

# MAINS

2015

## *Libres*

physiothérapie - ostéopathie  
concepts globaux



Ténosynovite de De Quervain : un nouveau concept thérapeutique

Intérêt des techniques neurodynamiques et canal carpien

La main dans les Beaux-Arts

De l'utilité de la prescription médicale de physiothérapie

Mains Libres ♦ n° 6 ♦ Septembre 2015 ♦ n° 254 ♦ 32<sup>e</sup> année ♦ issn 1660 - 8585

# « COMPRENDRE LA THÉORIE, MAÎTRISER LA PRATIQUE... »



Sous le titre « Comprendre la théorie, maîtriser la pratique... », *Mains Libres* entend orienter ses formations continues vers l'indissociable compréhension des concepts présentés et une pratique maîtrisée, efficiente, sûre, et sans effets secondaires par des enseignants de grande qualité reconnus au sein des domaines de la physiothérapie et de l'ostéopathie.

## « Thérapie Manuelle Orthopédique (TMO) de la région lombo-pelvienne »

(Concept: MTISS: « Manual Therapy Integrative System of the Spine »)

**Intervenant: Dr Benjamin HIDALGO (Belgique)**

Dates: **19, 20 et 21 novembre 2015**

Lieu: **Lausanne- Renens**, salle CACIB

Prix: **690.– CHF** (abonnés à la revue *Mains Libres*: 660.– CHF)

**(Encore quelques places de libres.)**

### Thèmes abordés pendant la formation:

La lombalgie commune aiguë-subaiguë (non spécifique), la thérapie manuelle orthopédique, l'examen clinique du rachis lombaire et du bassin en mouvements combinés, le traitement articulaire du rachis lombaire en hypomobilité, le traitement articulaire du bassin (sacro-iliaque) en hypomobilité.

### Objectif de la formation:

Être capable de:

- Définir les critères et la classification de la lombalgie commune
- Effectuer un bilan clinique et articulaire précis de la lombalgie commune
- Intégrer les évidences scientifiques dans la pratique clinique
- Intégrer toutes les techniques pertinentes (« hands on ») de TMO dans un raisonnement clinique
- Maîtriser les techniques de mobilisation, de manipulation, les « soft-tissue-techniques » et les exercices directionnels
- Effectuer la synthèse des techniques « hands on and hands off » avec applicabilité rapide en cabinet / facile et fonctionnelle
- Auto-évaluer ses connaissances à l'issue de la formation

### Pour en savoir plus sur Benjamin HIDALGO:



- Licencié en Kinésithérapie et réadaptation
- Doctorat en Sciences de la Motricité
- Assistant d'enseignement et de recherche
- Certificate in Orthopaedic Manual Therapy, Manual Concepts, Curtin University, Australia (2011)
- Certificate in Orthopaedic Manual Therapy, Faculty of Motor Sciences, UCL (2014)

Pour la première fois en Suisse romande

rédaction info@mainslibres.ch  
yves larequi • pierre besson  
jean touati

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  
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 -> 105.– CHF pour 8 N<sup>os</sup>  
étranger:  
pour 1 an -> 120.– CHF pour 8 N<sup>os</sup>  
étudiant (justificatif):  
8 n° - 60.– CHF

vente au n° en suisse : 15.00 CHF  
pour l'étranger : 25.– CHF  
tous les prix s'entendent tva comprise

tirage 32<sup>e</sup> année • 800 exemplaires  
compte postal 10-9167-7  
IBAN CH73 0900 0000 1000 9167 7  
lectorat 2000 personnes (estimation)  
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  
david dessauge ostéopathie  
thierry dhénin rééducation uro-gynécologique  
martine durussel ostéopathie  
frédéric sider mézières  
daniel goldman thérapie manuelle  
khalaf kerkour réentraînement musculaire et  
pathologies musculaires

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

ramesh vaswani thérapie manuelle, enseignement  
avertissement les articles d'opinion & la « main dans  
le sac » n'engagent que la  
responsabilité de l'auteur !

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



p. 227

Orthèse sur mesure  
poignet-pouce pour  
ténosynovite de De  
Quervain



page couverture

La main :  
organe, outil,  
symbole...

## Éditorial

215 La Main : organe, outil, symbole...  
JEAN TOUATI

## De main de maître

217 Ténosynovite de De Quervain : nouveau concept thérapeutique,  
basé sur le « remplacement » du radius et la détente du pronator teres !  
DENIS GERLAC

Cet article propose de montrer un traitement novateur basé sur un concept biomécanique. Il est fondé sur la description anatomique du pronator teres qui pourrait être l'élément déclenchant de la ténosynovite de De Quervain.

Mots-clés : De Quervain, rééducation, physiothérapie, attelle, orthèse  
Keywords : De Quervain, rehabilitation, physiotherapy, splint, brace

225 Intérêt des techniques neurodynamiques dans le syndrome  
du canal carpien non opéré  
PATRICK LE ROUX

Le syndrome du canal carpien correspond dans sa définition à une inadéquation entre le contenant constitué par un défilé inextensible, et le contenu correspondant aux gaines synoviales et tendons d'une part, vaisseaux et nerfs d'autre part.

Mots-clés : canal carpien non opéré, thérapie manuelle orthopédique, neurodynamique  
Keywords : non carpal tunnel surgery, orthopedic manual therapy, neurodynamics

231 La main dans les Beaux-Arts Symbole ou symptôme ? Une réflexion  
Pr. FRANÇOIS MOUTET, ALEXANDRA FORLI, DENIS CORCELLA, VIRGINIE MESQUIDA,  
ALESSANDRA SEMERE

Deux lectures de la représentation de la main sont possibles : l'une « symbolique », à la recherche de la partie d'un code, l'autre « symptomatique » à la recherche de la représentation d'un état pathologique.

Mots-clés : beaux-arts, histoire de l'art, main  
Keywords : fine arts, painting history, hand

## La main à la pâte

239 De l'utilité de la prescription médicale de physiothérapie  
YVES LAREQUI

La prescription de physiothérapie représente un casse-tête tant pour le médecin que pour le physiothérapeute qui doivent évoluer dans un cadre légal restrictif.

Mots-clés : physiothérapie, prescription de physiothérapie, cadre légal, accès direct  
Keywords : physiotherapy, physiotherapy prescription, legal frame, direct access

## Lu pour vous

248 Complex Core, Core Stabilisation in Training and Therapy  
ROMAN JAHODA, GERALD MITTERBAUER  
Editeur : Jahoda Sports, 2013

## Perspectives Mains Libres 2016

251 Yallah  
YVES LAREQUI  
Après 32 ans d'existence, la revue que vous tenez entre vos mains va subir une nouvelle et importante mutation.



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

## Ergomètre



## Vélo couché



## Tapis de course



## Crosstrainer



## Machine à poulie et Functional Trainer



## Station de force



Body-Solid

concept 2

WaterRower

CIRCLE FITNESS

FIRST DEGREE FITNESS

Lojer

LEMOND Fitness Inc.

HBP

SportsArt FITNESS

HORIZON FITNESS

VISION FITNESS

TUNTURI

# La MAIN: organe, outil, symbole...



JEAN TOUATI

Physiothérapeute-Ostéopathe (Lausanne)

Dans le monde médical, rhumatologue, chirurgien orthopédiste, physiothérapeute..., la main est d'abord l'organe de la préhension.

Depuis plus de 40'000 ans, la main est entrée dans la communication. Elle a joué un rôle important dans la transmission des idées, d'abord par des dessins contre les roches des grottes (Mains négatives, Mains Positives) puis, bien longtemps après, avec l'apparition de l'écriture, un rôle d'outil permettant de tracer des lettres ou de les taper sur un clavier et aussi dans certaines situations pour communiquer grâce au langage des signes. Chacun de nous a pu s'émerveiller du langage gestuel des sourds et muets qui par ce moyen peuvent communiquer entre eux, échanger leurs sentiments, et concevoir une vie normale. Par cet échange on peut dire que la main parle et que les yeux écoutent. La main est le complément de l'esprit, l'instrument qui projette la pensée par les actes.

Dans ce numéro j'ai souhaité orienter les articles le composant sur la main.

*Denis Gerlac* aborde la pathologie de la ténosynovite de De Quervain avec un traitement novateur basé sur le concept biomécanique. Ce concept rééducatif étant basé sur deux axes, l'orthèse de repos et la rééducation dirigée sur l'étirement du pronator teres et le renforcement des muscles dont la physiologie est contraire à celles des muscles abductor pollicis longus et extensor pollicis brevis.

*Patrick Leroux* nous montre l'intérêt des techniques neurodynamiques dans le syndrome du canal carpien non opéré. Cette approche prometteuse ne fait pas encore l'objet de recommandation ferme. C'est une piste très intéressante qui doit être poursuivie afin de présenter des recommandations ou un guide pratique aux prescripteurs et aux confrères.

Le Professeur *François Moutet*, chirurgien de la main, nous amène une réflexion sur la main dans les Beaux-Arts, que représente-t-elle? « Une réalité symptomatique rattachable à une pathologie précise, ou est-elle un symbole du temps, fruit d'une pulsion artistique, volonté de message ou artifice stylistique? »

Toujours sur le pont, *Yves Larequi* présente une analyse informative d'un échantillon de prescriptions de physiothérapie et s'interroge sur l'utilité de celle-ci. L'évolution des études de physiothérapie ne devrait-elle pas ouvrir la porte de l'accès direct, comme cela se fait dans d'autres pays?

Après 18 ans de bons et loyaux services, ce numéro 6/2015 sera mon dernier numéro à la rédaction de *Mains Libres*. A la place de la traditionnelle « main dans le sac » vous trouverez la rubrique « Perspectives *Mains Libres* 2016 » présentée par *Yves Larequi* nous annonçant une nouvelle et importante mutation de *Mains Libres* pour l'année prochaine.

Je remercie l'ensemble de la rédaction pour ce long et enrichissant chemin parcouru au sein de cette revue.

Je tiens également à remercier nos fidèles lecteurs et participants qui nous accompagnent et nous soutiennent depuis toutes ces années dans nos formations et symposiums.

Je terminerais cet ultime éditorial par cette citation d'*Eugène Géroze* (1799-1865):

« Dans l'écriture, la main parle; et dans la lecture, les yeux entendent les paroles »

Bonne continuation à *Mains Libres*.

Bonne lecture.

Pour vous nous cherchons ce qu'il y a de meilleur sur le marché

L'eXcio – Pelvictrainer est une machine ergonomique, facilement adaptable qui permet de faire travailler les muscles du plancher pelvien. Les mouvements musculaires sont visualisés à l'écran et ainsi contrôlés tout au long de l'entraînement.

Ces appareils ainsi que d'autres sont en exclusivité chez LMT ! Nous sommes votre fournisseur exclusif pour des produits innovants ainsi que pour les services dans les domaines du Fitness, de la Réhabilitation et du Sport.

LMT – serious about training.



# MEDICAL FORCE & CARDIO SENSORI-MOTEUR & DIAGNOSTIC FITNESS

Nos marques



**Leuenberger Medizintechnik AG**  
 Chemin du Croset 9B  
 CH – 1024 Ecublens  
 Tél +41 (0) 21 711 11 45  
 Fax +41 (0) 21 711 11 46  
 lmt@lmt.ch  
[www.lmt.ch](http://www.lmt.ch)

**LMT Deutschland GmbH**  
 Stuttgarter Straße 57  
 D – 74321 Bietigheim-Bissingen  
 Tél +49 (0) 7142 993 860  
 Fax +49 (0) 7142 993 8610  
 info@lmt.eu  
[www.lmt.eu](http://www.lmt.eu)

**LMT CYBEX GmbH**  
 Modecenterstraße 22/D73-D83  
 AT – 1030 Wien  
 Tél +43 (0) 1 798 06 98  
 Fax +43 (0) 1 798 06 98 20  
 info@lmt.at  
[www.lmt.at](http://www.lmt.at)

 FOLLOW US  
[www.facebook.com/LMT.LeuenbergerMedizinTechnik](https://www.facebook.com/LMT.LeuenbergerMedizinTechnik)

[www.lmt.eu](http://www.lmt.eu)



# Ténosynovite de De Quervain : nouveau concept thérapeutique, basé sur le « remplacement » du radius et la détente du pronator teres !

DENIS GERLAC

MKDE, membre de la Société Française de Rééducation de la Main (GEMMSOR), Echirolles

**Mots-clés:** De Quervain, rééducation, physiothérapie, attelle, orthèse

**Key words:** De Quervain, rehabilitation, physiotherapy, splint, brace

## — RÉSUMÉ —

Cet article propose de montrer un traitement novateur basé sur un concept biomécanique.

Il est fondé sur la description anatomique du pronator teres qui pourrait être l'élément déclenchant de la ténosynovite de *De Quervain*.

Le pronator teres, tendu depuis l'épicondyle médiale et le processus coronoïde jusqu'au tiers moyen de la face latérale du radius, présente une trajectoire oblique en bas et en dehors. Il est fléchisseur du coude et pronateur de l'avant-bras.

Outre ces deux actions, la force qu'il développe lors de sa contraction induit une traction du radius vers le haut (quand le coude est en extension) ainsi qu'une rotation en pronation sur lui-même.

Si ce « déplacement » est avéré et non réduit, il entraîne une modification défavorable de l'angle formé par les tendons des muscles abductor pollicis longus et extensor pollicis brevis au niveau de leur entrée dans le premier compartiment du rétinaculum des extenseurs, de sorte que cet angle devient néfaste. Il rend ainsi plus agressif la paroi interne du premier compartiment en majorant la pression et les frottements de ces deux tendons lorsqu'ils couissent contre cette poulie de réflexion. Il génère donc une inflammation.

Le concept rééducatif proposé ici est basé sur deux piliers. L'un est une orthèse de repos, l'autre est de la rééducation axée sur l'étirement du pronator teres pour « replacer » le radius et le renforcement des muscles dont la physiologie est contraire à celles des muscles abductor pollicis longus et extensor pollicis brevis.

## — INTRODUCTION —

La ténosynovite de *De Quervain* est définie par une douleur mécanique localisée sur le versant radial du poignet au niveau de la styloïde <sup>(1)</sup>. Elle est générée par l'inflammation des tendons abductor pollicis longus (APL) et extensor pollicis brevis (EPB) lorsqu'ils couissent dans le premier compartiment du rétinaculum des extenseurs (ancienne-

ment ligament annulaire dorsal du carpe). Cette douleur qui peut parfois être très intense se manifeste lors des mouvements actifs d'abduction du pouce et du poignet ou bien des mouvements soit actifs soit passifs d'adduction du pouce et du poignet.

