet et je peux de cette façon choisir l'orientation de mon traitement et le justifier pour ne pas faire perdre du temps au patient et être performant. Depuis l'utilisation de cette technique, j'ai constaté une réduction de deux à trois fois du délai de guérison ! »

**Q: Vous dites que la Suisse et la France sont en retard par rapport à nos voisins, pensez-vous que bientôt tous les physiothérapeutes seront équipés et formés ?**

R: « Je pense que cela nous serait utile, mais malheureusement ça n'est pas d'actualité, pour des raisons politiques principalement qui y mettent un frein. Pourtant, toute l'Europe du Nord fait des échographies, il n'y a donc pas de raison que cela ne vienne pas ici. De plus, il y a une réelle volonté des industriels qui produisent ces appareils de former les praticiens et chaque fabricant a son propre cours sur internet ou sa propre formation. Ce ne sera donc pas une question de difficulté d'apprentissage. »

**Q: Comment est-ce que cela a été accueilli autour de vous, chez les médecins et les patients ?**

R: « Les patients sont infiniment contents, car cela donne un côté rassurant au traitement manuel qui leur paraît

magique, cela donne de la science à cette entreprise. Et tout le corps médical a été content, car je suis désormais pourvoyeur d'examen. Il ne faut pas oublier qu'il y a un appauvrissement des spécialistes de l'appareil locomoteur ! Mais chacun a ses compétences et je ne me substitue pas au médecin. Je n'aurais par contre pas de honte à faire une échographie à un radiologue ! »

**Q: Vous n'utilisez cette technique que pour les épaules ?**

R: « Oui, pour l'instant. Mais je dois dire que quand j'ai un patient qui arrive avec une entorse de cheville, je vais vite jeter un oeil sur internet pour voir comment faire les coupes et je fais un examen pour voir si j'ai un arrachement, par exemple. Cela n'a rien de compliqué du moment que l'on connaît bien son anatomie ! »

Toute cette démonstration nous a donné un aperçu de ce que pourrait être la physiothérapie indépendante dans un avenir proche. Reste aux praticiens suisses et à nos autorités à choisir s'ils prennent part à cet élargissement de notre domaine de compétence ou si le maintien de nos acquis passe en premier plan, avant d'aller chercher à conquérir d'autres territoires. Tout en sachant qu'aujourd'hui il est impossible de facturer cet acte, comme l'a fait remarquer Luc D'Asnières de Veigy, et qu'un appareil coûterait entre 30'000 et 40'000 €.

L'échographie chez les physiothérapeutes, un moyen objectif et reconnu de justifier notre travail auprès du corps médical, des assureurs et des patients, ou un risque de s'égarer en diversifiant trop nos méthodes, à perte ? À méditer...

Simla Saraçlar



## — « LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE L'HYPNOSE: UNE RÉFLEXION SUR SON ACCEPTATION DANS LES SOINS »

Emilie Deillon et Valérie Werlen, Suisse —

### CONFÉRENCE

(PRÉSENTATION DE LEUR TRAVAIL DE BACHELOR 2012)

#### Introduction :

De nombreux effets sont attribués au Kinesio® Taping, contention adhésive élastique, élaborée au Japon par le Dr. Kenzo Kase. La littérature scientifique basée sur les preuves reste limitée.

Notre revue systématique consiste à évaluer les effets du Kinesio® Taping, appliqué au complexe articulaire de l'épaule adulte, sur la douleur, les capacités fonctionnelles et l'activité électromyographique.



#### Méthode :

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature de 2000 à 2012. L'exploration des bases de données Pubmed, Cochrane, PEDro, Science Direct et OvidSp nous a permis d'inclure quatre études (une étude randomisée contrôlée, une étude de cohorte et deux études transversales).

#### Résultats :

Le Kinesio® Taping a des effets statistiquement non significatifs sur la douleur ( $p=0.67$ ), les capacités fonctionnelles ( $p=0.11$ ) et l'activité électromyographique ( $p=0.96/p=0.30/p=0.28$ ). Cependant, nous remarquons une tendance à la diminution de la douleur (-4.35mm EVA) et à l'amélioration des capacités fonctionnelles (-0.33 pts). L'application du Kinesio® Taping tend à diminuer l'activité EMG du M. trapezius pars descendens (-10.85% RVC), à augmenter celle du M. serratus anterior (+1.59% RVC) et n'influence que faiblement l'activité EMG du M. trapezius pars ascendens (+0.07% RVC).



#### Discussion :

Il n'existe pas d'effet statistiquement significatif pour les indicateurs observés. Cependant, les effets cliniques que nous avons pu souligner au travers de notre revue systématique nous encouragent à utiliser le Kinesio® Taping en complément de thérapie, dans l'attente de nouvelles recherches.

G. Jungo

## — « CRÉATION D'UN RÉSEAU ROMAND DE RÉÉDUCATION DE L'ÉPAULE EN COLLABORATION AVEC LA SFRE »

Yves Larequi (Lausanne, Suisse) et Thierry Marc (Montpellier, France) —

### CONFÉRENCE

Le but de ce réseau est de créer une communauté d'intérêt regroupant des professionnels passionnés par les pathologies de l'épaule, reliée par un site internet [www.3r-e.net](http://www.3r-e.net) (mise en fonction fin 2012).



Ce site contiendra le listing des participants (professionnels), des liens avec d'autres sites sur l'épaule, des articles/informations sur les pathologies de l'épaule ainsi que des informations pour vos patients.

Ce réseau sera ouvert gratuitement à tous les physiothérapeutes, médecins, chirurgiens, ostéopathes, chiropractiens faisant valoir une formation ou expérience particulière dans les traitements des pathologies des épaules.

Une manière d'améliorer la qualité de nos traitements ainsi que la collaboration entre professionnels tout en développant la pluridisciplinarité !

G. Jungo

## — « RÉÉDUCATION DE L'ÉPAULE EN CHAÎNE FERMÉE, CONCEPT 3C »

Thierry Stévenot, Charleville-Mézières, France —

### ATELIER

Samedi matin se tenaient les différents ateliers qui donnaient suite aux présentations de la veille. L'atelier de Thierry Stévenot consistait donc en une mise en pratique avec le Scapuléo.

L'atelier commence donc avec un rappel bref du concept, suivi d'une mise en pratique. M. Stévenot rappelle que le but principal de son appareil consiste en un recentrage de la tête humérale de manière à diminuer le conflit sous-



acromial. Le renforcement est également un des intérêts de cette machine qui permet de travailler les muscles de la scapula afin d'améliorer le contrôle moteur.

Le concept des 3C consiste en un recentrage de la tête humérale en chaîne fermée, ce qui permet un recentrage dans les 3 plans. (Ndlr: Le concept 3C a pour origine une manoeuvre manuelle de recentrage gléno-huméral en chaîne fermée permettant une correction simultanée des décentrages de la gléno-humérale dans les 3 composantes). Le résultat est obtenu à la suite d'une succession de traction compression contre la résistance du physiothérapeute ou du Scapuléo, le tout sans douleur.

Dans un premier temps, nous avons donc appliqué ce concept par une technique manuelle qu'il nous a présenté. C'est de cette manoeuvre (résistance à la traction puis à la compression avec une main et stabilisation du tronc avec l'autre) que l'idée du Scapuléo est apparue. Cet appareil permet alors un travail plus efficace tout en « économisant » le physiothérapeute.

Dans la suite de l'atelier, l'utilisation du Scapuléo a été démontrée sur un physiothérapeute s'étant porté volontaire. Cela a permis à M. Stévenot de rappeler les différentes phases de traitements qui sont associées à l'utilisation de l'appareil.

En préambule à l'utilisation du Scapuléo, il est indispensable de prendre des mesures précises pour permettre une installation correcte et surtout adaptée du patient sur l'engin. Les points de repères sont les suivants: le tubercule trapézien ainsi que milieu du bord latéral de l'acromion. Cela permet un alignement avec l'axe de la scapula.

**1<sup>ère</sup> phase:** Elevation du bras pour atteindre la position sur le Scapuléo. Cette phase se fera avec l'aide du membre supérieur controlatéral si besoin, dans le but d'éviter la douleur.

**2<sup>e</sup> phase:** Coude tendu, réalisation de traction et/ou compression. Le patient réalise alors 5 poussées et 5 tractions. Si cela n'augmente pas ses douleurs, il peut poursuivre le même travail. Les directions ainsi que l'intensité déployée sont adaptées par le patient et ne doivent pas provoquer de douleur.

**3<sup>e</sup> phase :** Redescente du bras pour revenir à la position initiale. Comme pour la première phase, le patient peut s'aider de son membre controlatéral pour ne pas provoquer de douleur.

Le Scapuléo permet de gagner de l'amplitude instantanément dans les trois plans de mouvement. Le renforcement musculaire est secondaire mais également important. Au début de l'utilisation du Scapuléo, le temps de repos entre chaque série doit être très long (2 minutes). Le dynamomètre présent sur l'appareil permet au thérapeute de noter la force exercée par le patient au fil des séances. Il permet également d'augmenter l'effort pendant l'exercice.

L'efficacité de cet exercice est démontrée par une augmentation de 20% du score de Constant. De plus, les résultats sont stables dans 80% des cas un an après l'arrêt du traitement. Ceci est constaté même après l'arrêt des exercices à domicile.

Thierry Stévenot termine l'atelier en mettant en avant les atouts du Scapuléo: simplicité et efficacité. Il permet des exercices difficilement réalisables de manière précise et répétée sans le Scapuléo. Il rappelle également une notion très importante: ne pas générer de douleurs et assurer le confort du patient.

Marion Gür, Valérie Vernet

Un grand MERCI à toute l'équipe d'étudiants qui, en plus d'avoir écrit cet article, ont effectué un travail remarquable tout au long de ce 19<sup>e</sup> Symposium Romand de Physiothérapie. (Gilles présent pendant le symposium, absent pour la photo)



## — CONTACT —

Gaëlle Jungo / [gaelle.jungo@mainslibres.ch](mailto:gaelle.jungo@mainslibres.ch)

# Photos souvenirs

Lors du 19<sup>e</sup> Symposium Romand de Physiothérapie,  
et 6<sup>e</sup> congrès de la Société Française de Rééducation de l'Épaule



1<sup>er</sup> prix tombola: Monsieur Glemet Vincent



D. Favre, grand merci à toi!



D. Killens



E. Deillon, V. Werlen

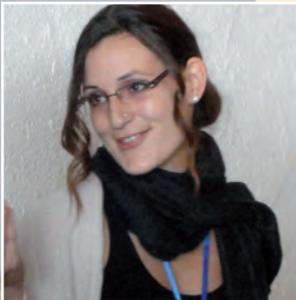


L'équipe Mains Libres



Une équipe qui a su nous  
accueillir dans une convivialité,  
et une véritable fraternité.  
(D. B)

G. Jungo



T. Stevenot



L. D'Asnières de Veigy



J. Couture



J. Lewis en action



Notre équipe d'étudiants (sans Gilles),  
des chef-fes !



S. Gain

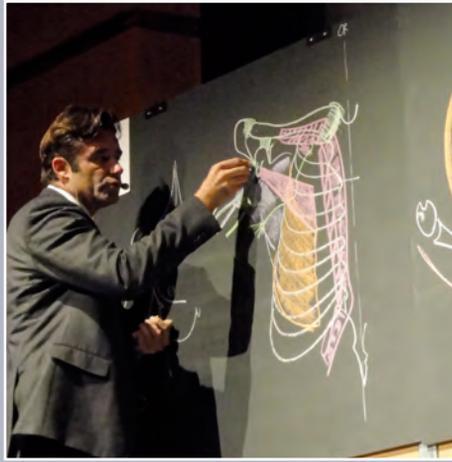


Je vous remercie pour  
l'agréable congrès tant pour  
l'accueil et la convivialité que  
pour le niveau scientifique  
des communications et des  
ateliers. (G.G)

P. Besson et J. Touati, 2 de mes com-



Prof Baque?



F. Besson, merci pour tout



Merci pour ce congrès qui a été génial. Vous êtes une belle petite équipe avec des gens extrêmement sympathiques. (J.C)

R. Vaswani, J. Lewis, K. Kerkour



Salle Rome



M. Touati, la pro des pauses



Les orateurs étaient de qualité et accessibles, les ateliers et cas cliniques très intéressants. Ce séminaire m'aura apporté beaucoup pour ma pratique quotidienne et c'était mon objectif principal. (M. L) (G.G)

T. Marc durant la pause



Session posters



F. Srouf

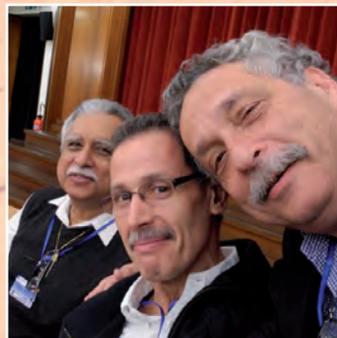


Prof Gerber



R. Vaswani, K. Kerkour, D. Goldman, un immense MERCI à vous 3 pour votre boulot et vos sourires

J. Lewis



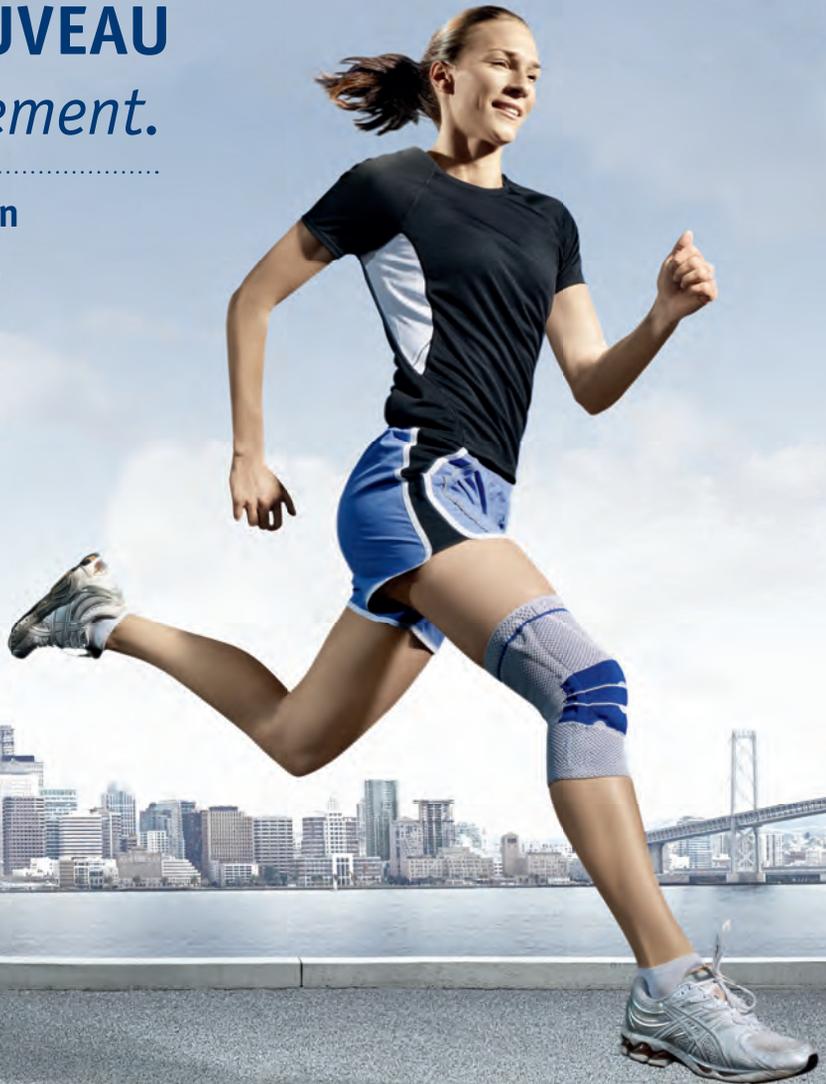
Y. Larequi et T. Marc



# GenuTrain® NOUVEAU

*Revivre en mouvement.*

Ω La nouvelle génération  
avec la pelote Oméga.



## Solutions de thérapie pour le genou:



**GenuTrain® P3**  
Pelottes spéciales pour une  
position optimale de la patella



**GenuTrain® S**  
Orthèse pour la  
stabilisation latérale



**SecuTec® Genu**  
Orthèse articulée légère pour  
des instabilités complexes



**SofTec® Genu**  
Orthèse proprioceptive pour  
des instabilités complexes

# SWISS DOLORCLAST® CLASSIC

**EMS**<sup>+</sup>  
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

LA RÉFÉRENCE DANS LE TRAITEMENT DES  
TENDINOPATHIES CHRONIQUES →



**DISTRIBUTION  
EN SUISSE ASSURÉE PAR:**  
MTR - HEALTH & SPA AG  
Sihleggstrasse 23  
CH - 8832 Wollerau  
Tel. +41 (0)44 787 70 80  
Fax +41 (0)44 787 70 81  
Internet: [www.mtr-ag.ch](http://www.mtr-ag.ch)

**"I FEEL  
GOOD"**

**EMS-SWISSQUALITY.COM**

# Des tensions



Interview  
Prof. Dr. M. Korte

## ...un pansement Phiten pour y remédier



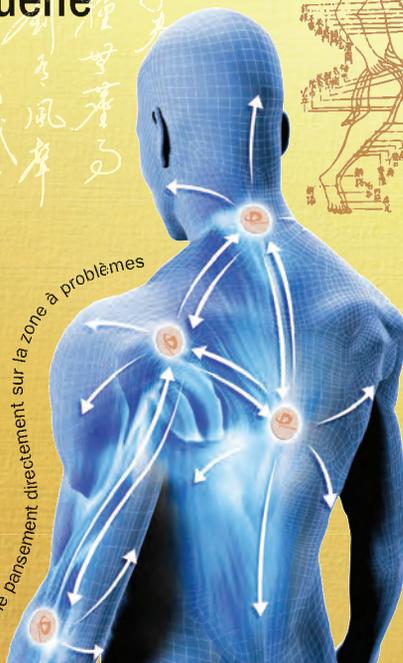
Pansements (70 pièces) seulement CHF 19.90  
N° d'art. XEPT7200 Code pharma 5378482

- exercent une action énergisante, apaisante et naturelle
- sans additifs chimiques
- activent les ressources naturelles du corps
- commercialisés avec succès depuis 30 ans en Asie et appréciés dans le monde entier
- également disponibles dans votre pharmacie/droguerie

### Art thérapeutique oriental et champ d'énergie physique

Dans la médecine orientale, un flux d'énergie équilibré joue un rôle majeur pour la santé. Si l'énergie circule librement, nous sommes en bonne santé, nous nous sentons bien et disposons de suffisamment de forces pour surmonter le quotidien. Les pansements, aide externe de base, peuvent être utilisés en cas de blocages énergétiques. Des picotements ou une sensation de chaleur agréable sont parfois des signes indiquant en quelques secondes que l'énergie recommence à circuler.

Placer le pansement directement sur la zone à problèmes



### Phild-Processing Technologie prometteuse

Le titane traité par Phild Processing est utilisé, dans les pansements, sous forme solide (carbonisation) ou liquide (aquatitane). Le titane traité agit de manière physico-énergétique sans additifs chimiques et entre ainsi en résonance avec le corps, ce qui peut favoriser le transfert des informations.

Le Phild Processing est une technologie brevetée par Phiten Ltd. Japon.

# La « dysfonction somatique vertébrale » ou « lésion manipulable » : revue des étiologies possibles

PAR MATHIEU SCHLACHET <sup>1</sup> ET REZA REDJEM-CHIBANE <sup>2</sup>

TEXTE RÉVISÉ PAR NOËL <sup>3</sup> MEI ET ISABELLE HÉLAINE <sup>4</sup>

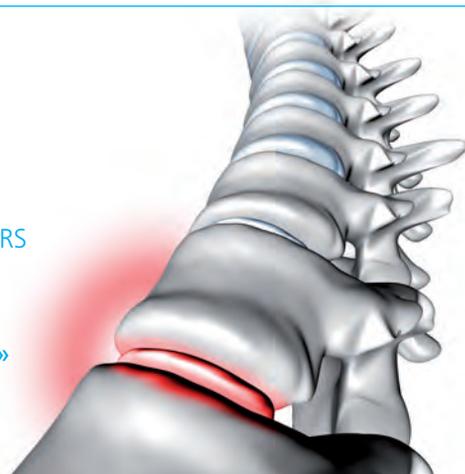
1 Ostéopathe DO et directeur du CFPCO

2 Rédacteur chef de l'ostéopathe Magazine

3 Docteur en neurophysiologie. Ancien directeur de recherche au CNRS

4 Ostéopathe DO

« Un reportage de L'ostéopathe magazine / [www.losteopathe.fr](http://www.losteopathe.fr) »



Gary Fryer est un ostéopathe australien, docteur à l'université Victoria de Melbourne où il est responsable du département d'ostéopathie. Il s'est particulièrement intéressé au concept de « dysfonction somatique vertébrale » ou « lésion ostéopathique », un sujet beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît et pour lequel nombre de questions demeurent irrésolues.

Gary Fryer a mené des recherches sur la dysfonction somatique vertébrale (DSV) à l'Andrew Taylor Still Research Institute de Kirksville aux États-Unis. Il a présenté ses résultats à Paris au cours d'une conférence organisée par le CFPCO (Centre de formation professionnelle continue en ostéopathie) en décembre dernier. Une conférence débutée par un rappel historique des travaux antérieurs portant sur la dysfonction somatique. En effet, depuis longtemps, les ostéopathes étudient cette entité clinique mais sa nature, voire son existence, demeurent floue. En 1981, l'Educational Council on Osteopathic Principles of the American Association of Colleges of Osteopathic Medicine a apporté la définition suivante de la dysfonction somatique : « *fonction défaillante ou altérée d'éléments inter-connectés du système somatique, c'est-à-dire des structures squelettiques, articulaires et myofasciales ainsi que les éléments vasculaires, lymphatiques et neurologiques liés* ». Par ailleurs, si l'on considère par exemple la dysfonction somatique vertébrale, sa dénomination varie selon les professions : dysfonction segmentaire, lésion ostéopathique, dysfonction intervertébrale, lésion intervertébrale, lésion rachidienne manipulable, blocage articulaire pour les médecins, subluxation pour les chiropracteurs. Si autant de professions ont besoin de nommer ce symptôme, son existence doit être bien réelle. Mais que caractérise-t-il exactement ?

## — DE NOMBREUX MÉCANISMES PHYSIOLOGIQUES MIS EN JEU —

Quatre critères, décrits par l'acronyme « **TART** », décrivent les signes cliniques qui permettent de définir la présence d'une dysfonction somatique :

- La modification de la texture tissulaire (**T**issue texture abnormality)
- L'asymétrie des repères anatomiques (**A**symetry)
- La diminution de la mobilité (**R**ange of motion change)
- La sensibilité ou la douleur (**T**enderness)

Pour caractériser cette dysfonction, il faut donc, à travers l'examen clinique et notamment la palpation, être capable de détecter la présence de ces signes.

Mais que palpe exactement l'ostéopathe ? Que se passe-t-il à l'endroit où sa main s'arrête lorsqu'il touche un dos ? Les recherches scientifiques portant entre autres sur la DSV montrent que différents mécanismes physiologiques sont mis en jeu. Il est ainsi possible d'identifier d'une part des altérations patho-anatomiques, mais aussi des changements fonctionnels purs (physiologiques) qui peuvent expliquer la nature de cette DSV. Plusieurs modèles explicatifs ont été élaborés. Ils restent plus ou moins valables au regard des connaissances scientifiques actuelles, notamment par rapport



aux progrès réalisés dans les neurosciences et grâce aux moyens d'investigations aujourd'hui beaucoup plus performants.

Le premier d'entre eux est le modèle neurologique. Il est, encore aujourd'hui, dominant dans le monde ostéopathique. Il regroupe la théorie du « segment facilité » d'Irvin Korr et le « modèle nociceptif » de Richard Van Burskirk. Sa modélisation a été initiée en 1941 par Denslow et Clough qui avaient mis en évidence, à l'aide d'électromyogrammes (EMG), des activités motrices réflexes spontanées locales au sein des muscles extenseurs spinaux au repos (Reflx Activity in the Spinal Extensors, Denslow et Clough, 1941, Journal of Neurophysiology). Ces observations les avaient conduits à relier cette hyperactivité musculaire à des modifications tissulaires cliniquement palpables. Dans l'histoire de l'ostéopathie, c'était la première fois qu'une méthode scientifique était utilisée pour déterminer à quoi correspondait cette anomalie segmentaire.

## — LE MODÈLE NEUROLOGIQUE D'IRVIN KORR —

Irvin Korr a pris la suite de ces travaux et a étudié les effets que pouvaient avoir des stimulations douloureuses sur l'activité sympathique cutanée (Effects on

Experimental Myofascial Insults on Cutaneous Patterns of Sympathetic Activity in Man, Irvin Korr et al, 1962, Journal of Neural Transmission Volume 23, Number 3, 329-355). Ses recherches suggéraient qu'un traumatisme, a fortiori s'il était associé à une douleur aiguë, induisait une hyperexcitabilité du système sympathique. Et le fait que les fibres sympathiques innervant les dermatomes soient les mêmes que celles qui innervent les viscères a permis de comprendre comment une DSV pouvait créer des dysfonctionnements au niveau viscéral. Cette diffusion horizontale des effets de la DSV a conduit Irvin Korr au concept de « segment facilité » et d'« hypersympathicotomie ». Cela a aussi amené à apporter une explication neurologique des signes cliniques liés à la DSV. Un traumatisme physique, une inflammation chronique viscérale, un mauvais mouvement entraînent un déluge d'afférences sensibles au niveau médullaire. Cette convergence d'afférences inhabituelles abaisse les seuils d'excitabilité du segment médullaire associé, alors maintenu dans un état d'hyperexcitabilité. Cet état, appelé facilitation segmentaire, amènera le segment médullaire en question à répondre de manière amplifiée aux afférences habituelles. Cette « hyper-réponse » se manifesterait au niveau des tissus innervés par une hyperactivité ou une hypoactivité, selon que ces neurones émetteurs facilités sont activateurs ou inhibiteurs. Ainsi, les effets physiopathologiques de la facilitation varient selon la diffusion de l'hyperexcitabilité :

Données cliniques de la DSV	Explications neurologiques à l'époque d'Irvin Korr	Explications neurologiques en 2012
Changements de texture tissulaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Causés par une contraction musculaire due à l'état de facilitation segmentaire</li> <li>- Hypersympathicotomie réactionnelle avec vasospasme artériel sur les tissus cibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non validés par les recherches scientifiques</li> <li>- Inflammation tissulaire locale (inflammation neurogénique de Van Burskirk)</li> </ul>
Asymétrie (posturale)	Causée par : <ul style="list-style-type: none"> <li>- contraction musculaire due à l'état de facilitation segmentaire</li> <li>- diminution de mobilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non validée par les recherches scientifiques</li> <li>- Abandon des lois de Fryette dans l'enseignement</li> </ul>
Diminution amplitude de mouvement	Causée par une contraction musculaire due à l'état de facilitation segmentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non validée par les recherches scientifiques</li> <li>- Modification du contrôle moteur : « mode douloureux » avec comportement de défense et hyper-réactivité musculaire</li> </ul>
Sensibilité	Facilitation de la corne postérieure de la moelle	Sensibilisation périphérique et centrale

Source : Mathieu Schlacbet

**Points communs et différences entre segment facilité et sensibilisation centrale**

POINTS COMMUNS	DIFFÉRENCES	
	SEGMENT FACILITÉ	SENSIBILISATION CENTRALE
Hyperexcitabilité des neurones de la corne postérieure	Explication de la dysfonction somatique	Physiopathologie de la douleur
	Fuseaux neuro-musculaires et afférences proprioceptives	Afférences nociceptives
	Accent sur la réponse motrice (alpha, gamma & Sympathique)	Met l'accent sur la nociception, très peu l'accent sur la réponse motrice
	Mécanismes neurophysiologiques hypothétiques	Mécanismes neurophysiologiques élucidés

Source : Gary Fryer © 2012 - Traduction : Isabelle Hélaïne

- Augmentation de l'activité musculaire à travers la corne antérieure de la moelle (motoneurone alpha et gamma)
- Augmentation de l'activité sympathique avec un effet délétère sur la fonction viscérale et la circulation artérielle (vaso-constriction) à travers la corne latérale de la moelle
- Amplification des informations transitant par les voies nociceptives, génératrices de douleur, à travers la corne postérieure de la moelle

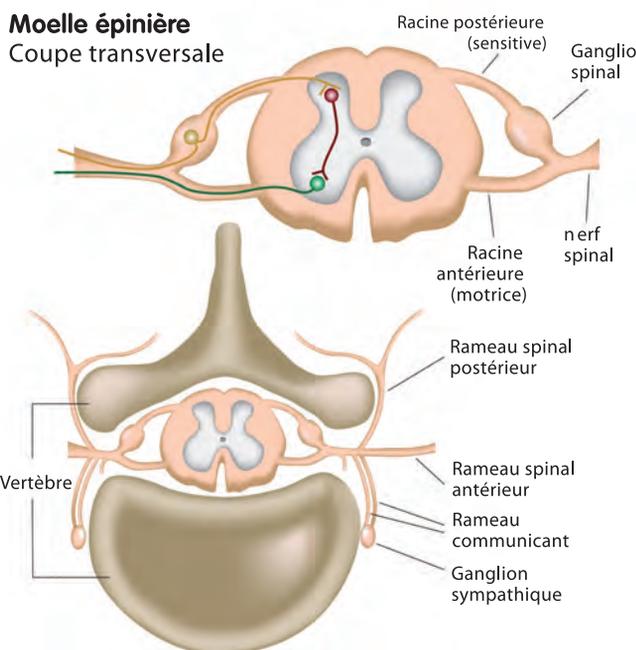
À l'époque, ce modèle pionnier était très satisfaisant pour expliquer les signes et symptômes retrouvés dans la pratique

clinique ostéopathe. En démontrant que les traumatismes myofasciaux entraînaient une altération des schémas d'activités segmentaires et métamériques du système nerveux central, Irvin Korr apportait une explication neurologique au concept de segment facilité et aux signes cliniques qui le constituent. Il a également permis de faire le lien entre des dysfonctions structurelles et viscérales.