De ce fait, le test de *Finkelstein*, réalisation d'une inclinaison cubitale du poignet après avoir placé le pouce en opposition (figure 1), est le plus fréquemment utilisé pour valider sa présence.

(A noter que ce test a été quelque peu modifié avec le temps. En effet, lors de la description princeps faite par le Dr. *Finkelstein* (2), ce test était effectué avec une manœuvre passive. C'est le thérapeute qui déplaçait le pouce vers la base de l'auriculaire. Aujourd'hui, il est généralement réalisé avec une manœuvre active demandée au patient).



➤ Figure 1 : test de Finkelstein modifié

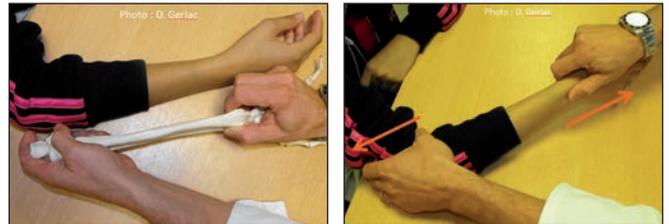
Depuis la première description de cette pathologie en 1895 par le Dr. *F. De Quervain* (1), aucun des différents traitements proposés pour la guérir (physiothérapiques, médicaux ou chirurgicaux) n'a permis d'avoir un effet curatif rapide. On constate que quelques soient les moyens employés la guérison est souvent spontanée après un long délai d'évolution (3) (parfois jusqu'à 18 mois).

## — LE PRONATEUR TERES SERAIT-IL RESPONSABLE DE CETTE PATHOLOGIE ? —

Pour expliquer cette pathologie dont on ne retrouve pas d'étiologie certaine, plusieurs causes possibles ont été avancées. On évoque régulièrement la duplication du tendon de l'APB ou la présence d'un septum médian à l'intérieur du premier compartiment. Ces deux particularités auraient pour conséquence de générer une disharmonie entre le contenant (le tunnel ostéo-ligamentaire) et le contenu (les tendons) et ainsi d'augmenter les frottements à l'intérieur du tunnel (4, 5, 6, 7, 8, 9). D'autres auteurs pensent que c'est l'angle que forment les tendons APL et EPB à la sortie du premier compartiment qui est responsable des frottements et donc de la ténosynovite (10, 11). Enfin, une

surcharge de travail (professionnelle ou de loisirs) ainsi que la gestion d'un nouveau-né sont des facteurs déclenchants régulièrement énoncés (12, 13, 14).

De notre côté, on a observé, lors d'une étude qui comptait 19 poignets présentant une ténosynovite de *De Quervain*, que **lorsqu'on réalise un test de Finkelstein en maintenant pendant toute la durée du test une traction dans le sens proximal à distal du radius (figure 2), la douleur présente lors du test initial (sans traction) est largement diminuée voire absente.**



➤ Figure 2 : prise et contre-prise qui permettent d'effectuer une traction sur le radius afin de diminuer l'angle formé par l'APL et l'EPB dans le premier compartiment du rétinaculum des extenseurs

Cela nous met sur la voie que peut-être une ascension du radius serait à l'origine de l'inflammation.

Une autre étude réalisée et présentée par *Yohei Kawanishi* lors du douzième congrès de l'IFSSH (Société Internationale de Chirurgie de la Main) à Delhi en 2013 (15) montre que les mouvements de pronation de l'avant-bras, entraînent une ascension automatique du radius par rapport à l'ulna.

Cette ascension pourrait avoir pour conséquence de modifier l'angle de pénétration des tendons APL et EPB dans la première coulisse du rétinaculum des extenseurs (figure 3) et ainsi favoriser les frottements...

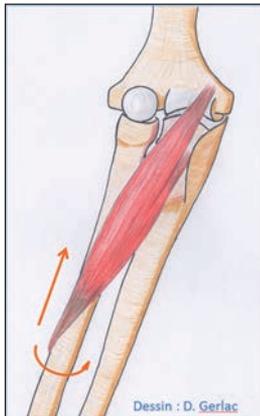


➤ Figure 3 : photo permettant de voir l'angle formé par l'APL et l'EPB au cours de leur trajet dans le rétinaculum. Cette photo permet également de comprendre que si le radius est ascensionné ou (et) en pronation sur lui-même, l'angle augmente

Une seconde observation, faite lors de l'étude des 19 poignets douloureux, montre que la palpation de l'insertion terminale du tendon du pronator teres au niveau du tiers moyen du radius est souvent plus douloureuse du côté du membre pathologique que du côté sain dans 79 % (15 poignets sur 19).

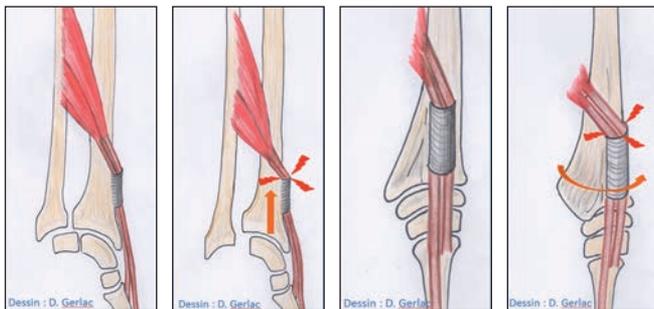
En recoupant ces informations, et en les associant à l'étude de l'anatomie et de la physiologie du pronator teres, on constate que ce muscle semble être le parfait « coupable » !

En effet, la localisation de ses insertions d'origine et terminale, ainsi que l'orientation de son trajet (oblique en bas et en dehors), montre que lorsque ce muscle se contracte, il développe, en plus de la flexion et de la pronation du coude, une force ascendante du radius (par rapport à l'ulna) et également une force rotatoire du radius sur lui-même, de telle sorte qu'il engendre une pronation de ce dernier selon son grand axe (figure 4).



► Figure 4 : anatomie du pronator teres, (oblique en bas et en dehors) et la direction des forces qu'il développe lors de sa contraction (Ascension et rotation du radius)

Il est réaliste d'avancer que l'ascension prolongée, associée à une rotation en pronation du radius, engendre une modification de l'angle de pénétration des deux tendons (APL et EPB) dans le premier tunnel du rétinaculum, de telle sorte qu'elle augmente la compression et les frottements lorsque ces deux muscles se contractent (figure 5).



► Figure 5: représentations schématiques de l'incidence d'une ascension, et d'une rotation du radius (flèches jaunes)

## — L'ATTELLE DE REPOS —

Ces analyses permettent de comprendre une partie du traitement que l'on propose ici, celle de la position du poignet et du pouce dans l'orthèse de repos (figure 6).

Il convient d'admettre que toute angulation des tendons à l'intérieur ou à la sortie de la coulisse du premier compartiment est néfaste puisqu'on l'a vu, elle génère une compression et des frottements lors des mouvements dynamiques des deux tendons.

Il est donc nécessaire que la position du poignet et du pouce à l'intérieur de l'orthèse permette d'aligner le contenant avec le contenu (ceci aussi bien dans le plan frontal que dans le plan sagittal). Il est nécessaire également de bloquer le pouce jusqu'à la première phalange pour ne pas permettre à l'EPB de coulisser et de provoquer des frottements.

C'est ainsi que l'orthèse que l'on préconise doit être faite sur mesure, elle doit placer le poignet non pas en extension mais en très légère flexion de 0° à 10°, avec une inclinaison cubitale d'environ 20°. Le pouce est placé en antéflexion d'environ 20° associée à une légère adduction qui doit être suffisante pour être efficace mais pas trop prononcée pour permettre aux doigts de se refermer dans la paume sans être gêné par le pouce. La MP du pouce est placée à 15° de flexion. On évite l'attelle au niveau de la région styloïdienne pour ne pas risquer de comprimer la zone de conflit.

L'attelle fait partie intégrante du traitement. Elle est confectionnée dès la première séance. Même si la rééducation est bénéfique et que les douleurs s'estompent progressivement, la mise au repos des tendons semble judicieuse. Il est donc demandé au patient de porter l'attelle pendant 3 semaines en port permanent (24/24) à l'exception des toilettes quotidiennes (même si les douleurs sont disparues). Le sevrage se fera ensuite sur une semaine en ordonnant au patient de conserver l'attelle lors de la réalisation d'activité dite à risque (port d'ustensile de cuisine déménagement...).lourd, port de corbeille à linge lourde, gestes répétitifs tels que essuyage de vitre ou ponçage.



► Figure 6 : orthèse poignet-pouce pour ténosynovite de De Quervain (réalisée sur mesure). Elle positionne l'APL et l'EPB en rectitude

## — RÉÉDUCATION —

La rééducation que nous effectuons est sur la « descente » du radius. L'objectif de cette manœuvre est de faire diminuer l'angle de pénétration des deux tendons (APL et EPB) dans la première coulisse du rétinaculum des extenseurs et ainsi diminuer les contraintes de frottements et de compression.

Elle est très simple à mettre en œuvre et il suffit de très peu de matériel. Elle est divisée en trois étapes :

- La première étape consiste en un massage de l'avant-bras sous forme de pétrissage. Le but est de détendre l'ensemble des muscles des trois loges mais plus particulièrement le pronator teres et les deux muscles impliqués dans la ténosynovite de *De Quervain* (APL et EPB).
- La deuxième étape est consacrée à étirer le pronator teres en utilisant la technique des contractés-relâchés.
- enfin la dernière correspond au renforcement des muscles dont la physiologie est opposée à celle des muscles qui réalisent la pronation et l'inclinaison radiale du poignet ainsi que l'abduction du pouce.

Cette troisième étape est réalisée par l'intermédiaire d'un exercice unique assez simple (figure 7) que l'on peut décomposer en trois temps à partir de la position de départ qui est : le patient maintient son bras tendu à l'horizontale devant lui, l'avant-bras est en position neutre de telle sorte que le bord radial du poignet regarde le zénith. Le patient tient dans sa main une barre de 2 kilos par l'une de ses deux extrémités (la barre est donc maintenue verticalement et dépasse largement la main du côté cubital). Le premier temps consiste à réaliser une inclinaison cubitale du poignet contre la résistance du poids pour amener l'extrémité inférieure de la barre vers le coude (la contraction des muscles extensor carpi ulnaris et flexor carpi ulnaris réalise une traction du radius dans le sens proximal à distal). A partir de là, le deuxième temps s'enchaîne, on demande au patient de réaliser une supination de l'avant-bras pour amener la barre à l'horizontale avec son extrémité distale toujours dirigée vers le coude. Sa direction devient oblique en avant et en dehors (on réalise un étirement du pronator teres). Le dernier temps correspond au retour à la position de départ.

A chaque temps, on maintient la position une à deux secondes. On effectue deux à cinq séries de dix mouvements.

Le résultat de ce protocole est assez surprenant, et ce à plusieurs points de vue. D'une part son efficacité est

plus que rapide puisque dès la fin de la première séance de rééducation le test de *Finkelstein* devient beaucoup moins douloureux voire indolore. Il est important de rajouter que ce résultat sur la douleur est indépendant du délai écoulé entre l'apparition de la pathologie et la première séance de rééducation. En effet, sur les 19 poignets que nous avons pu étudier, le résultat sur la douleur a été aussi efficace à la fin de la première séance quelle que soit l'ancienneté de la pathologie (de 5 jours à 8 mois).

Ce bénéfice sur la douleur est également stable dans le temps puisque lors de la deuxième séance, aucun de nos patients n'est revenu avec une douleur égale à celle de la première. Tous nos patients ont conservé l'acquis obtenu par les soins de la première séance.

D'autre part, il est à signaler que ce dernier exercice de musculature proposé dans ce protocole est parfaitement indolore alors qu'il serait légitime de penser le contraire... car il ressemble à quelque chose près à un test de *Finkelstein*. (photo 7b)...



➤ Figure 7 : travail concentrique des muscles antagonistes de l'APL et de l'EPB

## — DISCUSSION —

L'efficacité du traitement que l'on propose ici pour soigner les ténosynovites de *De Quervain* est indéniable mais par contre on ne peut malheureusement pas dire la même chose de l'étiologie que l'on met en avant... Si l'origine des tendinopathies de *De Quervain* était une simple mal position du radius alors pourquoi n'arrive-t-on pas à recréer des ténosynovites en laboratoire ? Il semblerait très simple de générer une ascension et une pronation du radius. Par exemple, en travaillant le renforcement musculaire du pronator teres de façon offensive et excessive...

Cependant, on ne doit pas être loin de la vérité non plus, car on retrouve souvent des ténosynovites de *De Quervain* chez des patients victimes d'une fracture-tassement de l'extrémité inférieure du radius, ce qui tend à modifier la position du rétinaculum des extenseurs et par conséquent à augmenter l'angle que font les tendons des muscles APL et EPB dans le premier compartiment de ce ligament.



► Figure 8 :  
Fracture du radius ayant développé une ténosynovite de De Quervain.

## CONCLUSION

Malgré l'étiologie hasardeuse que nous avançons pour expliquer la ténosynovite de *De Quervain*, le traitement rééducatif que nous employons et qui découle de cette étiologie est très efficace.

Il est basé sur deux piliers. Le premier correspond au port d'une orthèse de repos qui place les tendons APL et EPB dans une position de moindre contrainte. Le second s'appuie sur une rééducation très simple ne nécessitant que de peu de matériel. Dans un premier temps on « replace » le radius et dans un second temps, on renforce les muscles dont la physiologie est contraire de celle des muscles APL et EPB.