— DE NOMBREUX BIAIS —

Bien que la majorité des livres d'ostéopathie reste toujours basée sur ces recherches, l'analyse de ces travaux à travers les données scientifiques récentes met en évidence de nombreux biais. La faible description des méthodes utilisées, l'imprécision des critères de résultats, l'insuffisance des données collectées, l'absence d'analyses statistiques, etc., auraient rendu irrecevables ces recherches qui mettaient davantage en évidence des variations individuelles plutôt que l'existence d'une facilitation. En outre, il n'y avait pas de recherches concluantes sur les effets des techniques ostéopathiques basées sur des mesures EMG ou de conductivité électrique cutanée (Facilitated Segments: a Critical Review, Ledermann, 2000, publication disponible sur [www.cpdo.net/res/page15](http://www.cpdo.net/res/page15)).

En 1990, Van Buskirk, dans la continuité des recherches sur le modèle neurologique de la DSV, a modifié le concept d'Irvin Korr et proposé un modèle « nociceptif » qui met l'accent sur le rôle de la douleur et des nocicepteurs (inflammation neurogénique) comme facteur causal et d'entretien de la dysfonction somatique (Van Buskirk R., Nociceptive Reflexes & Somatic Dysfunction: a Model. J Am Osteop Assoc., 1990; 9). En effet, de plus en plus d'éléments mettent en évidence une amplification de la réponse motrice tant en réponse aux afférences nociceptives qu'à des phénomènes de sensibilisation périphérique ou centrale (Renforcement des réflexes de retrait et activité persistante chez les animaux, Anderson & Winterson, You et al, 2004, revue). Cependant, très peu de recherches font le lien entre ce modèle de sensibilisation caractérisant la DSV et les données cliniques de la palpation.





Gary Fryer lors d'une mesure PEM



Gary Fryer lors d'une manipulation vertébrale

Aujourd'hui, les progrès réalisés en neurosciences sur les mécanismes de la douleur et la sensibilisation centrale, notamment au niveau des interactions entre système nerveux central et périphérique, ont permis d'aller plus loin dans la compréhension de la lésion ostéopathique. En 2007, Gary Fryer a participé, au sein de l'A.T. Still Research Institute, à un travail de recherche consistant à reconduire une étude montrant la présence d'une hyperactivité musculaire au niveau de la dysfonction somatique vertébrale (DSV). Un premier protocole visait à remesurer l'activité EMG (avec un matériel moderne) de muscles paravertébraux sur des sujets dont le segment vertébral présente des DSV et sur d'autres dont le segment rachidien est normal. La comparaison des résultats obtenus n'a pas révélé de différences d'activité musculaire. Un autre protocole basé sur les PEM (potentiels évoqués moteur) a été mis en place. Les PEM sont, sur une stimulation électromagnétique crânienne, non douloureuses, par le biais d'une bobine. Les PEM créent une dépolarisation dans le cortex moteur, générant un potentiel d'action qui sera enregistré à distance au niveau des membres. C'est un autre moyen pour mesurer le degré d'activité neuromusculaire. Les résultats montrent, qu'après manipulation vertébrale, il y a diminution de l'excitabilité au niveau des cellules du cortex moteur et une baisse plus importante de l'excitabilité au niveau médullaire. Ce qui suggère que la manipulation a entraîné une modification de la réponse motrice depuis les centres corticaux moteurs jusqu'aux effecteurs.

## — VERS UN CONCEPT DE SENSIBILISATION CENTRALE —

D'autres études sont en cours mais il ressort, de façon dominante et documentée, que la thérapie manuelle, au sens large du terme, a une influence sur le système nerveux à proprement parler. On s'éloigne ainsi de la théorie du segment facilité pour aller vers la notion de sensibilisation centrale (Evidence for a Central Component of Post-injury Pain Hypersensitivity. Woolf. Nature 1983; 306:686 –8). On retrouve aussi, dans la sensibilisation centrale, une hyperexcitabilité des neurones de la corne postérieure de la moelle, qui se traduit par une hyperalgésie (augmentation de la douleur) et par une allodynie (réponse douloureuse à des stimuli normaux). Ce concept de sensibilisation centrale constitue désormais l'un des concepts les plus importants de la physiologie de la douleur. Finalement, le segment facilité résulte d'une sensibilisation périphérique entraînant une sensibilisation centrale qui altérera la structure et la fonction des cellules de la corne postérieure de la moelle. Au niveau des synapses par exemple, certains canaux habituellement fermés se retrouvent ouverts, entraînant une augmentation des potentiels d'action (cascade physiologique). Le tableau (page 29) résume les différences et points communs entre les concepts de segment facilité et de sensibilisation centrale.

Il permet de réaliser à quel point Irvin Korr et John Denslow étaient précurseurs dans le domaine de la physiopathologie de la douleur et de l'ostéopathie.

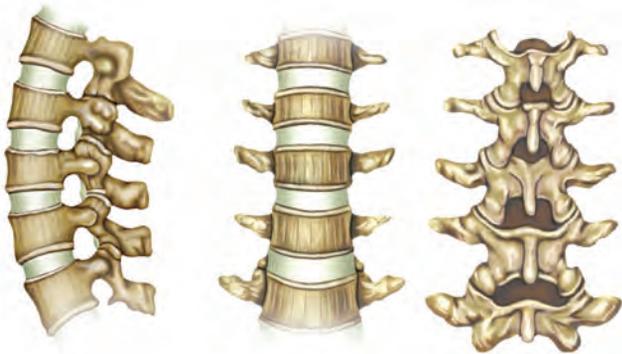
À la lumière des connaissances scientifiques récentes, on peut se demander comment les modèles neurologiques peuvent

expliquer les signes cliniques de la DSV? L'essentiel est de retenir que le critère de contraction musculaire réactionnelle à l'état de facilitation segmentaire n'a pas été validé par la recherche scientifique et ostéopathique.

D'autres hypothèses peuvent toutefois expliquer les signes cliniques de la dysfonction somatique et nourrir le débat. Gary Fryer les a explorées (blocage méniscale, facettes articulaires et disques intervertébraux) et a pu créer un modèle synthétique de la DSV, de ses signes et de ses mécanismes étiologiques.

### — LE BLOCAGE DES PSEUDO-MÉNISQUES ARTICULAIRES (FRANGE-MÉNISCALE) —

La littérature décrit la possibilité d'un piégeage des ménisques fibro-adipeux pouvant survenir au niveau des facettes articulaires. Les ménisques sont innervés comme les structures synoviales et leur incarceration ou exarcération peuvent créer, notamment au niveau lombaire, des blocages articulaires aigus. Ces structures sont fréquemment rencontrées au niveau lombaire, très rarement dans les régions thoraciques et cervicales. Cette hypothèse méniscoïde est, selon Nicolaï Bogduk (Clinical Anatomy of the Lumbar Spine and Sacrum, 4th Edition, Churchill Livingstone, 2005), plausible lors de blocages aigus, mais impossible à vérifier car la visualisation de ces structures est difficile.



### — L'ENTORSE DE L'ARTICULATION ZYGAPOPHYSAIRE ET LES DOULEURS RÉFÉRÉES —

Les facettes articulaires, au même titre que les autres articulations diarthrosiques, peuvent être sujettes aux traumatismes articulaires de type entorse, avec la cascade réactionnelle habituelle: étirement capsulaire, hémorragie, arrachement ostéo-chondraux éventuels, hydarthrose, augmentation de la pression liquidienne, etc. et limitation du mouvement articulaire. Dans les douleurs vertébrales aiguës, l'entorse facettaire est donc une cause plausible (Bogduk, 2005). Même s'il est probable qu'un processus inflammatoire soit impliqué. Ce dernier reste très difficile à mettre en évidence par l'imagerie médicale.

D'un autre côté, Gary Fryer souligne que son équipe a mené des recherches sur des patients atteints de cervicalgies

aiguës, déclenchées de façon spontanée au réveil. Les IRM démontrent avec surprise que les signes d'inflammation n'étaient pas présents. La conclusion est que soit il n'y avait pas d'inflammation, soit cette dernière était tellement réduite qu'indétectable à l'imagerie.

Les articulations zygapophysaires peuvent aussi générer des douleurs référées. L'articulation, une fois irritée ou enflammée, peut diffuser une douleur dans le territoire métamérique correspondant à la facette touchée. Les douleurs référées sont très fréquentes (Prevalence of Facet Joint in Chronic Pain of Cervical, Thoracic and Lumbar Regions, Laxmaiah Manchikanti and al., BMC Musculoskeletal Disorders 2004, 5:15 doi: 10.1186/1471-2474-5-15; texte en accès libre sur [www.bio-medcentral.com/1471-2474/5/15](http://www.bio-medcentral.com/1471-2474/5/15)).

### — LES ADHÉRENCES INTRA-ARTICULAIRES ET LES RACCOURCISSEMENTS CONJONCTIFS PÉRI-ARTICULAIRES —

Cette explication de la DSV est plausible dans les cas de douleurs chroniques et concerne des articulations qui auraient été soumises à des traumatismes répétitifs, seule source possible de fibrose intra-articulaire. Les états aigus ou les dysfonctions transitoires ne peuvent être expliqués par ce phénomène. Il n'existe à ce jour que des preuves chez le rat de laboratoire (Cramer et al. J Manipulative Physiol Ther 2010;33:508-518 - Siegmund et al [2009] The Anatomy and Bio-mechanics of Acute and Chronic Whiplash Injury. Traffic Injury Prevention, 10:101-112).

D'autre part, nombre d'auteurs, tels que James Cyriax, Robin McKenzie, etc., considèrent le disque intervertébral (DIV) comme l'une des causes principales de douleurs et de DSV. Pour Bogduk, la responsabilité du DIV dans les lombalgies est supérieure à 39%. Le DIV est innervé. Il peut donc être une source de douleur et sa dégénérescence affectera la mobilité du segment vertébral associé. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que les articulations ne présentant pas de DIV peuvent aussi être dysfonctionnelles et répondre aux manipulations (Bourdillon cite l'exemple des cervicales supérieures ou les sacro-iliaques).

Il existe de nombreuses autres théories qui essaient d'expliquer les causes de la DSV mais qui n'ont pas été validées par les protocoles de recherche actuels. On citera notamment la subluxation chiropractique, d'ailleurs largement abandonnée par la chiropraxie moderne. Il n'existe pas non plus d'étude qui corrobore la correction de ces déplacements articulaires par les manipulations.



## — LE MODÈLE DE GARY FRYER —

Toutefois, Gary Fryer va plus loin dans cette démarche et explique qu'à la lumière des connaissances actuelles, il ressort que la DSV n'est pas une entité clinique simple et aussi bien comprise que ce qui est décrit traditionnellement dans la littérature. Elle n'apparaît que par la convergence de différents facteurs et peut prendre différentes formes. Ces facteurs étiologiques sont reliés à l'histoire naturelle du patient (blessures, dégénérescence, facteurs anatomiques et fonctionnels, etc.) qui favorise le développement ultérieur de la DSV. Et la manipulation vertébrale n'est pas nécessairement l'outil de traitement le plus adapté dans la prise en charge de tous ces facteurs. Il a donc proposé en 2003 un schéma aussi complet que possible des causes et conséquences de la DSV (voir page ci-contre). Les schémas explicatifs de la DSV ci-après permettent de mettre en relation les données cliniques et celles de l'anamnèse. S'il est possible d'identifier les mécanismes sous-jacents aux signes cliniques retrouvés dans l'examen du patient, les ostéopathes pourront construire une stratégie thérapeutique plus appropriée aux besoins du patient et choisir avec beaucoup plus de justesse et de finesse les techniques correspondantes.



### — CAUSES POSSIBLES ET PLAUSIBLES DES SIGNES CLINIQUES ASSOCIÉS À LA DYSFONCTION SEGMENTAIRE VERTÉBRALE —

#### 1 - Restriction de mobilité

- Épanchement articulaire zygapophysaire (cas aigu)
- Excarcération méniscoïde (blocage aigu du rachis en flexion)
- Dysfonction du contrôle moteur: « mode douloureux » avec comportement de défense et hyperréactivité musculaire (touche plusieurs segments)
- Fibrose de la capsule zygapophysaire (cas chronique)
- Dégénérescence du disque intervertébral

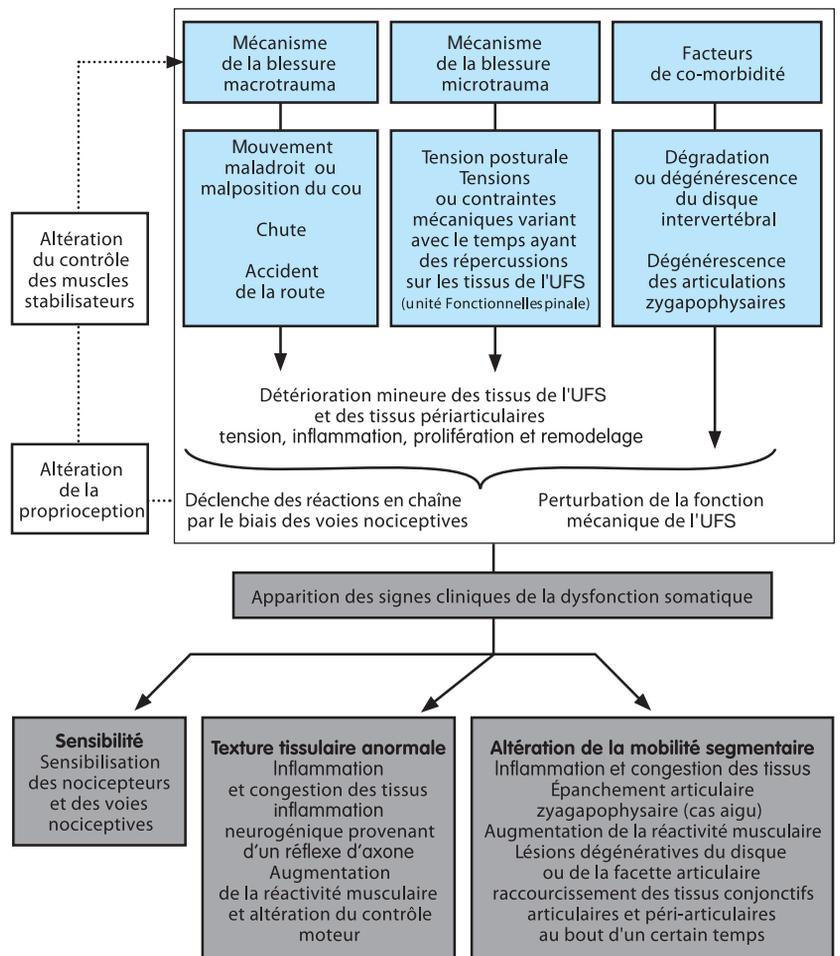
#### 2 - Modifications de la texture tissulaire