## CONTACT

Denis Gerlac  
5 Allée du D<sup>r</sup> Calmette, 38130 Échirolles (France)  
denis.gerlac@bbox.fr

## RÉFÉRENCES

1. Quervain, Fritz de. : *Über eine Form von chronischer Tendovaginitis*. In: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte*, 1895, Vol. 25, pp. 389-94
2. Finkelstein H. : *Stenosing tendovaginitis at the radial styloid process*. *J. Bone Joint Surgery* 1930, 12, 509
3. Kang H.J., Koh I.H., Jang J.W., Choi Y.R. : *Endoscopic versus open release in patients with de Quervain's tenosynovitis*. *Bone and Joint Journal* ; vol. 95-B, No. 7, july 2013
4. Thomas Lacey, Louis A. Goldstein and Charles E. Tobin : *Anatomical and clinical study of the variations in the insertions of the abductor pollicis longus tendon, associated with stenosing tendovaginitis*. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 1951;33:347-350.
5. Inhyeok R., Chaeik C., Bo Gun S., Kyungchul K. : *The Incidence of Separate Septum and Variant of the Number of Slips of APL in de Quervain's Disease and the Usefulness of the 1,2 ICSRA in Identification of the First Extensor Compartment*. *The Journal of the Korean Society for Surgery of the Hand*, volume 13, number 1, March 2008
6. Gousheh J., Yavari M., Arasteh E. : *Division of the first dorsal compartment of the hand into two separated canals: rule or exception?* *Arch Iran Med*. 2009 Jan;12(1):52-4.
7. Brunelli G.A., Brunelli G.R. : *Anatomical study of distal insertion of the abductor pollicis longus Concept of a new musculo-tendinous unit: the abductor carpi muscle*. *Ann Hand Surg*. 1991, 10, n° 6, 569-576.
8. Katana B., Jaganjac A., Bojicic S., Macak-Hadziomerovic A., Pecar M. : *Effectiveness of physical treatment at De Quervain s disease*. *Journal of Health Sciences*. Volume 2, Number 1, April 2012
9. Le Viet D. : *Ténosynovites du poignet: traitement chirurgical*; *Maîtrise Orthopédique n°114 - mai 2002*
10. Abha Sachdev, Nidhi Kashyap, Savita Tamaria : *Mobilization with movement in de quervain's tenosynovitis*. *Physiotherapy and Occupational Therapy Journal*, Volume 3, Number 1, January - March 2010
11. Totten P. : *Therapist's management of De Quervain disease*. In *Rehabilitation of the hand: surgery and therapy* (Hunter, Schneider, Mackin, Callahan). Third edition. Mosby editor 1990
12. Bourbonnais D., Pottie F., Forget N., Bestaven E., Harris P., Fournier K., Arseneault J., Bravo G. : *Force et mobilité du pouce chez le travailleur avec une maladie de de Quervain: évaluation et impact sur la performance de la main. Études et recherches / Rapport R-493*, Montréal, IRSST, 2007, 64 pages
13. Kirkpatrick W. : *De Quervain's disease*. In *Rehabilitation of the hand: surgery and therapy* (Hunter, Schneider, Mackin, Callahan). Third edition. Mosby editor 1990
14. Gerlac D. : *Tenosynovite de De Quervain: Une nouvelle approche rééducative!* *Kinesither Rev* 2015;15(162):70-76
15. Kawanishi Y., Moritomo H., Kataoka T., Omori S., Murase T. : *Three-dimensional measurements of ulnar variance during forearm rotation*. 12<sup>th</sup> Triennial Congress of the IFSSH. March 2013. Abstracts book

## SAVOIR ANTICIPER POUR MAÎTRISER L'AVENIR DE VOTRE CABINET DE PHYSIOTHÉRAPIE !

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

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



### FIDUCIAIRE MICHEL FAVRE SA

Route de Berne 52 / CP 128

1000 LAUSANNE 10

Tél.: 021 651 33 00

Fax: 021 651 33 01

contact@fiduciaire-favre.ch

www.fiduciaire-favre.ch

Membre FIDUCIAIRE | SUISSE

## JAPON: KINESIO TAPES ET AQUATITAN TAPES PHITEN

Il est intéressant de constater que le kinesio taping et les pansements Phiten proviennent tous deux du Japon. Dans les années 70 déjà, le chiropracteur Kenzo Kase recourait pour la première fois à la technique du kinesio taping. En 1985, le Japonais Yoshihiro Hirata, également chiropracteur expérimenté, fondait la société Phiten.

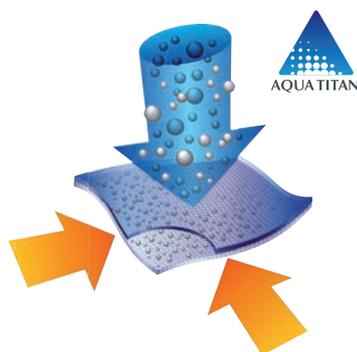
### QUELS EN SONT LES POINTS COMMUNS? OÙ PEUT-ON EXPLOITER DES SYNERGIES?

#### KINESIO TAPING

La méthode traditionnelle du kinesio taping est, la plupart du temps, intégrée dans un concept de traitement global et n'est pas uniquement appliquée sur la zone blessée, mais aussi sur les structures plus éloignées toutefois impliquées pour créer des circonvolutions. La méthode du kinesio taping part du principe que, en soulevant doucement la peau, la circulation sanguine et lymphatique est améliorée, ce qui accélère jusqu'à 50% le processus de guérison. Le kinesio ou physio taping est principalement utilisé par des spécialistes formés qui disposent d'excellentes connaissances en anatomie. En fonction de l'application de la bande, le praticien cible un effet de tonification ou de relâchement qui améliore considérablement la fonction musculaire et rétablit ainsi la mobilité. Dans ce contexte, l'emploi de bandes colorées est privilégié.

#### TAPES PHITEN

Le tape Phiten se concentre sur une approche différente: il est « imprégné » de titane liquéfié. Les nanoparticules de titane ont tout d'abord été chargées via fréquence d'oscillation pour créer un champ de résonance censé optimiser le transfert d'informations dans le corps. Dans le cas des tapes Phiten, la pose importe moins, étant donné que le champ de résonance agit dans tous les cas à l'endroit où il est appliqué. Par conséquent, ces pansements, disponibles sous forme de rouleaux élastiques ou en unités ou ronds individuels, se révèlent parfaits pour une utilisation à la maison. L'effet des deux méthodes s'avère très similaire d'après les conclusions tirées de différentes études. Phiten privilégie l'emploi de pansements beiges ou couleur chair.



#### EFFET DE SYNERGIE



Dr Kossmann, rhumatologue et médecin-chef du Parkresort Rheinfelden, procède depuis plusieurs années à des observations sur des patients pour lesquels il note et évalue scrupuleusement chaque douleur et l'effet du traitement. Dans ce contexte, il recourt à la technique du physio taping. Pourtant, le Dr Kossmann n'utilise pas les kinesio tapes colorés classiques mais les titan tapes beiges de Phiten. Ces derniers sont également élastiques et adhèrent très bien, raison pour laquelle la méthode du kinesio taping peut fort bien être combinée aux pansements Phiten. D'après les déclarations du Dr Kossmann, la tolérance aux tapes Phiten s'avère meilleure que celle des kinesio tapes classiques. Jusqu'ici, le prix légèrement supérieur des tapes Phiten était le motif mis en avant par les physiothérapeutes pour justifier leur utilisation des kinesio tapes. Depuis peu, Phiten a réagi à cette remarque et intégré dans son assortiment deux grands emballages contenant 10 rouleaux chacun.

Le prix de ces emballages de 10 rouleaux s'élève à CHF 149.- (largeur de 5 cm) et à CHF 129.- (largeur de 3,8 cm). En bénéficiant du rabais normal destiné aux médecins ou aux thérapeutes, le rouleau plus étroit est déjà disponible à moins de CHF 10.-, c'est-à-dire presque au même prix que les kinesio tapes.

## CONCLUSION

**En utilisant les pansements Phiten selon la méthode du physio taping, le taux de réussite s'élève à 73% d'après le Dr Kossmann, qui a documenté plus de 700 cas.**

Cela signifie que 73% des patients ont bien voire très bien réagi au traitement. Les quelque 700 patients ont testé cette méthode à la clinique de la douleur de Bâle. Il s'agissait, dans ce contexte, de cas sérieux et non de douleurs légères.

## EMBALLAGE DE TAPES PHITEN POUR MÉDECINS ET THÉRAPEUTES

### Rouleau Aquatitan Phiten 3,8 cm x 4,5 m

**10 rouleaux**  
N° d'art. PU720028



Prix de vente indiqué  
(prix client final): CHF 129.-

**./.** Rabais pour thérapeute de 25%  
**= CHF 96.75**

resp. **CHF 9.75 / rouleau**

### Rouleau Aquatitan Phiten 5 cm x 4,5 m

**10 rouleaux**  
N° d'art. PU720029



Prix de vente indiqué  
(prix client final): CHF 149.-

**./.** Rabais pour thérapeute de 25%  
**= CHF 111.75**

resp. **CHF 11.17 / rouleau**

## COMMANDES À ADRESSER À:

Cizen Inc. sports & health – Monbijoustrasse 22 – 3011 Berne  
Tel. 031 371 46 24 – Fax 031 371 49 92  
www.phiten.ch – www.cizen-sports-health.ch – info@phiten.ch

# 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



# Intérêt des techniques neurodynamiques dans le syndrome du canal carpien non opéré

PATRICK LE ROUX

Physiothérapeute praticien libéral Nantes  
et enseignant au Certificat d'Etude Complémentaire en Thérapie Manuelle Orthopédique / France

*Mots-clés:* canal carpien non opéré, thérapie manuelle orthopédique, neurodynamique

*Key words:* non carpal tunnel surgery, orthopedic manual therapy, neurodynamics

Le syndrome du canal carpien correspond dans sa définition à une inadéquation entre le contenant constitué par un défilé inextensible, et le contenu correspondant aux gaines synoviales et tendons d'une part, vaisseaux et nerfs d'autre part.

L'étiopathogénie est fréquemment indéterminée et le syndrome canalaire est dit idiopathique.

Les symptômes décrits par le patient correspondent à une irritation ou compression du nerf médian dans le canal ostéofibreux. Ce canal possède le plus petit diamètre en regard du processus unciforme de l'hamatum.

Toute compression ou traction maintenue ou répétée modifie la microcirculation dans les enveloppes conjonctives nerveuses (épinèvre, périnèvre, endonèvre) puis provoque une stase veineuse ou œdème intra fasciculaire et enfin altère les transports axonaux.

Lorsque les symptômes évoluent sur de nombreux mois, voir des années la sensibilité nerveuse générale est intensifiée, et il est retrouvé une altération de la somatotopie de la main. <sup>(1)</sup>

Dans cette proposition de conduite thérapeutique à tenir, nous nous intéressons aux formes mineures et débutantes correspondantes au stade I de la classification de Lundborg <sup>(2)</sup>.

Les symptômes intermittents décrits par le patient sont à type de fourmillements, picotements, engourdissements, décharges électriques. L'apparition de ceux-ci est essentiellement nocturne et réveille régulièrement le sujet. La topographie des douleurs décrites peut être dans différents territoires cutanés autres que la face palmaire de la main externe. <sup>(3)</sup>

L'altération des temps de conduction, lors des stimulodétectations sensibles et comparatives entre les deux mains, est très modérée. À ce stade, il n'existe pas d'anomalies sensibles ou motrices objectivables cliniquement et l'absence de gold standard oblige le praticien à conjuguer 3 tests: le Phalen, le Tinel et le Flick test. <sup>(4)</sup> Le port d'une attelle nocturne maintenant poignet et doigts en rectitude est conseillé pour diminuer au maximum les pressions intra-canales.

C'est en complément de cette attitude médicale que nous proposons une approche manuelle mobilisatrice. <sup>(5)</sup>

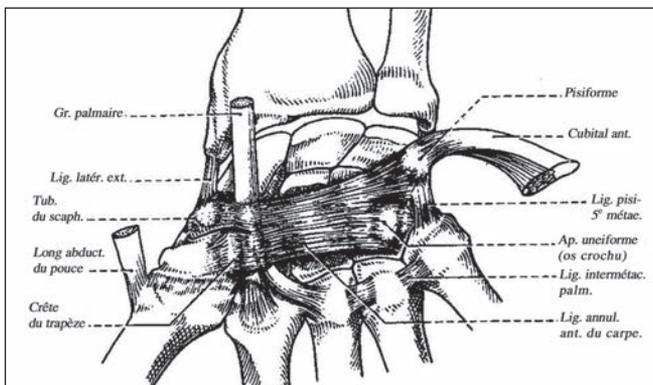
Nous abordons ce syndrome en plusieurs temps :

- un temps de diminution des pressions intra-canales par creusement de l'arche carpienne, puis étirement progressif mais répété du ligament annulaire;
- un temps de récupération de glissement proximal et distal du nerf médian.

## — JUSTIFICATIONS ANATOMIQUES ET MOBILISATION DE L'ARCHE CARPIENNE —

Le ligament annulaire antérieur du carpe de forme quadrilatère est constitué principalement de fibres transversales.

Ses insertions médianes se font sur le pisiforme et le processus unciniforme de l'hamatum, ses insertions latérales sur la crête du trapèze et le versant antérieur du tubercule du naviculaire. Le ligament, haut de 2 à 3 cm, a sa limite supérieure en regard du pli distal du poignet. Superficiellement le ligament annulaire entre en rapport avec les muscles des éminences thénar et hypothénar. Citons le court abducteur, l'opposant, le faisceau superficiel du court fléchisseur du pouce, ainsi que l'abducteur, le court fléchisseur et l'opposant du 5<sup>e</sup> doigt (figure 1).



➤ Figure 1 : rapport ligament annulaire et muscles des éminences thénar et hypothénar

Basées sur ces descriptions anatomiques nous proposons :

- une mobilisation en creusement de l'arche (figure 2) par appui postéro-antérieur sur les berges médiales et latérales de la première rangée des os du carpe et un contre appui antéropostérieur en regard de l'ulna;
- des manœuvres répétées et progressives d'extension transversale par des prises fermes sur le relief osseux correspondant aux insertions ligamentaires (figure 3).

Ces mouvements débutent par le bord médial et proximal de l'arche carpienne puis distal, en maintenant le poignet en position neutre afin de ne pas ré-augmenter la pression intracanales (figure 4).

L'étirement du ligament s'effectue avec un bras de levier plus important en utilisant la colonne du pouce ou du



➤ Figure 2 : mobilisation en creusement de l'arche



➤ Figure 3 : manœuvres répétées et progressives d'extension transversale



➤ Figure 4: manœuvres débutant par le bord médial et proximal de l'arche carpienne puis distal



➤ Figure 5: étirement du ligament avec un bras de levier plus important en utilisant la colonne du pouce



➤ Figure 6: mobilisation nerveuse proximale

cinquième doigt lors d'un mouvement associant extension, abduction et rotation axiale. Par cette technique la sollicitation se fait par l'intermédiaire des attaches proximales des muscles intrinsèques sur le ligament annulaire (figure 5).

L'ostéopathe Sucher <sup>(6)</sup> étudie l'effet de ces manœuvres sur 20 cadavres. Le résultat d'élargissement du tunnel carpien est résiduel si les techniques manuelles du thérapeute sont associées à des postures ou des auto-étirements maintenus d'une intensité de l'ordre de 10 Newton. L'étirement semble plus efficace en insistant sur le bord radial du ligament qui est plus compliant. <sup>(7)</sup>

La récupération de la mobilité des nerfs s'opère par étapes pour ne pas irriter le nerf médian. Nous recherchons un glissement du nerf par rapport aux structures anatomiques environnantes tendineuses et vasculaires et non par un étirement <sup>(8)</sup>. À cet effet, les contraintes nerveuses sont diminuées par un positionnement adéquat des articulations adjacentes <sup>(9)(10)</sup>.

La mobilisation nerveuse proximale débute par une extension du coude, les doigts sont relâchés. (figure 6); puis la mobilisation nerveuse est distale par extension des doigts, le coude étant maintenu fléchi (figure 7); enfin la mise en tension nerveuse est progressive par une combinaison d'abduction d'épaule, d'extension du coude et d'extension des doigts.

Après réévaluation des signes cliniques subjectifs, l'étape suivante est de répéter les techniques mobilisatrices de la main décrites précédemment, le coude positionné en extension pour se rapprocher peu à peu des attitudes déclenchant les symptômes au début de la prise en charge.



➤ Figure 7: mobilisation nerveuse distale



## — RÉSULTATS DE CE TYPE DE TRAITEMENT —

Cette approche est prometteuse, mais peu utilisée en France. Pourtant, les publications relatant l'effet des techniques manuelles de ce type apparaissent régulièrement. Dès 1993, un essai positif sur quelques patients <sup>(11)</sup> était relaté. Il existait une amélioration clinique et électrique.

L'IRM montrait une légère augmentation des dimensions antéropostérieure et transversale du canal carpien.

Sur 197 patients, soit 240 mains suivies <sup>(12)</sup> divisées en deux groupes traités différemment, 71 % des patients ayant reçu un traitement conservateur sont opérés dans les mois suivants alors que seulement 43 % le sont après un traitement neural associé au traitement conservateur. Les bénéficiaires du traitement neural sont suivis sur une période de 14 à 38 mois et 70 % de ces patients rapportent d'excellents et bons résultats.

Dans le suivi à 8 mois de 36 syndromes du canal carpien divisés également en 2 groupes mobilisé et non mobilisé <sup>(13)</sup>, le groupe mobilisé remporte 93 % d'excellents et de bons résultats contre 72 % dans l'autre groupe.

Les gains sont plus significatifs dans cette dernière série de 35 patients répartis en 2 groupes <sup>(14)</sup>. Un groupe porte une attelle jour et nuit selon un protocole établi, l'autre bénéficie en plus de ce protocole d'une mobilisation nerveuse.

Dans ce deuxième groupe l'évolution favorable de la douleur et de la force de serrage est significative.

Dans cette étude récente <sup>(15)</sup>, les patients sont évalués par le score de Boston.

Les 2 items les plus améliorés sont la sévérité de la douleur et le versant fonctionnel.

Par contre il n'est pas encouragé l'auto-rééducation qui n'a pas d'effets cliniques significatifs. <sup>(16)</sup>

Malgré ces résultats encourageants, les revues de la littérature faites par Cochrane <sup>(17)</sup> et le consensus européen <sup>(18)</sup> ne peuvent encore à ce jour faire de recommandation ferme pour l'utilisation des techniques de mobilisation neurale.

## — CONCLUSION —

Il reste à poursuivre l'évaluation de ce traitement manuel proposé en première intention sur des populations homogènes, la comparer à d'autres approches, puis dans un deuxième

temps être capable de présenter des recommandations ou guides de pratique aux prescripteurs et aux confrères.

## — CONTACT —

Patrick Le Roux  
41 rue Robert Douineau  
44230 Saint Sébastien sur Loire / France  
patrick-le-roux@orange.fr

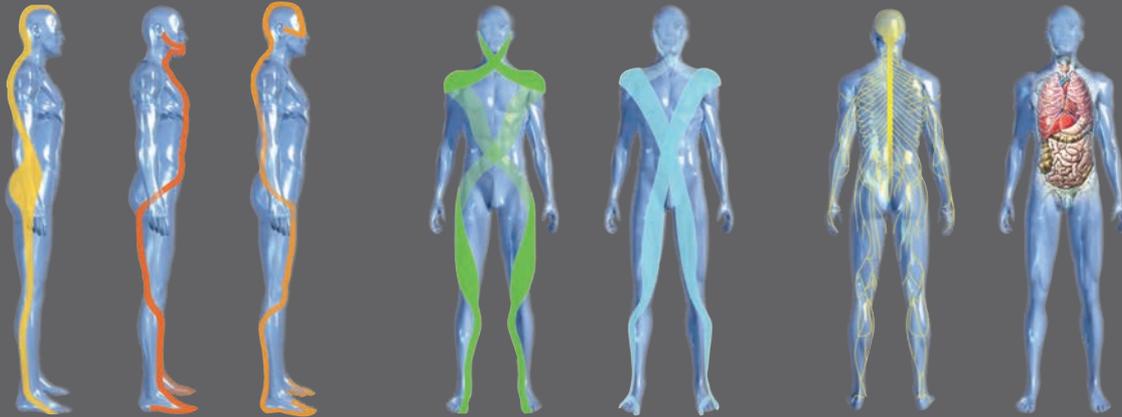
## — RÉFÉRENCES —

1. Maeda Y and al. Functional deficits in carpal tunnel syndrome reflect reorganization of primary somatosensory cortex. *Brain*. 2014 Jun;137:1741-52.
2. Lundborg Dahlin LB. The pathophysiology of nerve compression. *Hand Clin* 1992;8:215-27.
3. Nora DB, Becker J, Ehlers JA, Gomes I. Clinical features of 1039 patients with neurophysiological diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Clin Neurol Neurosurg*. 2004 Dec;107(1):64-9.
4. Valdes K, LaStayo P. The value of provocative tests for the wrist and elbow: a literature review. *J Hand Ther*. 2013 Jan-Mar;26(1):32-42.
5. Schmid AB, Elliott JM, Strudwick MW, Little M, Coppieters MW. Effect of splinting and exercise on intraneural edema of the median nerve in carpal tunnel syndrome—an MRI study to reveal therapeutic mechanisms. *J Orthop Res*. 2012 Aug;30(8):1343-50.
6. Sucher B.M. Manipulative treatment of carpal tunnel syndrome: biomechanical and osteopathic intervention to increase the length of the transverse carpal ligament. *J Am Osteopath Assoc* 2005;3:135-43.
7. Brett AW, Oliver ML, Agur AM, Edwards AM, Gordon KD. Quantification of the transverse carpal ligament elastic properties by sex and region. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2014 Jun;29(6):601-6.
8. Coppieters M.W, Butler D.S. Do «sliders» slide and «tensioners» tension? An analysis of neurodynamic techniques and considerations regarding their application. *Man Ther* 2007 Mar 29.
9. Coppieters M.W, Alshami A.M. Longitudinal excursion and strain in the median nerve during novel nerve gliding exercises for carpal tunnel syndrome. *J Orthop Res* 2007 Apr 5.
10. Shacklock M. *Clinical neurodynamics*. 2005 Elsevier ed.
11. Sucher B.M. Myofascial manipulative release of carpal tunnel syndrome: documentation with magnetic resonance imaging. *J Am Osteopath Assoc* 1993;12:1273.
12. Rozmaryn L.M. Nerve and tendon gliding exercises and the conservative management of carpal tunnel syndrome. *J Hand Ther* 1998;3:171-9.
13. Akalin E. Treatment of carpal tunnel syndrome with nerve and tendon gliding exercises. *Am J Phys Med Rehabil* 2002; 2:108-13.
14. Pinar L. Can we use nerve gliding exercises in women with carpal tunnel syndrome? *Adv Ther* 2005 ; 5:467-75.
15. Oskouei AE, Talebi GA, Shakouri SK, Ghabili K. Effects of neuromobilization maneuver on clinical and electrophysiological measures of patients with carpal tunnel syndrome. *J Phys Ther Sci*. 2014 Jul;26(7):1017-22.
16. Horng YS, Hsieh SF, Tu YK, Lin MC, Horng YS, Wang JD. The comparative effectiveness of tendon and nerve gliding exercises in patients with carpal tunnel syndrome: a randomized trial. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011 Jun;90(6):435-42.
17. Page MJ, O'Connor D, Pitt V, Massy-Westropp N. Exercise and mobilisation interventions for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jun 13;6:Review.
18. Huisstede BM, Fridén J, Coert JH, Hoogvliet P; European HANDGUIDE Group. Carpal tunnel syndrome: hand surgeons, hand therapists, and physical medicine and rehabilitation physicians agree on a multidisciplinary treatment guideline—results from the European HANDGUIDE Study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014 Dec;95(12):2253-63



# méthode Busquet

une formation, une équipe



Formation : 8 séminaires de 3 jours

SUISSE, BELGIQUE, ESPAGNE, PORTUGAL, RUSSIE, CANADA, ARGENTINE, BRÉSIL

FRANCE : Pau, Paris, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Pontivy, Rennes, Lille, Strasbourg, Nice, Salon-de-Provence, Dole, Réunion

Collection d'ouvrages (offerts avec la formation des 8 séminaires)

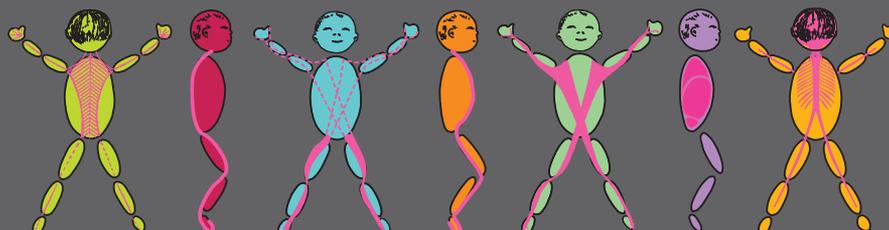


[www.chaines-physiologiques.com](http://www.chaines-physiologiques.com)

[www.fysiologische-kettingen.com](http://www.fysiologische-kettingen.com) [www.cadeias-fisiologicas.com](http://www.cadeias-fisiologicas.com)

[www.cadenas-fisiologicas.com](http://www.cadenas-fisiologicas.com) [www.catene-fisiologiche.com](http://www.catene-fisiologiche.com)

[www.fysiologische-ketten.com](http://www.fysiologische-ketten.com) [www.physiological-chains.com](http://www.physiological-chains.com)



[www.chaines-physiologiques-bebe.com](http://www.chaines-physiologiques-bebe.com)



# Facturation électronique, transmission des prescriptions et leur prise en charge par le Net\*

La variante Internet de la Caisse des Médecins fonctionne très simplement et sans l'installation d'un logiciel supplémentaire. Tout ce dont vous avez besoin, c'est un PC et un raccordement Internet. Vous avez ainsi accès, par une transmission hautement sécurisée, à vos données sur le serveur du centre de calcul de la Caisse des Médecins.

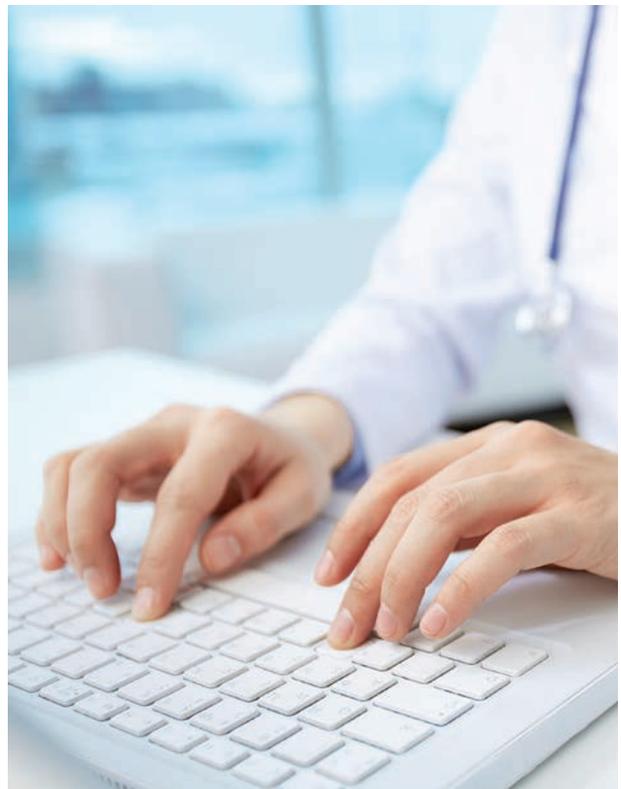
## Reprise des données sans problème

Vous souhaitez conserver votre logiciel de gestion actuel et déléguer la facturation électronique à la Caisse des Médecins? Rien de plus facile; les données des logiciels de gestion les plus courants sont reprises très simplement.

## Vos avantages avec la Caisse des Médecins

- Pas de frais d'acquisition de logiciel
- Pas de frais d'installation
- Pas de frais de licence
- Pas de frais de maintenance
- Pas de frais pour la sauvegarde et l'archivage des données
- Pas de frais pour l'actualisation des tarifs

\* Pour autant que l'assureur puisse les lire électroniquement



### CAISSE DES MÉDECINS

Société coopérative · Agence Genève-Valais

Route de Jussy 29 · CP 316 · 1226 Thônex · Tél. 022 869 45 50 · Fax 022 869 45 06

[www.caisse-des-medecins.ch](http://www.caisse-des-medecins.ch) · [geneve@caisse-des-medecins.ch](mailto:geneve@caisse-des-medecins.ch)

# La main dans les Beaux-Arts

## Symbole ou symptôme ?

### Une réflexion

PR. FRANÇOIS MOUTET <sup>1</sup>, ALEXANDRA FORLI <sup>2</sup>, DENIS CORCELLA <sup>2</sup>, VIRGINIE MESQUIDA <sup>2</sup>, ALESSANDRO SEMERE <sup>2</sup>

- 1 Clinique de chirurgie de la main et des brûlés / CHU de Grenoble SOS Main Grenoble, Hôpital Albert Michallon, Grenoble (38)
- 2 Chirurgien CHU de Grenoble

*Mots-clés:* beaux-arts, histoire de l'art, main

*Key words:* fine arts, painting history, hand

#### — RÉSUMÉ —

La représentation de la main dans les Beaux-Arts conduit à se poser une question : que représente-t-elle *in fine* ? Une réalité symptomatique rattachable à une pathologie précise, ou est-elle symbole d'un temps, fruit d'une pulsion artistique, volonté de message ou artifice stylistique ? Ces quelques lignes veulent pousser le thérapeute de la main à la réflexion sur la représentation de ce qui est son objet et son outil.

Deux lectures de la représentation de la main sont possibles : l'une « symbolique », à la recherche de la partie d'un code, l'autre « symptomatique », à la recherche de la représentation d'un état pathologique. Il faut, au-delà de la représentation, être à l'écoute du temps, du lieu, de l'époque et du jeu signifiant/signifié, sans oublier qu'il s'agit ici d'un discours artistique.