- Inflammation tissulaire péri-articulaire (irritation ou trauma articulaire)
- Inflammation neurogénique (activation des nocicepteurs)
- Réactivité musculaire comportementale (« mode douloureux »)
- Atrophie segmentaire des muscles para-vertébraux profonds

#### 3 - Sensibilité et douleurs

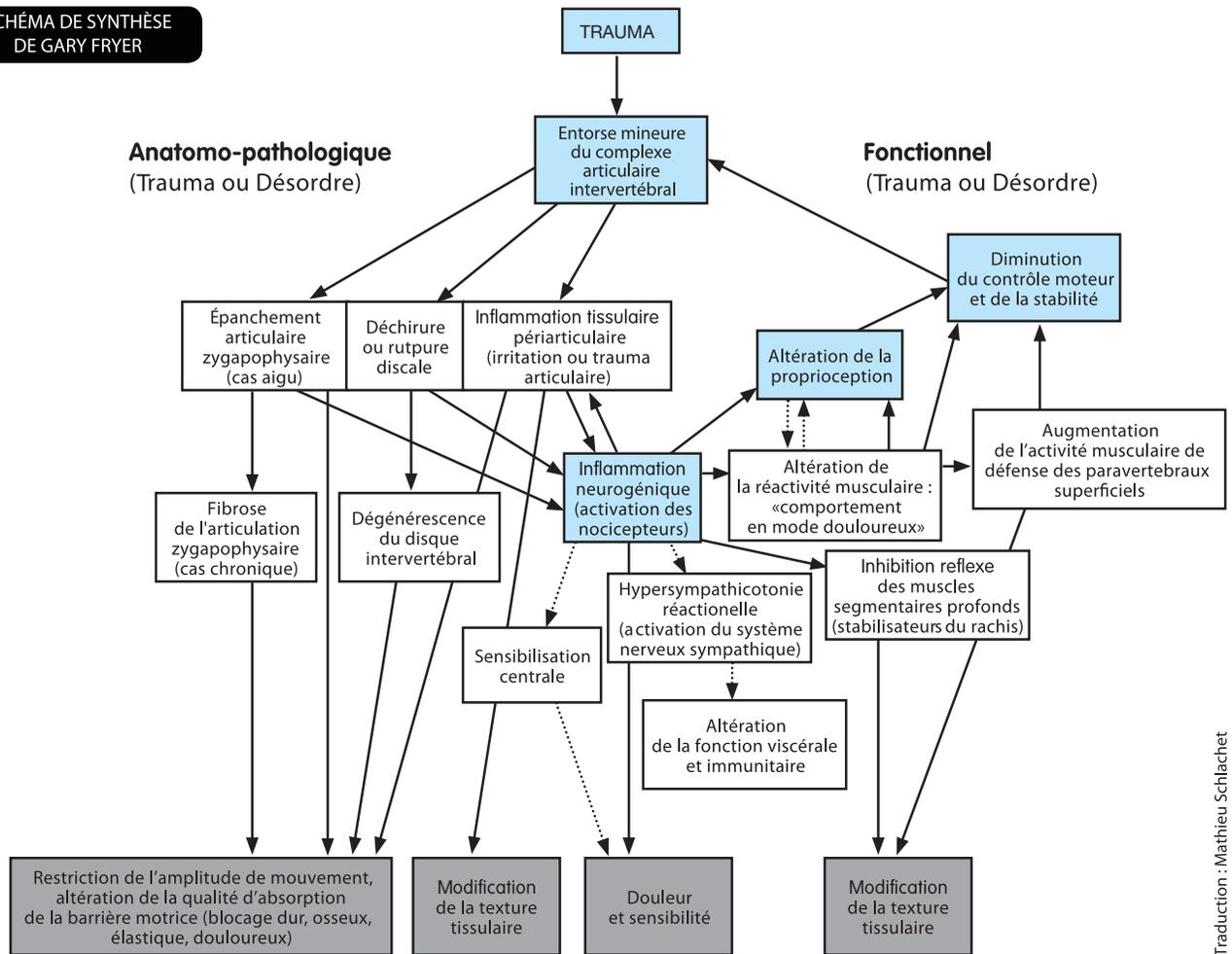
- Activation des nocicepteurs (liée à la lésion tissulaire) – Sensibilisation périphérique
- Modifications neuroplastiques de la corne postérieure de la moelle et des centres nerveux supérieurs – Sensibilisation centrale

### Synthèse des causes possibles de la dysfonction somatique (ou vertébrale)



Source : Fryer G & Fossum C, in therapeutic mechanisms underlying muscle energy approaches. in : Fernández-de-las-Peñas C, Arendt-Nielsen I, Gerwin R D (eds). tension-type and cervicogenic headache : pathophysiology, diagnosis and management. 2010 - Traduction : Mathieu Schlachet

**SCHÉMA DE SYNTHÈSE  
DE GARY FRYER**



Traduction : Mathieu Schlachet

**— EXPLICATION DU SCHÉMA DE SYNTHÈSE DE GARY FRYER —**

Point de départ: un trauma (mineur et/ou répétitif et/ou majeur) induit une perturbation du complexe vertébral (facettaire et/ou discale et/ou péri-articulaire) qui sera palpable cliniquement et activera les nocicepteurs. Si ces problèmes persistent, ils généreront à leur tour des modifications structurelles (fibroses, dégénérescence, etc.) et une réduction de l'amplitude de mouvement. Un faible pourcentage de patients pourra aussi développer une sensibilisation centrale qui créera des syndromes douloureux plus lourds.

L'activation des voies nociceptives :

- augmentera l'activité sympathique. Ce qui pourra altérer l'activité viscérale et la fonction immunitaire;
- aura un effet inhibiteur réflexe sur les muscles segmentaires profonds et facilitera le recrutement des muscles larges et superficiel. Cette modification de la réponse motrice peut aussi être objectivable à la palpation;
- entrera en compétition avec les voies proprioceptives, créant une altération potentielle de la proprioception.

Les capacités de contrôle et de stabilisation d'un segment articulaire ou d'une région donnée pourront donc être

altérées, les rendant plus vulnérables aux pathologies intercurrentes (complications ou affections survenant au cours d'une autre pathologie). C'est souvent ainsi que la boucle algique du patient s'auto-entretient.



**— CONTACT —**

L'Ostéopathe Magazine, Reza Redjem-Chibane,  
176 rue Saint-Maur, 75011 Paris,  
[reza.redjem@osteopathe.fr](mailto:reza.redjem@osteopathe.fr)

Avec l'aimable autorisation de reproduction de l'Ostéopathe Magazine.



LPG® présente  
**HUBER® MOTION LAB**



- › Utilisation avec ou sans coach
- › Feedback précis
- › Soins ludiques
- › Gain de temps
- › + de 400 exercices intégrés

### BIENTÔT DANS VOTRE CABINET....

Une **efficacité prouvée** pour tous types de **rééducation et prévention (ostéoporose, entorse, fracture, lombalgie...)** adapté à la plupart des **spécialités** (rhumatologie, traumatologie, neurologie, gériatrie...). Renforce les muscles profonds et superficiels, mobilise les articulations et corrige la posture.

Avec **HUBER® MOTION LAB**, offrez à vos patients une rééducation rapide et efficace, des soins ciblés, un suivi personnalisé de grande qualité.

Pour le découvrir, appelez dès maintenant au **041 760 9004** - Contact : [ostodis@me.com](mailto:ostodis@me.com)



[www.lpgsystems.ch](http://www.lpgsystems.ch)

# HerbaChaud®

L'emplâtre chauffant naturel



L'emplâtre chauffant HerbaChaud est 100% naturel à base de plantes actives et est auto-chauffant. Il est efficace jusqu'à 12 heures.

Aide pour:

- muscles tendus au niveau des épaules et de la nuque
- crampes
- douleurs rhumatismales
- maux de dos
- problèmes menstruels
- blessures du sport



[www.HerbaChaud.com](http://www.HerbaChaud.com)

**C'est ce que je vais essayer!**  
Contre remise de ce bon vous recevrez un échantillon gratuit dans votre pharmacie, droguerie ou chez votre physiothérapeute ou par poste à l'adresse suivante:  
China TCM Trading Sarl, «Mains Libres»  
CP 171, 8302 Kloten

**HerbaChaud®**  
L'emplâtre chauffant naturel

# Les lésions atlanto-occipitales traitées par les techniques de tenu-relâché (2<sup>e</sup> partie)

JEAN-CHARLES KLEIN

Kinésithérapeute ostéopathe (GB), Ottmarsheim (Département 68)

1<sup>ère</sup> partie de l'article republiée dans Mains Libres, numéro 6 2012 (avec l'aimable autorisation de Kinésithérapie Scientifique)

## — RÉSUMÉ —

L'auteur décrit dans un premier temps les données neurophysiologiques et les expérimentations concernant les étirements et les contractions isométriques. Il établit ensuite un protocole de traitement par tenu-relâché des lésions tissulaires ostéopathiques de la région atlanto-occipitale.

*Mots-Clefs:* Barrières et zones / Coordination / Étirement myofascial / Lésions occipitales / Protocole / Tenu-relâché / Traitement

*Key-words:* Barriers and zones / Coordination / Myofascial stretching / Occipital injuries / Protocol / Hold-release / Treatment

Les lésions occipitales ESR et FSR sont courantes et peuvent générer des symptômes extrêmement désagréables pour le patient, et ont tendance à se chroniciser lorsqu'elles sont négligées par les praticiens. Les techniques décrites assurent un étirement progressif des muscles longs et courts sous-occipitaux. Elles sont le plus souvent appelées tenu-relâché ou « contract-relax » (CR). Elles sont basées sur la neurophysiologie, la physiologie musculaire, et nécessitent une localisation précise du segment traité, ainsi qu'une bonne participation du patient.

## — LES PRINCIPES —

### ■ La neurophysiologie

**Le réflexe myotatique inverse ou réflexe d'inhibition autogénique** maintient l'intégrité musculaire et tendineuse lors de la contraction du même muscle. Il intervient lorsque le muscle atteint les limites mécaniques de l'articulation. Il inhibe également le muscle étiré.

Lorsqu'un muscle se contracte, les organes neurotendineux de Golgi envoient des messages afférents par l'intermédiaire d'un circuit disynaptique qui vont inhiber le motoneurone  $\alpha$  en relation avec le muscle contrôlé. Il s'agit d'un phénomène d'inhibition autogénique ou système de rétroaction négative (fig. 1, page suivante) <sup>[1]</sup>.

### ■ Les données musculaires actuelles

De nombreuses études, notamment scandinaves, ont été menées concernant les étirements statiques passifs.

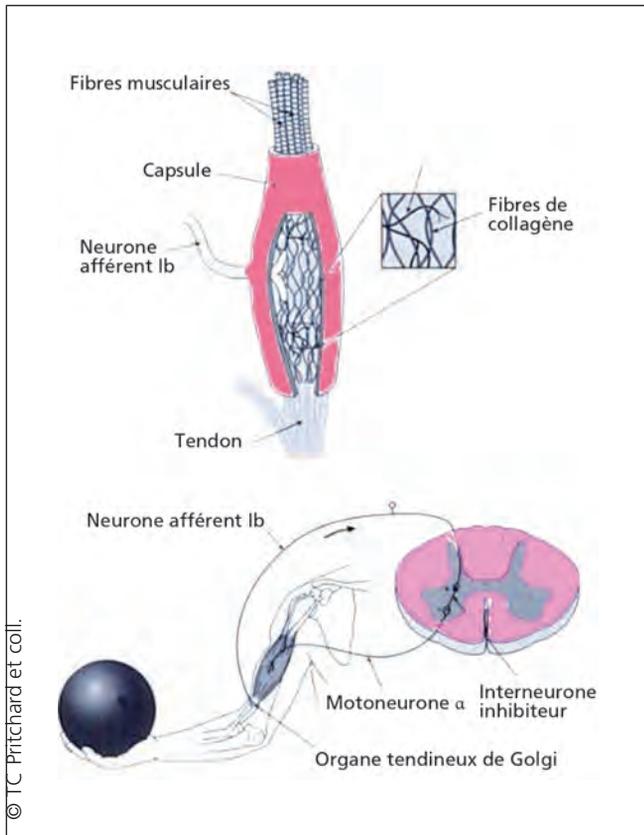
### ■ Durée et fréquence des étirements

Bandy et al. <sup>[2]</sup> démontrent, après une étude randomisée, qu'un étirement passif de 30 secondes une fois par jour suffit à diminuer le déficit d'extension du genou dû à une rétraction des muscles ischio-jambiers. À 15 secondes, le gain d'amplitude est divisé par trois.

Nelson et al. <sup>[3]</sup> mettent en relation la contraction isométrique individuelle (CII) et l'étirement musculaire par la méthode du tenu-relâché (TR) ou « contract-relax ». Trois durées sont expérimentées, à savoir 3, 6 et 10 secondes. Les deux derniers temps n'améliorent pas les résultats.

Lewitt et al. <sup>[4,5]</sup> ont expérimenté 251 groupes musculaires étirés préalablement avec un temps de contraction isométrique situé entre 7 et 10 secondes contre une résistance minimale.

Ces auteurs concluent que les douleurs myofasciales sont fortement soulagées et que cette méthode pourrait être utilisée en autotraitement et remplacer certains anesthésiques locaux.



© TC Pritchard et coll.

» » Figure 1 :

Structure microscopique et organisation des fibres de collagène et des dendrites des organes neurotendineux de Golgi.

Réflexe myotatique inverse :

Organisation du circuit disynaptique d'inhibition autogénique à partir des organes neurotendineux de Golgi.

D'après Pritchard TC et coll. <sup>[1]</sup>

Goodridge et al. <sup>[6]</sup> utilisent durant leur expérimentation un temps de contraction isométrique plutôt compris entre 3 et 5 secondes.

### ■ Répétition du nombre de contractions isométriques

Goodridge et al. <sup>[6]</sup> estiment qu'un nombre de trois répétitions est suffisant.