La symbolique de la main varie avec les époques et les cultures. Jusqu'à la fin de la période médiévale, la main est représentée longue, figée dans des poses hiératiques assez semblables aux représentations pariétales de l'art égyptien. Le symbole est partout dans ces représentations didactiques pour un public majoritairement illettré, mais au

fait du discours religieux et des codes qu'elles utilisent. Les multiples représentations de l'Annonciation l'illustrent aisément. Des invariants symboliques emplissent ces œuvres : les fleurs blanches marquent la pureté de la Vierge, les trois fenêtres apportent la lumière de la Sainte Trinité, la tour témoigne de la virginité préservée de Marie. Les bâtiments gothiques au premier plan soulignent la primauté de l'église romaine d'Occident. Les bâtiments romans ou byzantins délabrés au second plan symbolisent l'orient donc le judaïsme ou l'islam. Enfin le livre, « l'Ancien Testament », ouvert dans les mains de la Vierge, délivre la parole de Dieu <sup>(1)</sup>. La main est ici langage et non imitation du réel. On ne peut nier ou affirmer les représentations pathologiques.

#### — SYMBOLE ET SYMPTÔME —

Symbole, du grec σύμβολον, est construit par la préposition σμιν (avec) et le verbe βάλλειν (jeter). Il désigne un tout reconstitué par l'appariement de morceaux préalablement séparés. Rapidement, le symbole désigne l'ensemble qui lie deux représentations de même signification, dont un terme est visible et l'autre ne l'est pas.

Le symbolique rassemble, aide à la compréhension ; a contrario, le diabolique divise, disperse, jette (βάλλειν) à travers (δια), à hue et à dia. Symptôme est construit par σμν et le verbe πύπτειν (arriver, survenir) et désigne « ce qui survient avec », ce qui coïncide, d'où son emploi médical habituel.

## — LE CAS DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR) —

En 1983, certains <sup>(2)</sup> voient dans les articulations gonflées et tendues de la main droite du « Portrait d'un jeune homme » (1483) de *Botticelli* (1445-1510) la représentation d'une polyarthrite rhumatoïde juvénile (figure 1) décrite en 1864 <sup>(3)</sup>. Ils arguent que « *jamais un grand peintre comme Botticelli ne se serait permis de faire une telle erreur pour représenter une main et que s'il l'a représentée de telle manière c'est qu'il y a vraiment une pathologie et que cette pathologie semble être une polyarthrite juvénile* ». C'est faire fi d'un concept fondamental : l'artifice stylistique.

La main, sa position dans l'espace et son rapport au personnage crée des effets multiples et signifiants. Le portrait du « Jeune homme à la médaille de Cosme de Médicis » de 1475 (figure 2) montre des déviations frappantes des métacarpo-phalangiennes, bilatérales et symétriques. On peut se poser la question d'une polyarthrite. En fait, cette œuvre illustre « l'artifice stylistique ». *Botticelli* augmente la taille relative des mains. Leur déformation attire vers le médaillon qu'elles enserrent et l'aspect concentrique de cette prise conduit l'attention vers Cosme qui devient ainsi le centre du tableau. La main n'est pas ici symptôme, ou alors celui d'un temps où le maniérisme s'éveille.

Une analyse de la peinture flamande des 15<sup>e</sup> et 16<sup>e</sup> siècles avait poussé *Dequeker* <sup>(4)</sup> à remettre en cause la primauté de la description de la polyarthrite rhumatoïde par *Landré-Beauvais* (1772-1840) en 1800. Il suggérait une existence bien plus ancienne de la maladie puisqu'illustrée à la Renaissance.

En 1989, après l'examen de 1 307 personnages de *Bosch* (1453-1516) et *Breughel* (1525-1569), *Khan* <sup>(5)</sup> ne retrouve aucune représentation convaincante de mains rhumatoïdes. Ces interrogations autour de la PR ne sont pas futiles. Si *Landré-Beauvais* décrit une maladie nouvelle sous le nom « Goutte asthénique primitive », ceci plaide pour la primauté de facteurs environnementaux dans sa genèse. Parmi ceux-ci, des facteurs chimiques ont été incriminés <sup>(6)</sup>. Si, au contraire, l'existence de la PR est plus ancienne, cela conduit à privilégier des facteurs génétiques favorisés par certains agents infectieux. On ne peut affirmer ou infirmer l'existence de la PR avant 1800 sur ces arguments iconographiques. Ceci pose la question générale des paléo-diagnostics <sup>(7)</sup>.

## — LE PEINTRE, LA MAIN ET SA REPRÉSENTATION —

*Vinci* (1452-1519) mettait en garde l'artiste contre « *cette main qui traduit mais aussi trahie* ». Cette problématique



› Figure 1 : portrait d'un jeune homme (1483) de Sandro Botticelli (1445-1510)



› Figure 2 : jeune homme à la médaille de Cosme de Médicis (1475) de Sandro Botticelli (1445-1510)

de la fragmentation du corps dans l'art, de la séparation entre l'œil et la main, cette méfiance vis-à-vis d'un outil trop parfait, traitre à la pensée, ne sera reprise que quatre siècles plus tard par les surréalistes au début du 20<sup>e</sup> siècle.

Dans « Les Ménines » (1657) de *Vélasquez* (1599-1660), ce conflit est patent. Il y a trois centres à ce tableau :

- un centre thématique: *Marianne d'Autriche*, l'infante;
- un centre politique: *Philippe IV* et la reine d'Espagne, reflétés dans le miroir au centre géométrique de la toile;
- un centre induit: la main droite de *Vélasquez* que la lumière éclaire, transformant la toile en un autoportrait « indirect ». Cette translation « manu-centrée » se retrouve de façon assez constante dans les autoportraits. Image en miroir de l'artiste, sa main attire le centre de son œuvre. Elle est son symptôme.

## — SYMBOLE OU SYMPTÔME ? —

**Paléo-diagnostics ?** Dès l'Aurignacien (38 000 à 28 000 av. J.-C.) les premiers hommes ont apposé leurs mains sur des parois les cernant de pigments pour créer des mains négatives ou les appliquant pour réaliser des positifs. Ces représentations votives mettent en scène ce avec quoi l'homme appréhende le monde et assure sa survie: son arme et son outil. Des images de mutilations supposées, sur un ou plusieurs doigts, ont été retrouvées (Cargas 27 000 av. J.-C., Maltravieso 15 000 av. J.-C.) sans que leur signification soit très claire: rites, maladies, séquelles traumatiques ou langage conventionnel? La discussion entre « main symbole » ou « main symptôme », apparaît déjà.

**Archéo-diagnostics ?** La précision descriptive de la médecine égyptienne a permis nombre de diagnostics. Toutefois, l'art pariétal égyptien glorifie Pharaon et son entourage. Quelques pathologies y sont reconnaissables (poliomyélite, amputations, etc.). En revanche, la main est représentée longue, fine et plate, sans expression, sans plis significatifs. Deux positions récurrentes sont identifiables: les deux mains alignées, poignets en extension en signe de recueillement ou d'adoration. L'autre, la psychostasie, représente les mains apportant des offrandes physiques aux divinités. La symbolique domine et représente toujours Pharaon avec deux mains ipsilatérales. La forme importe moins que la signification et l'on en transcende la représentation. Sa simplification stylistique semble augmenter son poids symbolique, elle n'a aucune vocation réaliste. Il n'y a pas de « mains symptômes ».

**Icono-diagnostics ?** L'antiquité grecque, la statuaire de l'âge classique, n'ont pas vocation à la déformation, l'harmonie est le dogme. Au niveau de la main, les représentations « diagnostiques » – en dehors de quelques bas-reliefs à visée éducative strictement médicale autour d'Esculape, Hygée et Panacée – sont rares.

L'art médiéval représente volontiers la main à la façon égyptienne, longue et fine, jusque chez les primitifs flamands. L'artiste médiéval travaillait d'après « l'exemplum » et devait s'accorder en premier lieu avec la tradition et seu-

lement en second avec la réalité. Il ne s'agit pas d'une limitation technique des artistes du temps, mais bien d'un choix délibéré laissant peu de place au symptôme.

On peut retenir trois positions signifiantes: l'annulaire et l'auriculaire échis, les autres doigts en extension; de profil c'est la main du Christ bénissant, de face c'est celle du Christ en majesté. L'ouverture marquée de la première commissure isole le pouce et visualise l'espace de préhension. Enfin, l'index tendu, indicateur ou menaçant, souligne, voire éveille ou anime, tel l'index de Dieu au plafond de la Sixtine sous le pinceau de *Michel Ange* (1510).

La Renaissance italienne, revenant à l'harmonie platonicienne, est souvent opposée à la Renaissance flamande, qui serait celle de la réalité. L'une serait symbolique et l'autre symptomatique. Toutes deux veulent illustrer la grandeur de l'œuvre du créateur dans sa magnificence. La représentation esthétique prend le pas sur la représentation sacrée<sup>(8)</sup>. Le « *De Humani Corporis Fabrica* » de *Vésale* (1514-1564) est publié à Bales en 1543. *Léonard de Vinci* et *Albrecht Durer* (1471-1528) ont alors déjà déséqué le corps humain et ses proportions.

*Vinci* mit le premier l'art au service de l'anatomie et de la compréhension de la fonction alors que la tradition des peintres anatomistes mettait l'anatomie au service de l'art, à la recherche de la forme, tel *Michel Ange* (1475-1564). *Vinci* resta toujours impressionné par la force picturale des masses musculaires dans l'œuvre de *Michel Ange*.

L'autoportrait de *Dürer* « Au manteau de fourrure » (1500) (figure 3), est le seul où l'artiste se représente de face dans une posture christique. L'image est équilibre et majesté. L'index droit, tendu capte le regard. La raideur de l'index, son aspect baguette et la perte des plis pourraient évoquer quelque pathologie. En fait, cette position fait sens, elle pointe l'angle supérieur droit du panneau où l'on peut lire: « *Albertus Durerus Noricus ipsum me propiis sic effingebam coloribus aetatis anno XXVIII* » (*Albrecht Dürer* de Nuremberg, me suis ainsi peint moi-même avec des couleurs indélébiles à l'âge de 28 ans).

Par cet artifice stylistique, *Durer* « sur-signe » son œuvre où son habituel parape se retrouve en haut à gauche. Cette position se répète et devient un véritable maniérisme. *Durer*, qui a toujours travaillé la représentation des mains et croqué les siennes à tous les âges de sa vie, ne montre jamais de déformations cliniques significatives. La main reste avant tout symbole, elle concourt au discours pictural.

## — DU MANIÉRISME AU BAROQUE —

L'utilisation symbolique de la main et les effets stylistiques que permet sa forte puissance expressive est constante.

Le panneau central du retable d'Issenheim (1514) l'illustre bien (figure 4). La douleur silencieuse de Marie, le désespoir de Marie-Madeleine, la dénonciation de Saint Jean-Baptiste et le cri silencieux du Christ en croix s'expriment par les mains.

En 1936, la main droite de « La Prémonition de la Guerre » de Dali (1933-1987) est un cri, sa crispation symbolise la souffrance et l'horreur, comme celle du Christ d'Issenheim. « La grande crucifixion hypercubique » (1954) est une référence explicite à Grünewald.

Symbole ou symptôme, certaines œuvres prêtent à discussion. Dequeker<sup>(9)</sup> a examiné une « Tentation de Saint Antoine » de la fin du 15<sup>e</sup> siècle. Le diable est, en bas à gauche, représenté conventionnellement sous l'aspect d'un mendiant difforme et sinistre. Son poignet droit luxé, avec une déviation des MP et des doigts en crochets avec boutonnières, évoque un possible diagnostic de main rhumatoïde. On pourrait aussi penser séquelles traumatiques, lépreuses ou infectieuses banales. La question reste ouverte.

Le maniérisme reproduit les postures symboliques poussant à certaines évocations diagnostiques. On pourrait évoquer des camptodactylies : tous les modèles renaissants en étaient-ils porteurs ? Il s'agit ici de rendre la main significative. Le maniérisme conduit au baroque où les gestes se veulent discours théâtral. Cette exagération du Baroque n'est pas apte à une illustration symptomatique. Elle amplifie le tragique de la représentation.

### Les peintres de la réalité

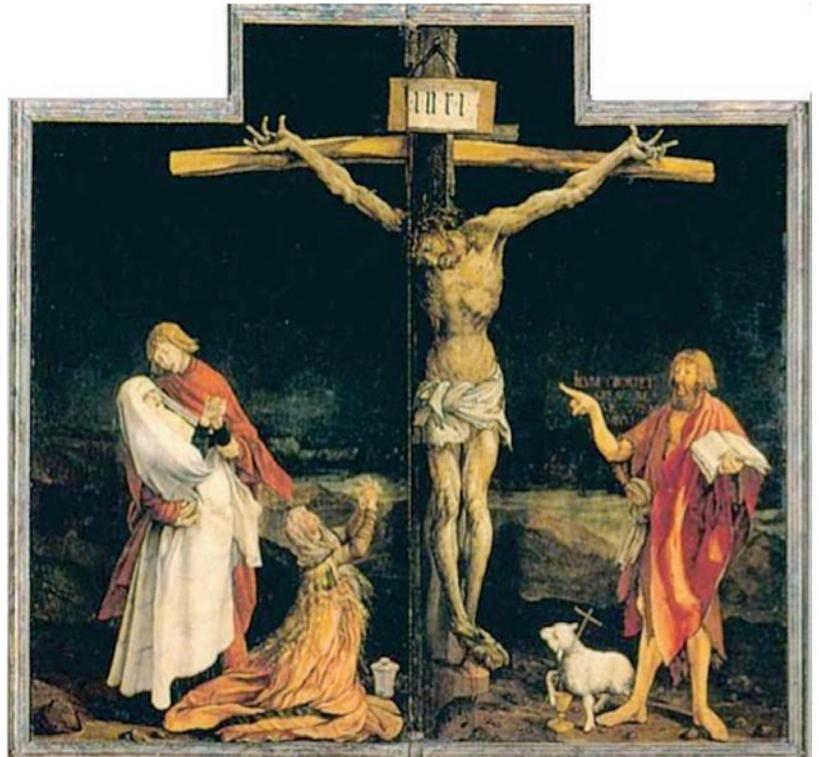
De la fin du 16<sup>e</sup> siècle à la fin du 18<sup>e</sup>, des frères Le Nain (1588-1677) à Greuze (1725-1805), les « peintres de la réalité » représentent la main avec une précision quasi entomologique. Ce sont des mains saisies dans les mouvements de la vie. Nombre de déformations peuvent être rattachées à un symptôme clinique reconnaissable, mais beaucoup ne reflètent que l'usure du temps.