### ■ Intensité de la force de contraction isométrique individuelle (IFCII)

Pour Feland et al. <sup>[7]</sup>, une contraction isométrique individuelle à 20 % ou 60 % de la force maximale est aussi efficace qu'à 100 % pour assurer l'étirement des ischio-jambiers. La méthode utilisée était la « contract-relax » proprioceptive neuromuscular facilitation stretching (CRNPFS) très proche dans sa conception du tenu-relâché.

### ■ Étirement post-isométrique lors de la Muscle energy technique (MET)

Certains auteurs comme Smith et al. <sup>[8]</sup> ont comparé deux types de MET avec des étirements passifs post-isométrique respectivement de 3 et de 30 secondes. Il n'y avait pas de différence quant à l'augmentation de flexibilité musculaire. Le gain obtenu perdurait une semaine.

Burns et al. <sup>[9]</sup> ont utilisé la MET chez des sujets asymptomatiques présentant de fortes restrictions de la mobilité cervicale. Il y a eu une augmentation importante des amplitudes articulaires du rachis cervical de 4° à tous les niveaux dans les trois plans de l'espace.

### ■ Propriétés biomécaniques

→ Visco-élasticité

Magnusson et al. <sup>[10-13]</sup> sont arrivés à des conclusions intéressantes. Un seul stretch statique permettrait une relaxation visco-élastique musculaire de 30 %. Au bout d'une heure, la raideur musculaire réapparaît. Pour son équipe, les sujets raides ont une tolérance plus basse à l'étirement.

Durant les étirements passifs lents, avec extension du genou, l'activité réflexe EMG des ischio-jambiers est faible. Ils ont conclu que l'augmentation des amplitudes articulaires du genou est due à une meilleure tolérance à l'allongement musculaire <sup>[11]</sup>.

En 2010, ils arrivent à un consensus en arguant que l'augmentation de longueur musculaire est sans doute la conséquence de **modifications visco-élastiques et d'une meilleure tolérance du sujet aux étirements passifs**. La durée, le type de stretching et un programme de 3 à 8 semaines sont évoqués.

→ Thixotropie

Hagbarth et al. <sup>[14]</sup> développent la notion de thixotropie lors de leurs études sur les fibres musculaires des fléchisseurs des doigts.

C'est une notion utilisée en mécanique des fluides. Ces fluides se déstructurent sous contrainte et deviennent liquides, puis, au repos, se restructurent pour redevenir solides. Le ketchup est en ce sens un bon exemple.

### ■ Altérations biomécaniques

Taylor et al. <sup>[15]</sup> ont évalué les propriétés biomécaniques du muscle tibial antérieur et ont observé **que 4 étirements** provoqués de **petites altérations de l'unité muscle-tendon**. Ils se réfèrent à la notion de visco-élasticité plus qu'à la technique d'étirement.

Nelson et al. <sup>[3]</sup> aboutissent à une conclusion surprenante. Un stretch de 30 secondes une fois par jour à la limite de

la douleur tolérable inhibe la performance musculaire, et peut donc avoir un effet délétère.

### Procédure du tenu-relâché

- Durée de la CII entre 3 et 10 secondes
- Nombre de CII: 3
- IFCII à 20 ou 60 % de la force maximale
- Étirement post-isométrique: 3 secondes
- L'étirement doit être indolore

## — PRATIQUE —

### ■ Indications

Elles sont nombreuses et le praticien doit prendre en compte les différents symptômes et antécédents du patient.

L'encadré ci-contre résume les grandes indications.

### Les indications

- Perte de mobilité atlanto-occipitale (AO) posturale
- Perte de mobilité AO traumatique en dehors de la période aiguë et sans instabilité
- Arthrose de la jonction crânio-rachidienne
- Occipitalgie
- Tensions sous-occipitales (céphalées, migraines)
- Tension des muscles courts sous-occipitaux, en relation avec la posture et/ou l'oculomotricité
- Algies lors de l'extension crânio-rachidienne après whiplash injury

### ■ Notions de barrières et zones de restriction de mobilité

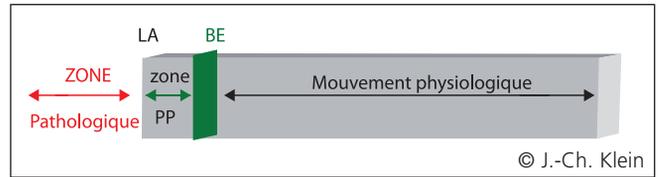
Le mouvement physiologique normal est limité par une barrière élastique qui délimite une **zone paraphysiologique** qu'il ne franchit pas <sup>[16]</sup>.

Dans les cas chroniques ou aigus, le mouvement physiologique est réduit et ne franchit pas **la barrière pathologique** du fait de la douleur que cela entraîne. Il est à noter que les techniques de « contract-relax » pénétreront, au fil des séances, **la zone de restriction de mobilité** au fur et à mesure des gains d'amplitude. Ces techniques ne dépasseront jamais **la barrière élastique**, contrairement au thrust ou à la manipulation qui la dépasseront, sans aller jusqu'à l'entorse ou à la luxation. En effet, si la limite anatomique est franchie, elle fait entrer le patient dans la zone pathologique (luxation, entorse, fracture).

Les figures 2 à 4 sont explicites.

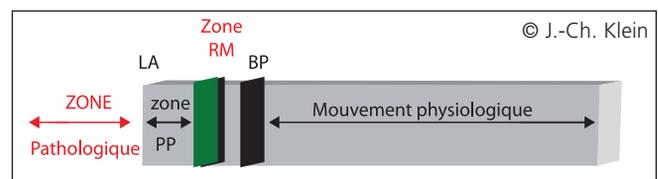
### Abréviations utilisées

- BE: barrière élastique
- LA: limite anatomique



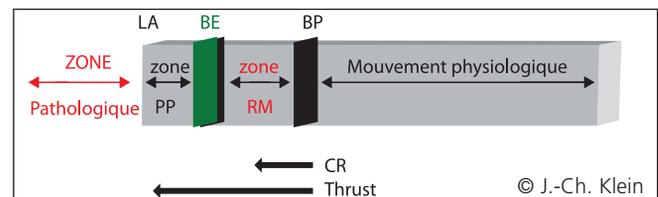
>> Figure 2:

Mouvement physiologique normal  
La zone paraphysiologique met en tension les éléments articulaires et musculo-tendineux  
La zone pathologique ne doit jamais être atteinte sous peine de luxation ou de fracture



>> Figure 3:

Mouvement anormal  
Le mouvement physiologique est amputé par une zone de restriction de mobilité, résultat de modification tissulaires (contractures, fibrose, hypertonie, modifications vasculaires), et / ou articulaires (ostéophytose, pincement ou hyperpression articulaire)



>> Figure 4:

Mouvement physiologique se normalisant  
La zone de restriction de mobilité se réduit et le mouvement se normalise au fil des séances

- PP: paraphysiologie
- BP: barrière pathologie
- RM: restriction de mobilité
- CR: « contract-relax »

Le traitement peut être, dans certains cas, mal conduit, et aboutir à un échec thérapeutique ou à une aggravation des symptômes. Il faut donc adapter un protocole particulier à chaque patient.

### Traitement mal conduit

- Mauvaise évaluation du patient (RX, antécédents, contextes psychologique et socioprofessionnel)
- Impatience du praticien ou du patient en face d'une chronicité ancienne ou d'un cas aigu
- Surtraitement

- Dépassement de la barrière pathologique trop rapidement
- Pénétration dans la zone paraphysiologique par un geste intempestif, en ignorant la zone de restriction de mobilité

## — CARACTÉRISTIQUES DU TENU-RELÂCHÉ OU « CONTRACT-RELAX » —

→ But

Il s'agit d'inhiber le groupe musculaire hypertonique qui maintient l'articulation en lésion. Le praticien recherche un **étirement progressif myofascial** dans les cas aigus ou chroniques. Il pénètre la barrière pathologique, au fil des séances en obtenant un gain d'amplitude articulaire grâce à l'étirement des zones hypoextensibles.

→ Procédure

Le confort du malade est primordial. **La localisation articulaire** doit être **très précise** et basée sur une **bonne coordination thérapeute-patient** et conditionnera l'efficacité de la contraction isométrique.

La différence avec une technique manipulative est qu'elle ne fait pas un «gapping» de l'articulation en étirant rapidement le muscle. L'hypertonie musculaire est souvent chronique (traumatisme ancien, désordre postural) et protège en quelque sorte l'articulation.

### Les étapes du traitement

- Recherche de la barrière pathologique dans le sens inverse de la lésion
- Durée des CII entre 3 et 10 secondes
- IFClI : 20 ou 60 % de la force maximale du patient
- Nombre de CII : 3
- Relaxation
- Étirement post-isométrique de relaxation de 3 s.
- Recherche de la nouvelle barrière pathologique
- Tester à nouveau
- Plusieurs répétitions nécessaires dans les cas chroniques
- Évaluer le patient à la séance suivante afin de définir les gains articulaires acquis

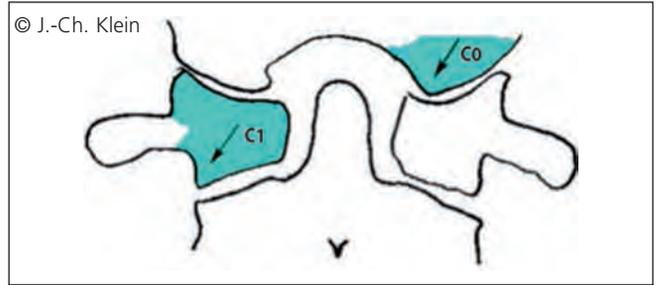
→ Limites

Le tenu-relâché, tel qu'il est présenté dans cette étude, n'a d'action, ni sur les instabilités et hypermobilités segmentaires d'origine arthrosique ni sur les hypotonies musculaires.

## — LE TRAITEMENT —

Le traitement consiste à rechercher la barrière pathologique dans un secteur indolore en inversant les paramètres lésionnels et en commençant par le mouvement majeur (flexion-extension).

Lorsque l'occiput est fixé en postériorité d'un côté, l'atlas se retrouve également en postériorité relative du côté



» » Figure 5 :  
Schéma contrant la postériorité de l'occiput, et celle relative de l'atlas du côté opposé



» » Figure 6 :  
Position de départ  
PM: décubitus dorsal  
PP: assis, épaule gauche contre la tête du patient, main droite sous l'occiput, pouce sur la zygomatique droite



» » Figure 7 :  
Mise en tension de l'occiput à la limite de la BP  
Correction dans la zone RM avec IPL en extension-latéro-flexion droite-rotation gauche de l'occiput  
Les mains droite et gauche travaillent en synergie  
L'épaule gauche sert à mettre l'os occipital en flexion arrière latérale droite

opposé. L'ajustement lésionnel portera d'abord sur l'occiput, puis sur l'atlas (fig. 5).

### Abréviations utilisées

- PP: position du praticien
- PM: position du malade
- Zone RM: zone de restriction de mobilité
- BP: barrière pathologique
- IPL: inversion des paramètres lésionnels
- FCII: force de contraction isométrique individuelle
- → Sens du vecteur de CII dans le sens lésionnel

## — EXEMPLE DE LÉSION ATLANTO-OCCIPI- TALE EN FSgRd (occiput postérieur droit) —

### ■ Ajustement de l'occiput en postériorité droite

La correction occipitale se fera extension-side bending droit-rotation gauche (fig. 6 et 7).

#### Étapes du traitement de l'occiput en lésion de FSdRg

- Recherche indolore de la mobilité dans les limites de la zone RM
- Inversion des paramètres lésionnels en extension side-bending droite-rotation gauche
- FCII dans le sens lésionnel de 20 ou 60 % de la force maximum:
  - en flexion (fig. 8)
  - side-bending gauche (fig. 9)
  - rotation droite (fig. 10)
- Nombre de CII: 3
- Relaxation
- Étirement post-isométrique de 3 secondes dans la nouvelle zone RM
- Recherche de la nouvelle zone RM en extension-latéro-flexion droite-rotation gauche
- Évaluer les gains articulaires acquis et déterminer le nombre de séances nécessaires selon les cas

### ■ Ajustement de l'atlas en postériorité relative gauche (fig. 11 à 13)



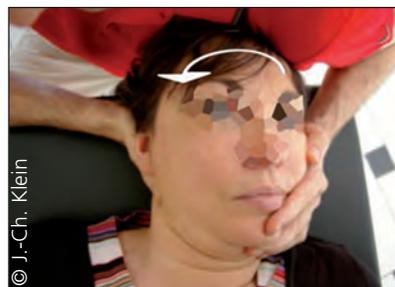
» » Figure 8:

Correction en extension du paramètre majeur  
FCII: sens de la flexion de tête en utilisant  
l'oculomotricité, yeux vers le bas  
IPL avec ajustement de l'occiput en extension  
dans la nouvelle zone RM



» » Figure 9:

Ajustement lésionnel du premier paramètre mineur  
FCII: latéro-fléchisseurs gauches,  
yeux vers la gauche  
L'épaule du praticien sert de butée au mouvement  
de latéro-flexion gauche occipitale



» » Figure 10:

Ajustement lésionnel du second paramètre mineur  
FCII: rotateurs droits de l'occiput,  
yeux vers la droite  
IPL avec correction dans la zone RM en rotation  
gauche de l'occiput



» » Figure 11:

Position de départ  
PM: décubitus dorsal  
PP: debout à droite du patient. La main à l'index  
sous l'occiput et le majeur sur l'atlas  
La main gauche stabilise la tête



»» Figure 12 :  
Localisation lésionnel du second paramètre mineur  
FCII: rotateurs droits de l'occiput,  
yeux vers la droite  
IPL avec correction dans la zone RM en rotation  
gauche de l'occiput



»» Figure 13 :  
Ajustement lésionnel en rotation droite de C1  
FCII: utilisation de l'oculomotricité gauche  
dans le sens de la rotation gauche  
(sens lésionnel de C1)  
IPL avec ajustement dans le sens de la dérotation  
droite après inhibition musculaire par une simple  
mise en tension

## CONCLUSION

Cette étude apporte des indications supplémentaires concernant le protocole du tenu-relâché ou « contract-relax ». La prise de conscience de la notion de barrière et de zone est également intéressante à connaître de façon à mettre en route un traitement indolore. Enfin, il existe une interaction lésionnelle entre l'occiput et l'atlas, ce qui nécessite que ces deux éléments soient traités l'un après l'autre.

## CONTACT

Klein Jean-Charles, 4 Rue de Huningue ,  
68100 Mulhouse  
France

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Pritchard TC, Alloway KD. Les bases neuro-anatomiques et neuro-physiologiques. Coll. Neurosciences médicales. De Boeck Université, 1999.
- [2] Bandy WD, Irion JM, Briggler M. The effect of time and frequency of static stretching on flexibility of the hamstring muscles. *Phys Ther* 1997;77(10):1090-6.
- [3] Nelson AG, Wichester JB, Kokkonen J. A single 30-s stretch is sufficient to inhibit maximal voluntary strength. *Res Q Exerc Sport* 2009 Jun;80(2):257-61.
- [4] Lewit K, Simons DG. Myofascial pain: relief by post-isometric relaxation. *Arch Phys Med Rehabil* 1984;65(8):425-6.
- [5] Lewit K. Chain reactions in the locomoter system in the light of coactivation patterns based on developmental nemology. *Journal of Orthopedic Medicine* 1999;21(2):52-8.
- [6] Goodridge J, Kuchera W. Muscle energy treatment technique. In: Ward R (ed) *Foundation of osteopathic medicine*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997: Chap. 4.

- [7] J Feland, Marin H. Effect of submaximal contraction intensity in contract-relax proprioceptive neuromuscular facilitation stretching. *Br J Sports Med* 2004 Aug;38(4):e18
- [8] Smith M, Freyer G. A comparison of two muscle energy techniques for increasing flexibility of the hamstring muscle group. *J Body Mov Ther* 2008 Oct;12(4):312-7.
- [9] Burns DK, Wells MR. Gross range of motion in the cervical spine: the effects of osteopathic muscle energy technique in asymptomatic subjects. *J Am Osteopath Assoc* 2006;106(3):137-42.
- [10] Magnusson SP, Simonsen EB, Aagaard P, Gleim GW, McHugh MP, Kjaer M. Viscoelastic response to repeated static stretching in the human hamstring muscle. *Scand J Med Sci Sports* 1995 Dec;5(6):342-7.
- [11] Magnusson SP, Simonsen EB, Aagaard P, Sorensen H, Kjaer M. A mechanism for altered flexibility in human skeletal muscle. *J Physiol* 1996;15;497(Pt 1):291-8.
- [12] Magnusson SP. Passive properties of human skeletal muscle during stretch maneuvers. A review. *Scand J Med Sci Sports* 1998 Apr;8(2): 65-77.
- [13] Magnusson SP, Weppeler CH. Increasing muscle extensibility: a matter of increasing length or modifying sensation? *Phys Ther* 2010;90(3): 438-49.
- [14] Hagbarth KE, Hägglund JV, Nordin M, Wallin EU. Thixotropic behaviour of human finger flexor muscles with accompanying changes in spindle and reflex responses to stretch. *J Physiol* 1985 Nov;368:323-42.
- [15] Taylor DC, Dalton JD Jr, Seaber AV, Garrett WE Jr. Viscoelastic properties of muscle-tendon units. The biomechanical effects of stretching. *Am J Sports Med* 1990 May-Jun;18(3):300-9.
- [16] Haussler KK. Chiropractic evaluation and management. *Veterinary Clinics Of North America: Equine practice* 1999;vol.15;numb.1:197.

« Avec l'aimable autorisation de reproduction de Kinésithérapie Scientifique. Toute référence à cet article sera mentionnée telle que : Klein J.-Ch. Les lésions atlanto-occipitales traitées par les techniques de tenu-relâché (2<sup>e</sup> partie). *Kinésithér Scient* 2012;532:19-25. Tous droits réservés. »



myotest **CARE**

Avec Myotest CARE vous disposez de tous les outils nécessaires pour la réalisation d'un bilan fonctionnel précis auprès de vos patients.

## Vous faites du mouvement la solution

**NOUVEAU**

Module Myotest **CARE**  
Bilan fonctionnel  
du Dos

- ✓ Mesurez et justifiez vos soins
- ✓ Augmentez vos revenus
- ✓ Changez les habitudes de votre clientèle
- ✓ Etendez votre activité vers de nouveaux clients
- ✓ Une technologie non invasive, simple et fiable

**SIMPLE  
PRATIQUE  
SÉCURISÉ**

Contactez nous  
pour une démonstration gratuite

+41 27 456 18 20  
pcs@myotest.com

[www.myotest.com](http://www.myotest.com)

**LA NOUVELLE  
GENERATION  
EST LA**

Rééducation périnéale

Ostéoarticulaire

Rhumatologie

Drainage et trophicité

## PHENIX USB Néo



Des outils  
pour vous  
faciliter la vie

L'assistant thérapeutique

La sélection des séances de stim ou  
de bfb

Le logiciel DAL

**L'ergonomie de la technologie sans fil**

**à la portée de tous**



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

[info@vistamed.ch](mailto:info@vistamed.ch)



# EUROPHYSEO

Simplicity and efficiency

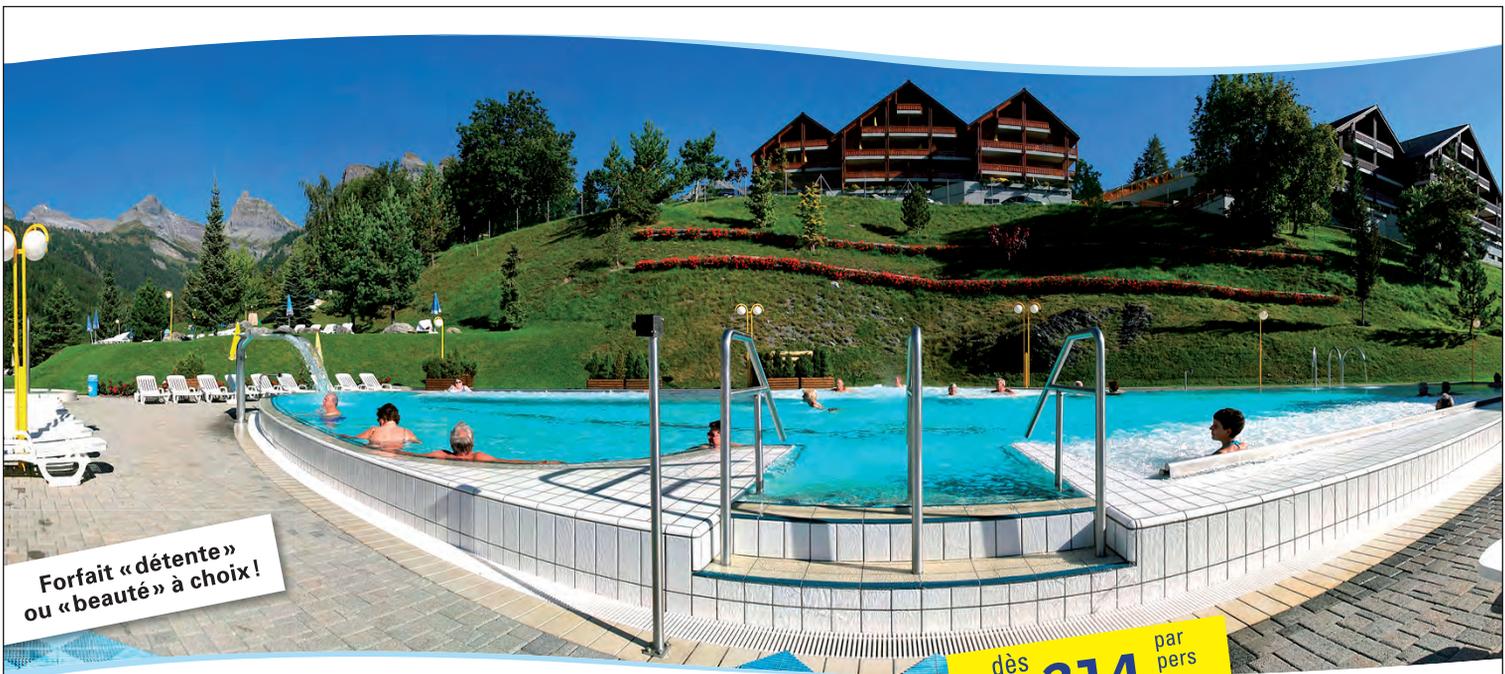


## SCAPULEO



[www.europhyseo.com](http://www.europhyseo.com)

17, rue Irénée Carré  
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES  
FRANCE  
Tél : +33 (0)324 52 68 15  
Fax: +33 (0)324 52 96 07  
Mail: [contact@europhyseo.com](mailto:contact@europhyseo.com)



Forfait « détente »  
ou « beauté » à choix!

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

## Break Wellness dans un cadre alpin superbe !

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

Valable de dimanche à jeudi.

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

★★★★  
RÉSIDENCE HÔTELIÈRE

CH-1911 Ovronnaz / Valais - Tél. 027 305 11 00 [info@thermalp.ch](mailto:info@thermalp.ch) - [www.thermalp.ch](http://www.thermalp.ch)

# Compex®

Au service de vos patients

Service de traitement  
à domicile

**021 695 23 60**

Lundi au vendredi

8h00 à 12h00 et 13h30 à 16h30

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



[www.cefarcompex.com](http://www.cefarcompex.com)



Solo  
Médical

**US 50 – ULTRASON DE TABLE**  
Performant, solide, simple et efficace

**1500 CHF ttc**



Modes continu et pulsé – Tête bi fréquences 1 et 3  
Mhz de 5 cm2 - Puissance 0 à 3 W/cm2 –  
Programmes préétablis - Programmes libres –  
Possibilité d'intervenir sur tous les paramètres

Garantie 2 ans sur l'appareil et la tête

Solo Médical Rhône-Alpes

Tél. : 00 33 6 12 08 63 76

Email : [michel@solomedical-ra.com](mailto:michel@solomedical-ra.com)  
Site Internet : [www.solomedical-ra.com](http://www.solomedical-ra.com)



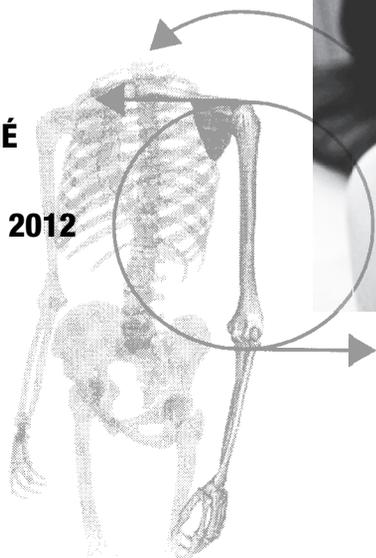
*Acquérir de nouvelles compétences en thérapie manuelle et rééducation par le mouvement*

*Intégrer dans son geste une dimension relationnelle et éducative*

*Développer une prise en charge globale du patient à travers les techniques d'accordage somato-psychique*

**CURSUS PROFESSIONNEL  
ET UNIVERSITAIRE  
DE FASCIATHÉRAPIE DESTINÉ  
AUX PHYSIOTHÉRAPEUTES**  
Nouveau cursus: novembre 2012

(inscriptions acceptées  
jusqu'au 15 janvier 2013)



**Inscriptions:**

École Suisse de fasciathérapie

Rue Jacques-Grosselin 23

1227 Carouge

022 301 30 85

[info@fasciatherapie.ch](mailto:info@fasciatherapie.ch)

[www.fasciatherapie.ch](http://www.fasciatherapie.ch)

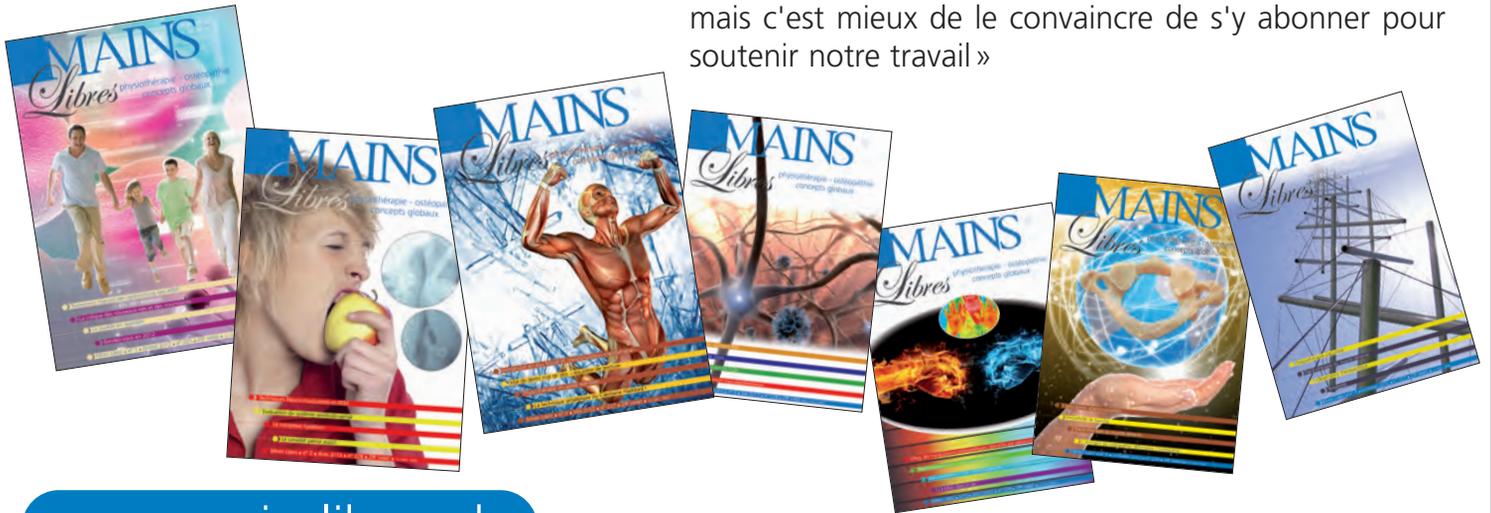
EDUQUA

# MAINS

## Libres

Physiothérapie - Ostéopathie - Concepts globaux

«C'est bien de transmettre ce numéro à un collègue mais c'est mieux de le convaincre de s'y abonner pour soutenir notre travail»



[www.mainslibres.ch](http://www.mainslibres.ch)

www.wvc.ch



Une nouvelle génération de nattes

# UPGRADE YOUR LIFE

**AIREX®**  
Professional exercise line

**Une nouvelle référence en matière de fonctionnalité et de confort**

- Une nouvelle formule pour une préservation de l'hygiène encore meilleure
- Une qualité qui rime avec durabilité
- Une nouvelle dimension : 200 cm de longueur
- De nouveaux coloris : existe maintenant dans les tons anthracite, terra et platine

Pour plus d'informations, veuillez consulter le site [www.airex-mats.com](http://www.airex-mats.com)





LU POUR VOUS



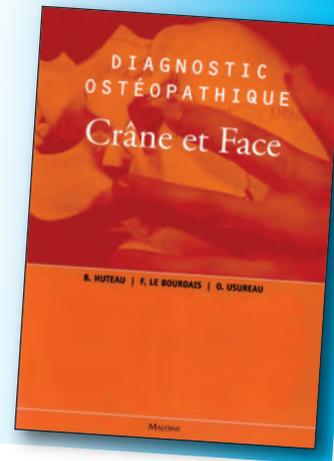
DIAGNOSTIC OSTÉOPATHIQUE, CRÂNE ET FACE

Bertrand HUTEAU (ostéopathe D.O.), Fabrice LE BOURDAIS (ostéopathe D.O.), Olivier USUREAU (ostéopathe D.O.)