## — LA LIGNE ET LA NÉCESSITÉ —

La main, symptôme du peintre, impose ses effets stylistiques. Les mains du « cri » (1893) de Munch (1863-1944) soulignent l'effroi et une lecture historiographique pourrait parler de baroque. « La forme garantit la possibilité de maintenir dans un espace circonscrit les flux irréguliers et pourtant plein de grâce, de la fantaisie et de l'inspiration. »<sup>(10)</sup>



› Figure 3 : autoportrait au manteau de fourrure (1500) de Albrecht Dürer (1477-1528)



› Figure 4 : panneau central du retable d'Issenheim (1512-1514) de Matthias Grünewald (circum 1475/1480-1528)



Chez *Picasso* (1881-1976), les exemples sont nombreux (« La demoiselle au corbeau » (1904), « Le Dîner de l'aveugle » (1904), etc.). L'artifice stylistique concourt à l'expression. Les mains sont sur-dimensionnées, renforçant l'expressivité. Plus tard les mains du « Fou » (1909) ou celles de « Guernica » (1937), pathétiques, sont aussi fortes que celles du retable d'Issenheim.

Dans l'art contemporain, les corps sont volontiers fragmentés, désarticulés. Avec une violence calculée, les mains évoquées, suggérées, ébauchées, véhiculent un discours complexe. Elles sont « comme un sismographe de l'impulsivité des corps ». Dans le trait, symptomatique de l'art contemporain, se condense le travail de l'inconscient comme un arrêt sur image. Les mains sont vectrices du message que fait passer l'artiste. L'art contemporain n'illustre plus un récit pictural, il est plus introspection qu'illustration.

## — CONCLUSION —

La forme ne peut se dissocier du contenu et le spectacle visuel est investi d'une signification plus que visuelle dans toute œuvre d'art. L'analyse de *Panovsky* <sup>(1)</sup> considère qu'y coexiste des gestes de signification factuelle et expressive (les symptômes possibles), ainsi que des gestes de signification conventionnelles (symboliques). Ils sont du domaine de l'apparence. Une troisième signification intrinsèque, essence de la toile, s'inscrit dans le contexte du temps et ressort de l'inconscient de l'artiste.

Dire que sa main « trahie » le peintre reste un mot, mais elle agit sur lui et le surprend même dans ses gestes techniques les plus travaillés. Elle ne va pas trahir son éventuelle maladie mais plutôt son être, et sa représentation en est aléatoire. Quelle place le procédé garde-t-il par rapport à l'intériorité ? « Toute recherche tendant à produire un effet traditionnel est plus ou moins marquée par l'intervention de la conscience. Mais l'art appartient à l'inconscient. ».

Comme le voulait *Kandinski*, la peinture tend à devenir « un art d'intériorité comme la musique ». Le symptôme, moyen

de communication entre le sujet et son inconscient, prend un sens symbolique qui vient interférer avec la réalité du peintre comme du patient. Il devient indispensable au maintien de l'équilibre interne de l'un ou de l'autre.

La représentation des mains dans l'art peut être descriptive d'un symptôme mais, bien plus souvent, elle tient un rôle de médiateur et de vecteur d'un état d'âme. « *En Art, il n'y a que des apparitions, il n'y a que des surgissements.* » (*André Masson*).

Avec l'aimable autorisation de reproduction de Kinésithérapie Scientifique. Toute référence à cet article sera mentionnée telle que: *Moutet F, Forli A, Corcella D, Mesquida V, Semere A. La main dans les Beaux-Arts. Kinésithér Scient. 2014;555:5-9. Tous droits réservés.*

## — CONTACT —

Pr François Moutet  
Clinique de chirurgie de la main et des brûlés / CHU de Grenoble SOS Main Grenoble,  
Hôpital Albert Michallon, Grenoble (38)

## — BIBLIOGRAPHIE —

1. Panofsky E. *Les primitifs flamands*. Paris: Hazan Éditeur, 2003.
2. Alacron-Segovia D, Laffon A, Alcocer-Varela J. Probable depiction of juvenile arthritis by Sandro Botticelli. *Arthritis Rheum* 1983;26:1266-8.
3. Cornil MV. *Mémoire sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique*. Paris: CR Soc Biol, 1864.
4. Dequeker J. Arthritis in Flemish paintings (1400-1700). *Br Med J* 1977;1:1203-5.
5. Kahn MF. Peinture et polyarthrite rhumatoïde. *Rev Prat* 1989;32:1884-5.
6. Pedersen LM, Permin H. Rheumatic disease, heavy-metal pigments, and the Great Masters. *Lancet* 1988;1: 1267-9.
7. Charon P, Thillaud PL. *L'invention de la paléopathologie. Une anthologie de langue française (1820-1930)*. Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2010.
8. Panovsky E. *L'œuvre d'art et ses significations. Essai sur les arts visuels NRF*. Paris: Gallimard, 1969.
9. Dequeker J, Rico H. Rheumatoid arthritis deformities in an early 16th century painting of the Flemish-Dutch school. *JAMA* 1992;268: 249-51.
10. Oliva AB. *L'idéologie du trait: art, manière, maniérisme*. Paris: L'Harmattan, 2006.

# La physiothérapie agit !

Recherche de thérapeutes sur [www.sitedespatisiens.ch](http://www.sitedespatisiens.ch)

NOTRE PASSION – VOTRE MOUVEMENT.

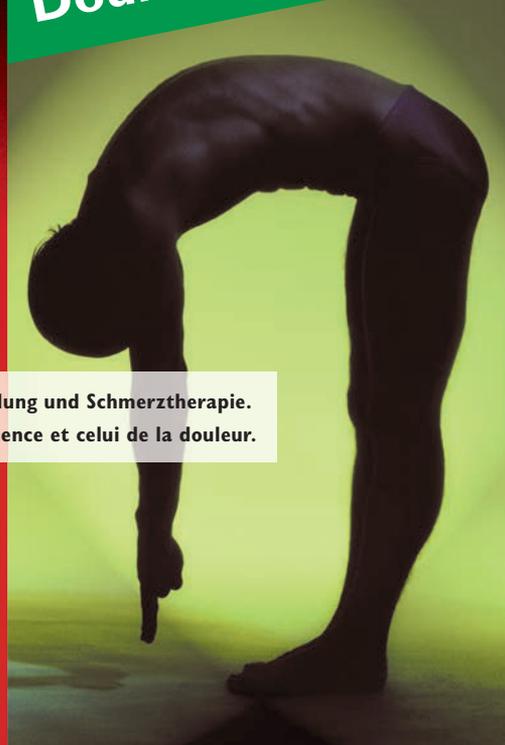
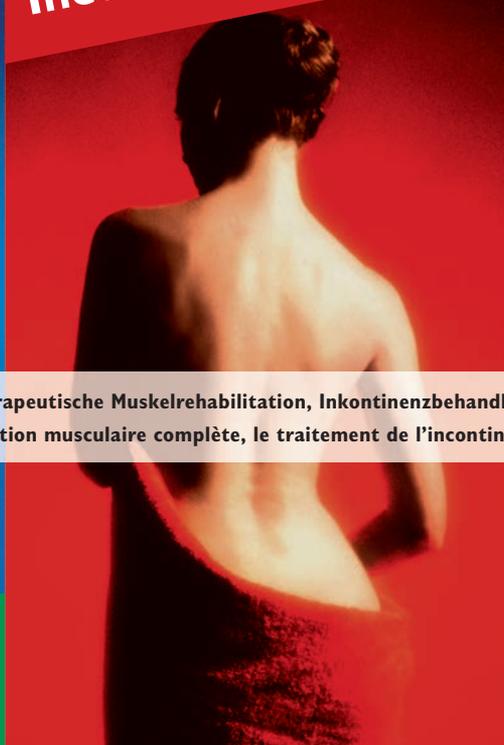


L'Association suisse de physiothérapie

Muskeln reizen!  
Muscles raffermis!

Inkontinenz behandeln!  
Incontinence traitée!

Schmerz lindern!  
Douleur soulagée!



Geräte, Zubehör & Schulung für die komplette therapeutische Muskelrehabilitation, Inkontinenzbehandlung und Schmerztherapie.  
Appareils, accessoires & formation pour la rééducation musculaire complète, le traitement de l'incontinence et celui de la douleur.

Therapeuten und Ärzte: Attraktive Rabatte  
bei Wiederverkauf oder Mietvermittlung!  
Thérapeutes et médecins : rabais intéressants  
en cas de revente ou de location !

www.parsenn-produkte.ch Tel. 081 300 33 33  
Klus, CH - 7240 Küblis Fax 081 300 33 39

**parsenn-produkte ag**  
kosmetik • pharma • med. geräte



**AIREX®**



Hygiène



Confort



Polyvalence

## Effet thérapeutique maximal avec les produits balance d'AIREX

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

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

www.my-air-ex.com | facebook.com/myairex | made in switzerland



## Pouce douloureux - Rhizarthrose

### QU'EST-CE QUE LA RHIZARTHROSE ?

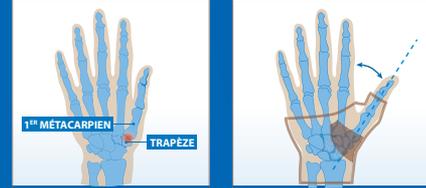
La **rhizarthrose** touche principalement la femme après 50 ans et débute le plus souvent par la main dominante mais les deux mains peuvent aussi être atteintes. Son évolution par crises provoque de douloureuses poussées inflammatoires et aboutit progressivement à l'enraidissement et à la déformation du pouce. Il devient peu à peu impossible de saisir un objet entre le pouce et l'index ou les autres doigts.



Le port pendant la journée de l'Orthèse pouce souple EPITACT®, aide à soulager les douleurs articulaires à la base du pouce (rhizarthrose), en limitant les micro-mobilisations passives traumatisantes. Contrairement aux orthèses rigides, l'Orthèse pouce souple EPITACT® est conçue pour s'adapter aux contraintes de la vie quotidienne. Elle n'intègre aucun «scratch» agressif risquant d'abîmer les vêtements. Fine et discrète, elle vous permet de continuer à porter votre montre ou vos bijoux.

Disponible en pharmacies et drogueries

### COMMENT FONCTIONNE L'ORTHESE POUCE SOUPLE ?



#### 1. MAINTIEN LE POUCE EN POSITION DE REPOS

L'alignement des os du pouce va limiter les forces s'exerçant sur l'articulation trapèzo-métacarpienne et soulager la douleur.

#### 2. ABSORBE LES MICRO-MOBILISATIONS TRAUMATISANTES

Pendant la journée, le pouce semble au repos alors qu'il bouge sans cesse avec le déplacement des mains dans l'espace. L'orthèse souple va maintenir le pouce et le 1er métacarpien sans les immobiliser. Ce maintien proprioceptif va aider à absorber les micro-mobilisations traumatisantes et limiter ainsi les poussées inflammatoires douloureuses.

#### 3. MAINTIEN LA CHALEUR LOCALE

L'orthèse EPITACT® a un effet antalgique en maintenant la chaleur locale grâce aux propriétés de son tissu et de son tendon en silicone Epithelium Flex®.

Vendue à l'unité	Mesurez le contour de votre poignet (Si vous hésitez entre 2 tailles, choisissez la plus petite)		
	S 13 ≤  ≤ 14,9 cm	M 15 <  ≤ 16,9 cm	L 17 <  ≤ 19 cm
ORTHÈSE POUCE	PHARMACODE	PHARMACODE	PHARMACODE
MAIN DROITE	5995708	5995720	5995743
MAIN GAUCHE	5995714	5995737	5995766



**1999 CHF TTC**

Au lieu de 2599 Chf

Offre valable jusqu'au 01-12-2015



## 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)



### SECRETARIAT TÉLÉPHONIQUE

Vos correspondants ne font aucune différence nous répondons en votre nom ou votre raison sociale.

- > Collaboratrices qualifiées
- > 5 jours par semaine 8 à 19 heures
- > Utilisation à la carte

### « NOUS RÉPONDONS POUR VOUS »

#### NOS PRESTATIONS

- > SERVICE SUR DEMANDE : UN JOUR, UNE SEMAINE, UN MOIS
- > GESTION DE VOTRE AGENDA EN TEMPS RÉEL
- > FACILITÉ D'UTILISATION
- > RETRANSMISSION DES MESSAGES
- > PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR INTERNET
- > RAPPEL DES RENDEZ-VOUS PAR SMS
- > TRANSFERT D'APPEL URGENT
- > COMPATIBILITÉ AVEC VOTRE PROPRE LOGICIEL D'AGENDA



**MEDES**  
VOTRE TÉLÉSECRETARIAT  
DEPUIS 1993

MEDES SÀRL  
Route de Jussy 29 > 1226 Thônex  
T. 022 544 00 00 > F. 022 544 00 01  
[info@medes.ch](mailto:info@medes.ch)

[WWW.MEDES.CH](http://WWW.MEDES.CH)

# Phygest



Gestion



Efficacité



Rapidité

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

....conçu pour et réalisé par des physiothérapeutes

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



# De l'utilité de la prescription médicale de physiothérapie

YVES LAREQUI

Physiothérapeute-Ostéopathe

**Mots-clés:** physiothérapie, prescription de physiothérapie, cadre légal, accès direct

**Key words:** physiotherapy, physiotherapy prescription, legal frame, direct access

## — RÉSUMÉ —

La prescription de physiothérapie représente un casse-tête tant pour le médecin que pour le physiothérapeute qui doivent évoluer dans un cadre légal restrictif. Cette étude propose de définir le profil type du médecin prescripteur grâce à 538 prescriptions médicales de physiothérapie collectées auprès de 5 cabinets de physiothérapie indépendants dans le canton de Vaud (Suisse). La spécialité du médecin prescripteur, le type de formulaire de prescription, les différents diagnostics et les mesures physiothérapeutiques prescrites sont passés en revue et analysés.

Les résultats démontrent que les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de physiothérapie, que différents formulaires de prescriptions sont utilisés par les médecins laissant une liberté relative au physiothérapeute de pratiquer sa profession, que la prescription ne peut contenir que des éléments diagnostiques vagues par respect de la protection des données des patients vis-à-vis des assureurs maladie et finalement que plus de 80 % des médecins jugent que les physiothérapeutes sont compétents pour choisir le traitement le plus adéquat pour le patient.

Ces données sont comparées avec celles d'une étude similaire réalisée en 1993 et non publiée.