Edition Maloine, 2011

207 pages

ISBN: 978-2-224-03241-8



Cet ouvrage est conçu pour être un support d'apprentissage pour l'étudiant en ostéopathie aussi bien qu'un accompagnement pédagogique pour l'enseignant et un manuel de référence pour le professionnel.

Son objectif est d'apporter les bases nécessaires à la construction d'un diagnostic ostéopathique de la sphère du crâne et de la face. En outre, il permet de concilier la dimension holistique du diagnostic ostéopathique et sa complexité intrinsèque en présentant:

- L'explication simple du concept ostéopathique
- Les rappels anatomophysiologiques
- Les dysfonctions ostéopathiques
- Le diagnostic ostéopathique approprié.

Dans un but pédagogique et pour une utilisation efficace de l'ouvrage les auteurs proposent:

- Des tableaux synthétiques à l'essentiel de la théorie
- Des dessins anatomiques adaptés à l'ostéopathie
- Des schémas récapitulatifs pertinents
- Des photos pour chaque test diagnostique.

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 payot.ch



# Prix de la session posters lors du 19<sup>e</sup> Symposium Romand de Physiothérapie, et 6<sup>e</sup> congrès de la Société Française de Rééducation de l'Epaule

## Meilleur poster physio 2012 – 1<sup>er</sup> prix Le test du « levers de chaise »

Introduction : Se déplacer de la position assise à la position debout est essentiel pour une mobilité verticale et une vie indépendante<sup>1</sup>. Csuka et Mc Carty<sup>2</sup> furent les premiers auteurs à décrire le test du « levers de chaise enchaînés » et son utilisation précise pour évaluer la force musculaire des membres inférieurs. Certains auteurs ont défini des normes minimales pour détecter les patients à risque de chutes ou possédant une diminution de capacité de force et d'équilibre.

Test	Filière énergétique	Norme minimale	Auteurs
5 Levers de chaise	Anaérobe-alactique	16,7 sec.	SVGO, 2010 <sup>3</sup>
10 Levers de chaise	Anaérobe alactique	27±1.2 sec.	Cilento et al. 2005 <sup>4</sup>
Nbre de levers pendant 30"	Anaérobe - lactique	8 passages	Agarwal & Kiely, 2006 <sup>5</sup>
Nbre de levers pendant 1'	Anaérobe-lactique	11 passages	Viel 2004 <sup>6</sup>

Ce test démontre une sensibilité au changement meilleure (Andersson et al. 2010 - score =0.75) par rapport à d'autres tests de mesure de performance à but similaire (montée d'escaliers 1 min. (0.72) – Teh & Aziz 2000 / Marche 15 mètres (0.64) – Lee et al. 2001 / Test P.I.L.E (0.59) – Mayer et al. 1990). Si ces tests évaluent des capacités de force, ils n'évaluent pas forcément les capacités de puissance. Objectif : Le but cette étude était d'évaluer par accélérométrie la force, la puissance musculaire moyenne et leurs évolutions lors de ce test et d'établir des normes de puissance et de force musculaire pour chaque décade d'âge auprès d'une population active Méthode : Etude transversale auprès de 596 sujets âgés de 17 à 64 ans. Passages assis-debout effectués à leur vitesse d'exécution maximale durant une minute. Mesures par accélérométrie (Myotest care®). Résultats :

âge	Hommes (n=282)		Femmes (n=314)	
	Puissance – moyenne : W/kg	Force-moyenne : Nm/kg	Puissance-moyenne : W / Kg	Force-moyenne : Nm/Kg
17-19	31.44(±10.27)	24.74(±3.08)	24,11±8,31	21,23±2,33
20-29	32.19(±10.10)	24.31(±2.74)	24,09±8,78	21,77±2,50,
30-39	32.83(±11.20)	24.03(±2.97)	24,31±9.05	22,18,±2,94
40-49	31.58(±12.52)	23.77(±3.50)	20,01±10,71	20,48±3,17
50-59	25.56(±10.23)	22.10(±2.97)	20,55±14,63	19,63±2,92
60-69	21.79(±8.55)	21.29(±2.50)	14,01±7,19	18,66±2,63

Conclusion : L'ensemble des normes issues de cette étude représente un outil de mesure simple, fiable, reproductible, sans investissement conséquent pour les physiothérapeutes. Ces normes permettent d'évaluer le niveau de force et de puissance musculaire des membres inférieurs.

- Lee, C. E., Simmonds, M. J., Novy, D. M., & Jones, S. (2001). Self-reports and clinician-measured physical function among patients with low back pain: A comparison. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 82(2), 227-231.
- Csuka, M., & McCarty, D. J. (1985). Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. The American Journal of Medicine, 78(1), 77-81.
- Der Schweizerischen Vereinigung gegen die Osteoporose(SVGO). (2010). Empfehlungen 2010 (Osteoporose - Prävention-Diagnostik-Behandlung) (p. 16)
- Cilento, M. de B. R., Da Nobrega, A. C. L., & Araujos, A. (2005). Evaluation of the efficacy of training protocols for the sit-to-stand activity in elderly women Fisioter. Bras;6(6):412-418.
- Agarwal, S., & Kiely, P. D. W. (2006). Two simple, reliable and valid tests of proximal muscle function, and their application to the management of idiopathic inflammatory myositis. Rheumatology, 45(7), 874 -879
- Viel, E. (2004). Mesurer et non accompagner. Kinésithérapie, les annales, no 32-33(Août-septembre), p. 15-36

**Hes-50 // WALK WALKS**  
Le test du « levers de chaise »

**Introduction**  
La fonction motrice est définie comme la performance sensori-motrice d'un individu qui inclut les activités de la vie quotidienne (AVQ) fondamentales et complexes. Par exemple, se déplacer de la position assise à la position debout est essentiel pour une mobilité verticale et une vie indépendante. Csuka et Mc Carty<sup>2</sup> furent les premiers auteurs à décrire le test du « levers de chaise enchaînés » et son utilisation précise pour évaluer la force musculaire des membres inférieurs.

**Objectifs** : évaluer par accélérométrie la force, la puissance musculaire moyenne et leurs évolutions lors de ce test et d'établir des normes de puissance et de force musculaire pour chaque décade d'âge auprès d'une population active.

**Méthode**  
Etude transversale auprès de 596 sujets âgés de 17 à 64 ans. Passages assis-debout effectués à leur vitesse d'exécution maximale durant une minute. Mesures par accélérométrie (Myotest care®).

**Résultats**

âge	Hommes (n=282)		Femmes (n=314)	
	Puissance – moyenne : W/kg	Force-moyenne : Nm/kg	Puissance-moyenne : W / Kg	Force-moyenne : Nm/Kg
17-19	31.44(±10.27)	24.74(±3.08)	24,11±8,31	21,23±2,33
20-29	32.19(±10.10)	24.31(±2.74)	24,09±8,78	21,77±2,50,
30-39	32.83(±11.20)	24.03(±2.97)	24,31±9.05	22,18,±2,94
40-49	31.58(±12.52)	23.77(±3.50)	20,01±10,71	20,48±3,17
50-59	25.56(±10.23)	22.10(±2.97)	20,55±14,63	19,63±2,92
60-69	21.79(±8.55)	21.29(±2.50)	14,01±7,19	18,66±2,63

**Conclusion**  
L'ensemble des normes issues de cette étude représente un outil de mesure simple, fiable, reproductible, sans investissement conséquent pour les physiothérapeutes. Ces normes permettent d'évaluer le niveau de force et de puissance musculaire des membres inférieurs.

Nicolas Mathieu  
Physiothérapeute – MSc en sciences du sport  
Chargé de cours HES SO (filière physiothérapie)



N. Mathieu, 1<sup>er</sup> prix poster (offert par la SFRE) avec G. Jungo (ML) et P. Libaude (SFRE)

# Meilleurs posters physio 2012 – 2<sup>e</sup> / 3<sup>e</sup> prix



L'hypnose :  
l'influence des  
représentations sur  
son acceptation  
dans les soins



Intérêt de la  
prévention de  
l'épaule  
douloureuse des  
musiciens



A. Grosjean, 2<sup>e</sup> poster  
avec G. Jungo



L. Puig, 3<sup>e</sup> poster  
avec G. Jungo

## 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



**BORT StabiloGen® Eco Sport**

**BORT TaloStabil® Eco Sport**

**orthoSan<sup>®</sup> AG**  
Medical Products

**Orthosan AG**  
Freiburgstrasse 634  
CH-3172 Niederwangen

Tel. 0848 800 333  
Fax 0848 800 334

[www.orthosan.ch](http://www.orthosan.ch)  
[info@orthosan.ch](mailto:info@orthosan.ch)

# netprogress

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

...conçu pour et réalisé par des physiothérapeutes

## PhyGest

*logiciel de gestion de cabinet multi-thérapies*

10 ch de la pépinière 1213 Pt-Lancy

078 601 41 95

[www.netprogress.ch](http://www.netprogress.ch)

## « Les AVC en augmentation chez les plus jeunes »\*

LAURENT FRICHET / (15 octobre 2012)

Anne Prigent observe dans Le Figaro que « l'attaque cérébrale n'est plus l'apanage de la vieillesse : elle concerne de plus en plus de jeunes. C'est le constat alarmant d'une large étude américaine publiée le 10 octobre dans la revue *Neurology* ». La journaliste note qu'« en 10 ans, la proportion d'accidents vasculaires cérébraux dans la population du Kentucky (États-Unis) est ainsi passée de 12,9 à 18,6% chez les 20-54 ans; dans le même temps, l'âge moyen des AVC a légèrement rajeuni, passant de 71,2 à 69,2 ans ». Le Pr Mathieu Zuber, neurologue à l'hôpital Saint-Joseph (Paris), précise qu'« une part de cette hausse est sans aucun doute liée à une meilleure détection des AVC grâce à la généralisation de l'IRM, même si cela ne peut être la seule explication ». Anne Prigent ajoute que « l'incidence croissante n'est pas due aux AVC hémorragiques, plus fréquents dans cette tranche d'âge, mais à la hausse significative des accidents coronariens, habituellement rencontrés chez les plus âgés. C'est pourquoi, sans mettre clairement en évidence les causes de cet accroissement des AVC, les auteurs de l'étude pointent du doigt le boom des facteurs de risque cardio-vasculaires chez les plus jeunes, en premier lieu le diabète et l'obésité ». « La consommation de drogues est également évoquée. En effet en 2005, un peu plus de 20% des patients âgés de 20-54 ans ayant

eu un AVC pour la première fois consommaient de la drogue, par rapport à 2,2% chez les plus de 55 ans », poursuit la journaliste. Le Pr France Woimant, neurologue à l'hôpital Lariboisière (Paris), observe pour sa part que « cette étude est vraiment inquiétante car elle confirme les données publiées en mars dernier pour la France qui montrent que le taux d'AVC augmente chez les moins de 65 ans alors qu'il diminue chez les plus de 65 ans. Nous étions arrivés aux mêmes conclusions que celles de l'étude américaine en incriminant l'augmentation de l'obésité et du diabète mais aussi en posant la question des drogues illicites. [...] Si ces chiffres se confirment, cela signifie une augmentation du nombre de jeunes dépendants ». Anne Prigent relève que « pour éviter d'en arriver là, une seule solution : maîtriser les facteurs de risques. Les spécialistes mettent particulièrement en garde les femmes jeunes », le Pr Zuber précisant que « la combinaison migraine, tabac et pilule est explosive pour le cerveau ». La journaliste observe enfin qu'« à quelques jours de la Journée mondiale de lutte contre les AVC, le président de la Société française neurovasculaire, le Pr Thierry Moulin, rappelle que l'hypertension artérielle demeure le principal facteur de risque maîtrisable. Réduire de deux points sa pression artérielle, c'est diminuer de 40% son risque d'AVC ».

## « Parkinson : 15 patients traités par thérapie génique »\*

WWW.MEDISCOOP.NET / Laurent Frichet / (30 octobre 2012) / Le Figaro

Martine Perez indique en effet dans Le Figaro que « 15 malades atteints d'une forme avancée de la maladie de Parkinson ont été traités en France et [au Royaume-Uni] par une thérapie génique, grâce aux recherches menées par l'équipe de Stéphane Palfi, professeur en neurochirurgie de l'hôpital Henri-Mondor à Créteil et chercheur CEA/Inserm ». La journaliste note que « les résultats préliminaires de ce traitement ont été présentés hier à Paris, lors du 20<sup>e</sup> congrès européen de thérapie génique et cellulaire qui vient de se terminer. [...] Les premiers éléments divulgués dans les grandes lignes, mais pas dans les détails, ouvrent de nouvelles perspectives pour l'avenir », mais précise que « selon le Pr Palfi, si l'innocuité est confirmée à long terme, ainsi que les résultats favorables, une telle technique ne sera pas disponible en routine de toute façon avant 8 ou 10 ans pour les patients ». Martine Perez rappelle que « le traitement de référence, la L Dopa, [...] permet de stimuler la production de la dopamine. Mais après une période dite « lune de miel », la L Dopa présente l'inconvénient majeur d'induire des mouvements anormaux (dyskinésies) tout aussi gênants que la maladie et qui seraient liés à une stimulation irrégulière de la dopamine. Stéphane Palfi et son équipe ont donc décidé de tester l'implantation de gènes dans le cerveau, qui permettraient d'avoir une sécrétion continue et locale de la dopamine ».

La journaliste relève que « les malades ont bénéficié d'une seule injection sous anesthésie générale, au niveau du striatum (une zone du cerveau impliquée dans la maladie), d'un lentivirus (totalement inoffensif) dans lequel trois gènes codant pour des enzymes indispensables à la sécrétion de dopamine ont été insérés ».

Le Pr Palfi observe : « Nous pouvons dire que ce traitement a été bien toléré. Sur le plan thérapeutique, nos résultats chez l'homme sont très encourageants, notamment avec la dose plus élevée. Mais le temps de la recherche n'est pas celui des médias. Nous devons progresser, arrêter, réfléchir, il s'agit d'une recherche thérapeutique de longue haleine ».

Martine Perez note ainsi qu'« un nouvel essai de phase 2 devrait être lancé bientôt sur un nombre plus élevé de malades. Il faudra attendre la validation de la stratégie par d'autres essais cliniques, avant que cette recherche devienne une vraie thérapie dans le monde réel ». La journaliste revient sur une étude réalisée par la même équipe en 2009 sur des macaques, « déjà très encourageante. Après un délai de 4 à 6 semaines, les animaux traités ont eu une amélioration de 80% de leur motricité, mesurée objectivement. Ce résultat est resté stable pendant les 12 mois de l'expérience. [...] De plus, la thérapie génique n'a pas entraîné de mouvements anormaux, ni d'ailleurs d'autres effets secondaires ».

# L'équilibre avant tout

Orthèses

Prothèses

Ortholaser CFAO

Chaussures orthopédiques

Compression

Fauteuils roulants

20  
ANS



Daniel Robert  
ORTHOPÉDIE SA

Orthopédie et solutions de réadaptation

[www.orthopedie-robert.ch](http://www.orthopedie-robert.ch)

NYON Route de Divonne 46 - T. 022 365 52 60 | GENÈVE Liotard 5bis - T. 022 340 45 45



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](mailto:info@cibsa.ch) • [www.cibsa.ch](http://www.cibsa.ch)

# 10 QUESTIONS OUVERTES A MES COLLÈGUES

Par YVES LAREQUI

Physiothérapeute-Ostéopathe (Lausanne)

Cher(ère) Collègue,

Je viens de tomber par hasard sur une «**Quick-Info du 31.10.2012**» de physioswiss concernant le questionnaire de l'ASPI envoyé à 4000 collègues en Suisse (afin de déterminer les besoins et coûts d'un cabinet de physiothérapie modèle en vue d'une nouvelle convention tarifaire)...

Rassurez-vous, je ne me suis pas fait mal.

Cette quick-info m'a été transmise par une patiente, collègue-physiothérapeute, membre de physioswiss (cocasse, non ?).

Par contre, le misérabilisme intellectuel de cette missive m'a fait, lui, tomber...les chaussettes.

Petit rappel des FAITS pour commencer :

- **physioswiss** n'est plus signataire de la convention tarifaire à la suite de ses négociations calamiteuses avec santésuisse et tarifsuisse l'année dernière (voir d'autres prises de position de ma part sur ce sujet dans de précédentes éditions de Mains Libres d'une part, et toute la littérature des deux associations sur ce sujet en 2011, d'autre part).
- **L'ASPI** est actuellement le seul interlocuteur par défaut de santé/tarifsuisse pour négocier une nouvelle convention en Suisse.

Revenons sur cette missive du 31 octobre dernier :

- physioswiss mentionne qu'elle a investi beaucoup de temps (et certainement d'argent) afin de collecter des données exhaustives et de déterminer les besoins et coûts d'un «cabinet de physiothérapie modèle» en vue d'une augmentation de la valeur du point tarifaire. Bravo, cette initiative était importante et nécessaire! Et, Cher(ère)Collègue, environ 350 d'entre vous avez joué le jeu en bons petits soldats en répondant au questionnaire de physioswiss et je vous en félicite (vraiment, ce n'est pas un sarcasme!).
- A la suite de ce travail effectué par la Fachhochschule Nordwestschweiz, physioswiss a tenté de prendre langue avec tarifsuisse en vue d'une établir nouvelle convention avec comme condition préalable à la négociation, une augmentation, légitime, de la valeur du point de 20 %; il s'en est suivi la catabouille de l'été 2011.

**Première question ouverte:** En tant que demandeur, comment, lors d'une négociation de cette importance, physioswiss a-t-elle pu exiger un avantage préalable de cet ordre avant de négocier????

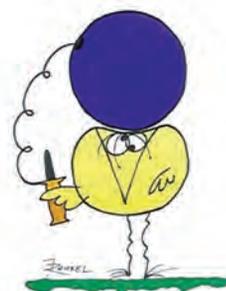
Bêtise, incompétence ou géniale stratégie????

Pour cette raison et pour cette seule raison, physioswiss a perdu la main dans les négociations avec les caisses. tarifsuisse s'est ensuite retourné vers l'ASPI pour continuer une négociation abandonnée par physioswiss.

**Deuxième question ouverte:** Pourquoi tarifsuisse s'est retourné vers l'ASPI pour continuer (ou entamer) des négociations????

Les négociations avec physioswiss étaient rompues, la situation en cours convenait pourtant relativement bien aux caisses. Les tarifs n'augmentaient pas, et la situation pouvait perdurer des âges de cette manière. Alors pourquoi...?

Les devises Shadok



EN ESSAYANT CONTINUELLEMENT ON FINIT PAR RÉUSSIR. DONC: PLUS GA RATE PLUS ON A DE CHANCES QUE ÇA MARCHE.

- L'ASPI, pour continuer ou reprendre les négociations abandonnées par physioswiss, a dû refaire le même chemin que sa «grande sœur», soit une nouvelle collecte de données afin de déterminer les besoins et coûts d'un cabinet de physiothérapie modèle (ce qui est une exigence légale : OAMal, art. 59c).

**Troisième question ouverte:** Mais alors pourquoi, si le travail avait déjà été effectué par la Fachhochschule Nordwestschweiz mandatée par physioswiss, fallait-il refaire ce travail, certainement bien fait ???

Simplement, parce que dans la guéguerre de pouvoir qui anime les 2 associations depuis des lustres, physioswiss n'a EVIDEMMENT pas voulu transmettre ses données ni à tarifsuisse ni à l'ASPI.

Et re-belote, on refait le même travail. Faire et défaire...c'est aussi du travail et, dans ce cas, ce sont toujours les mêmes couillons qui paient (des deux côtés)!

**Quatrième question ouverte:** Pourquoi l'ASPI a-t-elle accepté la sollicitation de tarifsuisse de reprendre des négociations????

- Parce que la situation était bloquée et qu'il n'y avait plus d'issue à une éventuelle réévaluation de la valeur du point. Parce que, après 15 ans notre convention devenait peut-être obsolète et n'était plus adaptée à l'évolution de notre profession. Ce que physioswiss avait d'ailleurs bien compris aussi puisqu'elle s'apprêtait à négocier une nouvelle nomenclature avec tarifsuisse. A cet égard, il est étonnant de constater que les démarches des deux associations ne sont pas aussi éloignées qu'on veut vous le faire croire.

Mais revenons à notre (ou votre) «quick- info» et là on peut lire que physioswiss vous invite à ne pas répondre au questionnaire de l'ASPI.

**Cinquième question ouverte:** Pourquoi physioswiss qui mentionne plus loin dans cette lettre d'information: «physioswiss considère cette tentative de lancer une nouvelle collecte de données comme inutile et non avenue, puisqu'on sait déjà que la position initiale de tarifsuisse ne changera pas», vous demande-t-elle de ne pas répondre à ce questionnaire qui, pourtant va exactement dans la même direction que celle empruntée par physioswiss ?????

- Bêtise, arrogance, jalousie, géniale stratégie ????? – Qui sait ?
- Evidemment, la position de tarifsuisse ne pourra pas changer pas vis-à-vis d'un partenaire, physioswiss, qui a quitté la table des négociations. Alors, conflit de pouvoir, de personnes, de concept ? – Bref, dans tous les cas, un combat de «coqs» !

La quick-info du 31.10.2012 présente ensuite la **stratégie** de physioswiss en vue d'une réévaluation de la valeur du point.

Que nous disent-ils, ces braves gens ? – Que, n'étant plus partenaire de négociations de tarifsuisse, physioswiss a introduit une demande de réévaluation de la valeur du point auprès du Conseil d'Etat de tous



les cantons suisses. Bravo, il vaut toujours mieux essayer d'atteindre un objectif en passant par plusieurs chemins.

Mieux; que cette stratégie a déjà porté ses fruits, puisque le canton de Bâle-Ville a augmenté la valeur du point de 5 centimes et que nos collègues de Bâle-Ville « facturent leurs prestations en incluant cette augmentation depuis le 01.07.2012 ». Fantastique ! Voilà une bonne stratégie.

Ce que ne vous dit pas physioswiss, Cher(ère)Collègue, et là c'est vraiment grave, c'est que cette décision du Conseil d'Etat de Bâle-Ville est attaquée d'un recours des caisses maladie auprès du Tribunal Fédéral Administratif. Vos éminences grises ont oublié aussi de vous dire que le résultat de ce recours prendra entre 18 et 24 mois. Elles ont oublié aussi de vous rappeler que lors d'une précédente négociation il y a quelques années, nos collègues fribourgeois, confrontés à la même situation, avaient dû rembourser aux caisses des sommes considérables à la suite de la décision du Conseil Fédéral qui avait donné raison aux caisses. Certains physiothérapeutes fribourgeois se sont même trouvés au bord de la faillite !

Elles ont oublié, ces éminences, de vous informer que dans tous les cantons dans lesquels des demandes de revalorisation du point ont été formulées, tout est au point mort, car tous les Conseils d'Etat savent bien, eux, que quelque soit la décision qu'ils prendront, il y aura recours de l'une ou l'autre des parties au Tribunal Fédéral Administratif. Alors pourquoi travailler et prendre une position qui sera de toute façon attaquée ?

**Sixième question ouverte:** Pourquoi physioswiss a-t-il engagé ce type de négociation en sachant pertinemment que chaque décision de chaque Conseil d'Etat de chaque canton serait attaquée d'un recours auprès du Tribunal Fédéral Administratif (soit des caisses, soit des associations cantonales de physiothérapie, soit des deux)????

– Amnésie, bêtise, incompetence, solution désespérée ou géniale stratégie ?

**Septième question ouverte:** Pourquoi les dirigeants de physioswiss ont-ils cette attitude qui vous conduit, Cher(ère)Collègue, droit dans le mur????

– Je n'ai pas de réponse à vous proposer. Je pense sincèrement que physioswiss essaie de vous soutenir, mais à nouveau, soit leur bêtise, soit leur incompetence, soit leur géniale stratégie les pousse à vous emmener dans une direction incompréhensible (en tous cas pour moi).

**Huitième question ouverte:** Pourquoi l'ASPI s'entête-t-elle à faire cavalier seul, à défier physioswiss???

Je n'ai pas de réponse à vous proposer non plus; mais ce dont je suis sûr c'est que ce n'est pas pour vous porter préjudice. Au contraire, ces gens sont d'abord des praticiens indépendants et conscients des problèmes de tous les jours sur le terrain. Je suis persuadé que leurs conditions de travail (qui ne doivent probablement pas être différentes des vôtres) sont leurs principales préoccupations.

**Neuvième question ouverte:** Pourquoi, si les objectifs des deux associations sont-ils si proches n'arrivent-ils pas à s'entendre et à collaborer????

– Le pouvoir, l'argent et le cul mène le monde, doit-on. Pourquoi en serait-il autrement dans le monde de la physiothérapie ? – Sincèrement, je pense que l'argent est un moteur non négligeable. Je soupçonne certaines personnes de physioswiss d'être

manipulées par l'Entreprise. L'Entreprise ? – Oui, vous savez, ce Machin de Sursee qui pèse probablement plusieurs millions de francs, dont on ne sait pas trop bien qui est l'Hydre qui se cache derrière les 12 personnes qui s'occupent de physioswiss. Aïe, je vais encore me faire taper sur les doigts en écrivant cela. Peut-être, mais à bien y réfléchir...

**Dixième question ouverte:** Alors, pourquoi est-ce que j'écris tout cela pourquoi, je continue à taper sur un clou qui ne veut pas s'enfoncer; pourquoi, je continue à hurler dans le désert ????

– Par vengeance ? – Par dépit ? – Par frustration ? – Par arrogance ? – Par défiance ? – par quête du pouvoir ? – Par appât du gain – Pour avoir la satisfaction d'avoir raison ? – Parce que j'aime prendre des baffes en retour ? – Par paranoïa ?

Cher(ère) Collègue, j'ai soixante ans, cela fait 30 ans que je pratique la physiothérapie avec passion, mon cabinet fonctionne à plein régime, je m'éclate dans mon métier, j'adore produire la revue Mains Libres avec mes collègues de rédaction, j'ai un énorme plaisir à organiser des congrès de physiothérapie (Symposium Romand de Physiothérapie).

Alors quelle motivation???? – Vous emmerder ? - Vous faire peur ? – Vous manipuler ?

**Non!** J'ai trop de respect pour cette belle profession, pour mes patients, pour les médecins qui me les confient pour admettre que notre métier soit saboté, spolié par des gens qui ont encore du lait derrière les oreilles; des commerçants (regardez les photos et les CV des gens de Sursee qui vous dirigent: <http://www.physioswiss.ch/index.cfm?nav=0,167#inhalt613> ).

**Non!** J'ai trop de respect pour les anciens qui ont « fait » ce que cette profession est devenue.

**Non!** J'ai trop de passion pour ce métier pour le laisser partir à vau-l'eau à cause de gens bêtes, incompetents et peut-être en plus manipulés.

**Non!** J'ai trop investi dans la politique professionnelle pendant tant d'années pour voir se reproduire encore et encore les mêmes situations.

**Non!** J'ai trop négocié avec les caisses maladie pour laisser passer les mêmes pièges.

**Non!** J'ai trop de respect pour le dialogue et l'écoute (l'essence même de notre profession) pour me laisser guider par LA pensée unique.

**Non!** Parce que je suis intimement persuadé que l'on peut parler avec toutes les personnes qui ne sont pas du même avis. Pour autant qu'elles aient la volonté de dialoguer.

**Non!** Parce que cette revue, Mains Libres, est le symbole même de notre totale indépendance vis-à-vis de quiconque. Cette diversité culturelle, intellectuelle fait indéniablement la richesse de notre profession et de notre pays !

Alors, Cher(ère) Collègue, pourquoi ne pas répondre au questionnaire de l'ASPI et jouer le jeu (le seul risque que vous prenez, c'est que votre contribution aboutisse à une augmentation de votre rémunération)? – Alors, vendrez-vous votre Âme au Diable pour autant ?

*Avec mes salutations confraternelles.*

**« UN IDÉALISTE EST UNE PERSONNE QUI AIDE LES AUTRES À PROSPÉRER »** Henry Ford

# Décryptez la personnalité de votre patient

**Pour renforcer l'action de vos soins  
Éliminez la symptomatologie rebelle**

**avec le concept « ANTHROPOPSYCHOLOGIE Constitutionnelle »**

**Logique - Ludique - Efficace  
NOUVEAU CURSUS dès mai 2012**

**A. Rey Lescure – Montreux – [www.apcformation.com](http://www.apcformation.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](http://www.smith-nephew.ch)



supplier of

 **swiss** olympic  
association

# Nouveau chez Medidor: Zimmer MedizinSysteme

Les appareils de thérapie Zimmer MedizinSysteme mettent au service de votre compétence tous les outils modernes de la performance thérapeutique : à la pointe du progrès avec un design moderne et fonctionnel.

**Zimmer**  
MedizinSysteme



**Medidor AG**

Eichacherstrasse 5 · CH-8904 Aesch b. Birmensdorf/Zürich  
Tél. 044 739 88 11 · Fax 044 739 88 00 · mail@medidor.ch