Compte tenu de ces éléments, la question se pose de l'utilité réelle de la prescription médicale de physiothérapie et s'il ne faut pas changer de paradigme relationnel, hiérarchique vertical actuellement, vers une relation plutôt horizontale dans un système d'accès direct.

## — INTRODUCTION ET CADRE LÉGAL —

En Suisse, la physiothérapie est une profession soumise à une prescription médicale depuis les années 1965 dans le cadre de la LAMA qui, elle datait de 1912. Avec la révision de cette dernière et l'introduction de la LAMal en 1996, l'exercice de la physiothérapie est toujours soumis à une prescription médicale et, selon l'Ordonnance sur l'Assurance Maladie (OAMal), les physiothérapeutes sont des « personnes prodiguant des soins sur prescription médicale... » (voir Encadré 1).

### Section 6

Personnes prodiguant des soins sur prescription médicale et organisations qui les emploient

#### Art. 46

En général

1 Sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les personnes suivantes qui exercent à titre indépendant et à leur compte:

**a. physiothérapeutes;**

b. ergothérapeutes;

c. infirmières et infirmiers;

d. logopédistes/orthophonistes;

e. <sup>136</sup> diététiciens.

Ces personnes doivent être admises en vertu du droit cantonal et remplir les autres conditions d'admission fixées dans la présente ordonnance.

#### Art. 47 <sup>137</sup> Physiothérapeutes

1 Les physiothérapeutes doivent:

a. <sup>138</sup> être titulaires du diplôme d'une école de physiothérapie reconnu ou reconnu équivalent par l'organisme désigné en commun par les cantons, ou d'un diplôme reconnu selon la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle <sup>139</sup>;

b. <sup>140</sup> avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'un physiothérapeute ou d'une organisation de physiothérapie admis en vertu de la présente ordonnance, dans un service hospitalier spécialisé en physiothérapie ou dans un cabinet médical spécialisé sous la direction d'un physiothérapeute qui remplit les conditions de la présente ordonnance.

➤ Encadré 1: Article 46 de l'Ordonnance d'application (OAMal) de la loi sur l'assurance maladie (LAMal)

Il faut encore noter que, fédéralisme oblige, la pratique de la physiothérapie est soumise aux lois cantonales sur la santé publique. Dans le canton de Vaud, lieu où s'est déroulée cette étude, la loi sur la santé publique, précise concernant les physiothérapeutes :

**Art. 127 Physiothérapeutes**

Le physiothérapeute administre, sur prescription du médecin, du médecin-dentiste ou du chiropraticien des thérapies manuelles et des traitements mettant en œuvre des agents physiques tels que mouvements, chaleur, électricité notamment.

Il détermine de lui-même le traitement qu'il juge le mieux adapté au patient lorsque le médecin, le médecin-dentiste ou le chiropraticien ne l'a pas précisé.

Lorsque le physiothérapeute dispense des soins à but préventif à des personnes présumées en bonne santé, la prescription médicale n'est pas requise.

Le physiothérapeute exerce à titre dépendant ou indépendant.

➤ Encadré 2 : Article 127 de la Loi sur la Santé Publique du canton de Vaud

Jusqu'à la fin des années 1980, les médecins prescrivaient des traitements de physiothérapie de la même manière qu'un médicament en précisant non seulement les techniques à effectuer, mais encore leurs dosages. Ils procédaient en analogie avec la posologie concernant les médicaments qu'ils prescrivaient, voire même le temps d'application de certaines prestations (par ex. massage lombaire, 20 min.; ultra-sons, 0,8W/cm<sup>2</sup>). Le nombre de séances par semaine et le total des séances étaient spécifiés. Le physiothérapeute n'était qu'un simple exécutant.

Cette situation a conduit à une réflexion sur la notion d'indépendance du physiothérapeute (la notion d'accès direct était taboue à cette époque). Lors d'une réunion avec M. Jacques Dunand, à cette époque Directeur de l'école de physiothérapie de Genève, nous avons ciblé notre réflexion sur 2 axes :

- Le fait que les médecins prescrivaient des traitements qu'ils ne connaissaient pas vraiment ou peu. Ce qu'ils connaissaient de la physiothérapie se limitait à quelques heures théoriques concernant cette discipline pendant leurs études de médecine et ce qu'ils pouvaient apprendre des physiothérapeutes eux-mêmes lors de leurs stages d'assistantat.
- Le fait que la prescription de physiothérapie contraignait le physiothérapeute à effectuer un traitement qui correspondait à la situation pathologique du patient au temps « t » et ne tenait pas compte de l'évolutivité et des progrès dans la situation du patient impliquant une modification du traitement physiothérapeutique dans le temps. Le physiothérapeute se trouvait donc dans une situation figée.

Il y avait aussi parmi les physiothérapeutes, il faut bien le reconnaître, une certaine frustration d'être cantonnés dans le rôle de simples exécutants que nous octroyait la loi.

De retour dans le canton de Vaud, MM. *Philippe Mercier*, *Christian Francet* et moi-même (tous physiothérapeutes indépendants) avons tenté de concrétiser ces réflexions et avons finalement mis en forme un formulaire de prescription qui donnait la possibilité au physiothérapeute d'avoir une plus grande liberté de manœuvre et d'obtenir une codécision médecin-physiothérapeute sur les traitements à effectuer. Ce formulaire proposait au médecin d'indiquer des objectifs thérapeutiques à atteindre et laissait le physiothérapeute libre de choisir les techniques et les moyens adéquats pour atteindre au mieux ces objectifs. Cette démarche visait à donner au physiothérapeute une certaine autonomie dans le choix des techniques à utiliser et, surtout, cela lui permettait d'adapter son traitement en fonction de l'évolution de la pathologie du patient dans le temps.

Après des échanges laborieux avec le corps médical, la Société Vaudoise de Médecine a accepté de prendre à son compte le formulaire que nous lui propositions avec son logo. C'est le formulaire de prescription de physiothérapie que nous connaissons encore actuellement dans le canton de Vaud.

Ensuite, grâce au travail de M. *Francet*, alors membre du comité de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes (actuellement physioswiss), ce modèle de prescription de physiothérapie (celui que nous connaissons aujourd'hui) a été adopté dans toute la Suisse. Pourtant, contrairement aux idées reçues, il n'y a aucune base légale pour imposer un modèle de « bon de physiothérapie » plutôt qu'un autre et le médecin peut donc prescrire de la physiothérapie sur le support qui lui convient le mieux et peut très bien utiliser son bloc d'ordonnances habituel.

L'objectif de cette petite étude est de faire l'état des lieux de la prescription de physiothérapie depuis le début des années 1990 et d'analyser les évolutions éventuelles dans la manière qu'ont les médecins de prescrire la physiothérapie. Nous comparerons ces données avec celles d'une étude identique effectuée en 1993 et non publiée. Compte tenu de l'évolution des études de physiothérapie et leurs passages au niveau académique (Hautes Ecoles Spécialisées), un autre objectif est de susciter une nouvelle réflexion sur l'utilité de la prescription de physiothérapie dans un contexte où une tendance à l'accès direct se fait plus pressante au sein de la profession à l'instar de nombreux pays dans le monde qui ont déjà obtenu l'habilitation à traiter leurs patients sans prescription du médecin (Australie, Grande-Bretagne, plusieurs états des Etats-Unis, Canada, Irlande, Pays-Bas, notamment) tout en étant remboursés par les assurances maladie sociales.



## — MÉTHODE —

538 prescriptions médicales de physiothérapie ont été collectées auprès de 5 cabinets de physiothérapie indépendants du canton de Vaud et plus particulièrement en zone urbaine (Lausanne, Nyon, Vevey).

Chaque physiothérapeute participant à l'étude devait mentionner :

### 1) La spécialité du médecin prescripteur parmi la liste suivante :

Généraliste / Interniste	Rhumatologue	Médecine physique et rééducation
Chirurgien orthopédiste	Pneumologue	Chirurgien
Pédiatre	Gynécologue	Neurochirurgien
Autres (Assistants, Hôpitaux, allergologue, ORL, oncologue, cardiologue, anesthésiste, etc.)		

### 2) Quel type de formulaire de prescription le médecin utilisait :

Prescription « officielle » suisse	Prescription « officielle » vaudoise	Autres formats (formulaires d'ordonnance médicale, formulaires de prescription « officielle » modifiés)
------------------------------------	--------------------------------------	---

### 3) Quel type de diagnostic était mentionné par le médecin prescripteur :

Aucun diagnostic	Diagnostic générique (lombalgie, PSH, gonalgie, etc.)	Zone du corps à traiter
Diagnostic médical précis	Conclusion du rapport de l'imagerie (Rx, IRM, CT scan, etc.)	

Plusieurs réponses étaient possibles par prescription.

### 4) Quels types de mesures physiothérapeutiques étaient prescrits :

Aucune	Des objectifs généraux à atteindre (antalgie, amélioration de la fonction musculaire, articulaire, etc.)	Techniques ou concepts particuliers (DLM, uro-gynécologie, concepts X, Y, Z, etc.)	Autre types de mesures
--------	--	--	------------------------

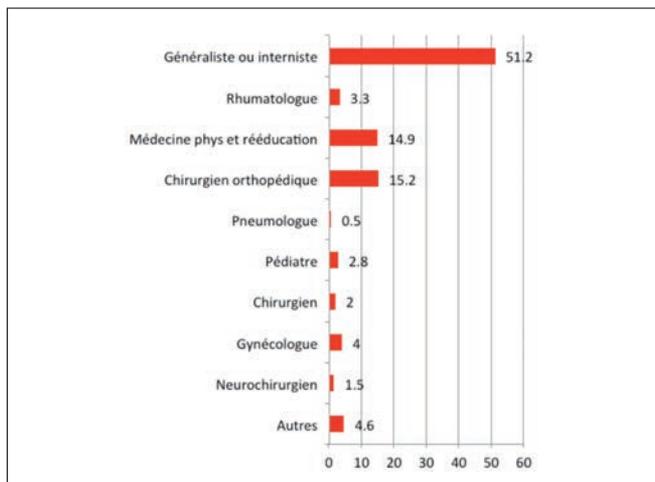
### 5) Les physiothérapeutes participant à l'étude étaient invités à formuler des commentaires concernant la manière dont étaient libellées les prescriptions.

## — RÉSULTATS —

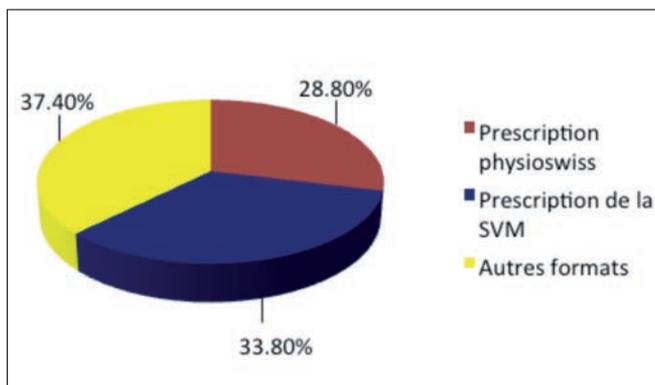
Les résultats de cette étude sont résumés dans les graphiques 1, 2, 4, 5 suivants :

### 1) Spécialité du médecin prescripteur

Il n'est pas surprenant de constater que 51% des 538 prescriptions analysées sont le fait de médecins généralistes, puisqu'ils représentent la population médicale la plus importante. Il est par contre étonnant de remarquer que, parmi les prescriptions de physiothérapie collectées pour cette étude, seules 3,3 % proviennent de rhumatologues et 14,9% de médecins de médecine physique et rééducation, alors que ces derniers, du fait de leur formation particulière dans les domaines des pathologies de l'appareil locomoteur, devraient être les prescripteurs « naturels » de ce type de traitement et, par conséquent, le nombre de prescriptions de ces spécialistes devrait être plus important. Les commentaires des physiothérapeutes qui ont participé à cette étude semblent aussi montrer



► Figure 1: spécialités des médecins prescripteurs de traitements de physiothérapie



► Figure 2: schéma de l'utilisation des différents formulaires de physiothérapie

que, si les connaissances des médecins sur les pathologies référées en physiothérapie ne sont certainement pas à mettre en doute, leurs connaissances et leur vision de la physiothérapie semblent parfois être quelque peu surannées.

Il est aussi étonnant de remarquer que parmi cet échantillon de 538 prescriptions collectées seulement 15,2 % proviennent de chirurgiens orthopédistes. Cela tient peut-être à l'orientation des cabinets de physiothérapie des participants à cette étude qui ne font peut-être pas ou peu d'orthopédie ou de traumatologie.

Dans la catégorie « autres », il faut mentionner des prescriptions issues des spécialités suivantes: ORL, allergologues, anesthésistes, ainsi que les médecins et assistants des hôpitaux et centres médicaux vaudois. Cela représente 4.6 % des prescriptions collectées.

Les résultats de cette étude concernant les prescriptions et les spécialités des médecins prescripteurs sont légèrement différents de ceux de l'étude similaire de 1993 non publiée, puisque la majorité des prescriptions collectées à cette époque (768 prescriptions sur 1014 collectées), provenaient de médecins généralistes et médecine interne et représentait 65.6 % (+ 15 % par rapport à notre étude). Les prescriptions des rhumatologues culminaient déjà à 2.7 %, celles des orthopédistes à 17.3 % et celles des médecins de médecine physique et rééducation à 1.9 % (contre 14.9 % dans notre étude).

### 2) Formulaire de prescription

Les formulaires de prescription de physiothérapie utilisés en Suisse et particulièrement dans le canton Vaud, lieu de notre étude, découlent de la LAMal (Loi sur l'Assurance Maladie), et de l'OPAS (Ordonnance sur les Prestations de l'Assurance des Soins). Ces dernières définissent clairement les conditions de prise en charge des traitements de physiothérapie par les assureurs-maladie. Le médecin est entièrement libre de déterminer le nombre de séances de physiothérapie qui sont nécessaires pour l'amélioration de l'état du patient et ce dernier peut librement choisir son physiothérapeute. Pourtant le médecin ne peut pas prescrire plus de 9 séances par prescription; au-delà, le médecin doit renouveler sa prescription. Au-delà de 4 séries de 9 séances par cas il doit établir un rapport médical au médecin-conseil de la caisse maladie motivant la poursuite du traitement au-delà de 36 séances.

Il n'existe, en Suisse, aucune règle ou base légale pour imposer un formulaire de prescription de physiothérapie plutôt qu'un autre. Le médecin peut donc prescrire de la physiothérapie sur le support qui lui convient le mieux.

Ainsi, dans notre étude, nous avons répertorié trois types de formulaires les plus couramment utilisés :

- Le formulaire de physioswiss : ([http://www.physioswiss.ch/download/online/Verordnungsformular08\\_F.pdf](http://www.physioswiss.ch/download/online/Verordnungsformular08_F.pdf)) qui est utilisé dans 28,8% des cas
- Le formulaire de la Société Vaudoise de Médecine (SVM) (fig. 3) qui a été le premier document qui octroyait une codécision entre le médecin et le physiothérapeute dans la prescription des mesures thérapeutiques (voir plus haut: Introduction et cadre légal). Ce formulaire est utilisé dans 33,8 % des cas.

**PRESCRIPTION DE TRAITEMENT DE PHYSIOTHERAPIE**

Nom et prénom du patient : .....

Année de Naissance : .....

Maladie  Accident  Atteinte neurologique

Traitement à domicile  Prêt d'appareil

Région(s) à traiter : 1).....

2).....

**BUTS DU TRAITEMENT**  
(A remplir par le médecin)

Antalgie / action anti-inflammatoire

Amélioration de la fonction articulaire

Amélioration de la fonction musculaire

Proprioception / coordination

Amélioration de la fonction cardiaque / respiratoire

Contention

.....

**MOYEN(S) – METHODE(S)**  
(A compléter par le médecin s'il le désire)

Le physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement

Nombre de séances prescrites .....

Date : .....

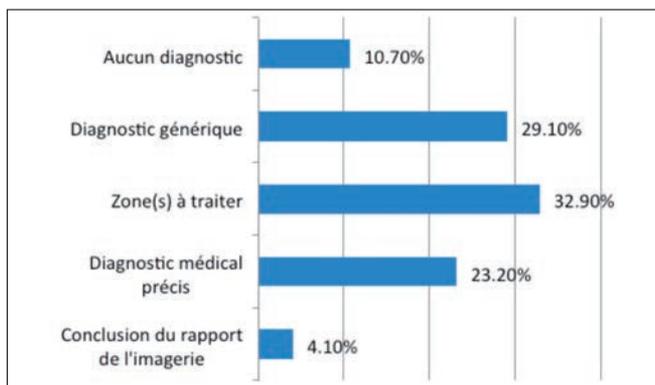
Diagnostic(s) et indication(s) confidentiel(s) (reste(nt) en possession du physiothérapeute)

Prochaine consultation : - après.....séances

- date : .....

Précaution(s) / Contre-indication(s) / méthodes à exclure

➤ Figure 3: formulaire de prescription de physiothérapie de la Société Vaudoise de Médecine



➤ Figure 4: types de diagnostic les plus fréquemment rencontrés sur les prescriptions de traitement de physiothérapie

- Les autres formulaires de prescriptions de physiothérapie utilisés sont constitués pour la grande majorité du papier d'ordonnance habituel du médecin; d'autres formulaires de prescription d'hôpitaux qui s'inspirent de celui de la SVM ou le formulaire de l'Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants ([http://www.physiosuisse.ch/WD160AWP/WD160Awp.exe/CONNECT/Physiosuisse?\\_WWREFERER\\_=https%3A//www.google.ch&\\_WWNATION\\_=5](http://www.physiosuisse.ch/WD160AWP/WD160Awp.exe/CONNECT/Physiosuisse?_WWREFERER_=https%3A//www.google.ch&_WWNATION_=5)) complètent ce groupe « Autres formats» qui correspondent à 37,4% des cas.

La situation était notoirement différente en 1993, puisque la « nouvelle » prescription (le formulaire de la SVM encore d'actualité aujourd'hui) venait d'entrer en vigueur et de nombreux autres formulaires, tous différents les uns des autres, étaient encore utilisés. Il faut néanmoins souligner que ce nouveau formulaire de prescription (fig. 3) qui donnait une autonomie nouvelle au physiothérapeute en matière de choix du traitement a été rapidement plébiscité par les médecins prescripteurs. En effet, moins de deux ans après sa mise en circulation dans le canton de Vaud, 67 % des médecins prescripteurs de physiothérapie avaient adopté ce formulaire.

### 3) Diagnostic

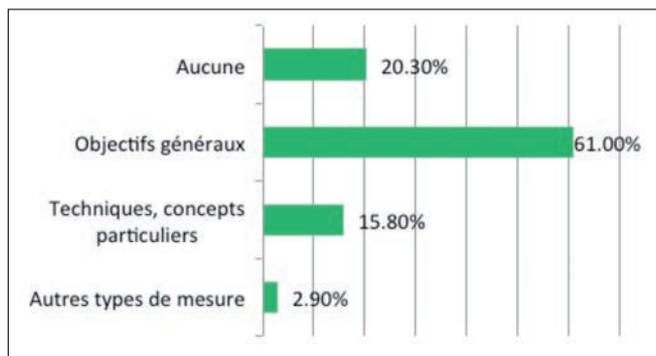
Quel qu'il soit, le formulaire de physiothérapie pose des problèmes en relation avec la protection des données du patient. En effet, l'assureur maladie exige qu'un certain nombre d'indications figurent sur ce formulaire et notamment le diagnostic médical. Afin de protéger les données des patients, la plupart des médecins ne précisent pas de diagnostics précis. Seules 23,2 % de ces prescription mentionnent un diagnostic. Mais, afin d'être en règle avec la loi, la plupart des médecins mentionnent, soit un diagnostic « générique » sans spécificité, de type « lombalgie », « gonalgie », « PSH », etc., soit la ou les zones du corps à traiter (nuque, cheville, épaule, etc.). D'autres ne précisent aucun diagnostic et/ou aucune zone à traiter, mais mentionnent comme seule indication : X séances de physiothérapie. D'autres médecins se contentent de mentionner la conclusion du rapport de l'imagerie que le patient a subi (4,1% des prescriptions).

Le médecin si nécessaire, peut fournir au physiothérapeute des indications confidentielles ou plus précises sur un document séparé afin que ces données ne soient pas lues par des employés administratifs des caisses maladie. Dans ce but, il peut aussi adresser ces données sensibles directement au médecin-conseil de l'assureur. Ainsi le physiothérapeute se retrouve dans 78,7% des cas avec une prescription contenant des indications très restreintes concernant l'état du patient, sa pathologie, ses comorbidités éventuelles. A lui donc de développer sa propre image de son patient grâce à une anamnèse,

un examen clinique, des tests fonctionnels, etc. qui lui permettront, à défaut d'un diagnostic médical, d'établir un diagnostic physiothérapeutique dont découlera un programme thérapeutique.

En comparaison avec l'étude de 1993, ces valeurs ne sont pas très différentes, puisque, à cette époque, 22 % des prescriptions ne mentionnaient aucun diagnostic (contre 10,7 % dans notre étude), 25 % un diagnostic générique, 25 % la ou les zone(s) à traiter, alors qu'elles étaient seulement 17 % à spécifier un diagnostic médical précis (contre 23,2 % dans la présente étude).

#### 4) Mesures physiothérapeutiques prescrites



► Figure 5: principales mesures physiothérapeutiques généralement prescrites par les médecins

Les actes de physiothérapie représentent le cœur même de cette corporation. Comme nous l'avons vu plus haut ils sont clairement délimités et spécifiés par la loi (OPAS). Cela ne signifie pas que le physiothérapeute ne peut pas pratiquer d'autres actes que ceux définis par la loi, mais seuls ces derniers pourront être remboursés par les assureurs maladie. <sup>(1)</sup>

Le médecin prescripteur devrait donc se cantonner à prescrire seulement les prestations contenues dans ce catalogue reconnu par la loi sur l'assurance maladie.

Dans les faits, notre étude démontre que très peu de médecins prescrivent précisément les actes de ce catalogue et grâce au formulaire de prescription mis au point au début des années 1990, le médecin n'est plus obligé de prescrire des actes qu'il ne connaît souvent pas, mais peut se contenter de prescrire des objectifs thérapeutiques à atteindre pour son patient (analgésie, amélioration de la fonction articulaire, de la fonction musculaire, de la coordination, de la fonction cardio-pulmonaire, de la fonction circulatoire, etc.). Il a donc la possibilité de laisser le physiothérapeute libre de choisir les techniques, les méthodes et les moyens pour atteindre au mieux les objectifs thérapeutiques.

Cette attitude se retrouve dans les résultats de notre étude qui montre que 80,3 % des prescriptions ne

comportent aucune mesure thérapeutiques (20,3 %) ou fixent des objectifs généraux laissant le physiothérapeute libre de choisir le traitement qu'il juge le plus approprié (61 %).

Seuls 15,8 % des prescriptions mentionnent des méthodes ou techniques précises comme s'il s'agissait d'un médicament. Les commentaires apportés par les participants mentionnent même pour certains, dans la rubrique « Méthode(s) à exclure » : « toutes sauf celles prescrites » (sic !).

D'autres commentaires précisent, et c'est heureusement généralement la règle, que des rapports de confiance s'établissent dans le temps entre médecins et physiothérapeutes, les problèmes liés à la prescription de physiothérapie deviennent secondaires et c'est nettement le patient qui reste au centre des relations entre médecins et physiothérapeutes, ce qui est finalement réjouissant.

Sur ce point, les résultats de cette étude sont superposables à ceux de 1993, puisque déjà à cette époque, 79,8 % des prescriptions laissaient le physiothérapeute libre de choisir les techniques et les méthodes physiothérapeutiques les plus appropriées (contre 81,3 % dans la présente étude. 19 % d'entre elles étaient plus directives et imposaient des mesures physiothérapeutiques plus ou moins précises.

## — DISCUSSION —

Cette étude ne tient compte que d'une petite partie des paramètres permettant de mettre en évidence le profil type du prescripteur de physiothérapie et de la portée même de cette prescription sur le développement des pratiques de la physiothérapie. En effet, la volonté du législateur de contenir le physiothérapeute dans un rôle d'exécutant d'une tâche souvent, par la force des choses, mal définie ne permet pas à ce dernier de développer de nouvelles compétences. Pourtant, le fait d'être assigné à cette tâche indéfinie par la prescription médicale pourrait justement être pour le physiothérapeute une opportunité de développer et d'explorer de nouveaux domaines thérapeutiques. Mais dans cette situation, il va se heurter à l'incompréhension de l'establishment médical d'une part et aux freins imposés par le catalogue des techniques imposé par l'Ordonnance fédérale sur les Prestations dans l'Assurance des Soins (OPAS) et par les assureurs maladie.

Cette étude ne met pas en évidence non plus les motivations du médecin à prescrire de la physiothérapie. Le fait-il par connaissance de ce domaine et de l'importance de ce type de prise en charge, ou est-il sollicité par le patient lui-même afin d'obtenir une prescription ?

(1) Il faut noter que dans la dernière mise à jour de l'OPAS, le catalogue des prestations spécifiques et réservées au physiothérapeute a été modifié au point de ne spécifier que des mesures tellement vagues qu'elles laissent l'opportunité à n'importe qui de pratiquer de la physiothérapie sans diplôme... ; ainsi parmi ce catalogue, on notera : thérapie manuelle (l'ostéopathie, par exemple, est une thérapie manuelle et pourtant elle n'est pas remboursée par l'AOS); physiothérapie détonifiante (que se cache-t-il derrière ce vocable ?), etc.



Est-il sollicité par le physiothérapeute ou prescrit-il de la physiothérapie « en désespoir de cause » ?

Elle ne met pas en lumière non plus pour quelles raisons médicales (ou non médicales d'ailleurs), et pour quels types de diagnostics un patient devrait bénéficier d'un tel traitement.

D'autres développements de cette étude permettraient de répondre plus précisément à ces questions.

Elle ne permet pas non plus de déterminer le poids du nombre de séances prescrites sur les coûts globaux de la physiothérapie. En 1993, le nombre maximum de séances prescrites par prescription étaient de 12, alors qu'actuellement, à la suite des pressions des assureurs maladie, ce nombre maximum est tombé à 9 séances. Il faut aussi mentionner des pressions administratives considérables imposées aux médecins prescripteurs de physiothérapie par les caisses maladie afin de limiter ces prescriptions, créant ainsi confusion et incompréhension auprès de certains médecins.

Cette étude permet néanmoins de se faire une idée succincte, grâce aux 538 prescriptions collectées, des différents types de spécialistes prescrivant préférentiellement de la physiothérapie.

Cette tendance semble montrer que les médecins généralistes / internistes sont les plus grands prescripteurs, ce qui, finalement s'avère logique puisqu'ils représentent le plus grand groupe de médecins. Il faut noter que les médecins les mieux formés aux pathologies de l'appareil locomoteur, les rhumatologues et médecins de médecine physique et réhabilitations ne sont pas les prescripteurs naturels de physiothérapie qu'ils devraient être, mais cette étude ne permet pas de savoir pourquoi si ce n'est que le carcan législatif et les pressions des assureurs ne leur laissent pas les coudées franches dans leur rôle de prescripteur.

Ce cadre législatif (LAMal, OAMal, OPAS), imposé par le lobby des assureurs maladie, ne permet pas, en effet, aux différents praticiens de santé de développer des relations multidisciplinaires confraternelles.

Il impose au médecin d'avoir recours à des subterfuges afin de communiquer au physiothérapeute les éléments nécessaires au traitement de ses patients sans divulguer des données sensibles aux employés administratifs des caisses maladie.

Il impose au médecin de prescrire des traitements qu'il ne connaît pas forcément, ce qui met parfois le physiothérapeute en porte-à-faux vis-à-vis du patient qui

pourrait s'attendre à ce que le physiothérapeute exécute stricto sensu la prescription.

Dans le cadre de l'assurance accident, l'Association Suisse d'Assurances (ASA), donne même des directives aux médecins sur la manière de prescrire de la physiothérapie pour chaque type de traumatisme (cf. Guide pour la réinsertion, 2010 - Version 1.0 édité par l'ASA) !

Compte tenu de l'évolution des études de physiothérapie au niveau académique en Suisse (Hautes Etudes Spécialisées), il conviendrait de réviser le paradigme relationnel entre médecins et physiothérapeutes. Dans ce contexte, la prescription de physiothérapie telle que définie par

le cadre légal représente un frein au développement de ces relations de travail et ne permet pas une prise en charge efficiente des patients (délai d'attente pour une consultation médicale, prescription parfois lacunaire, re-

fus de prescrire de la physiothérapie pour des raisons essentiellement asséculogiques). Et lorsqu'un traitement de physiothérapie est finalement prescrit, la situation du patient a déjà évolué entre la date de la prescription et le début du traitement physiothérapeutique et tant les éléments diagnostiques que les mesures prescrites par le médecin deviennent parfois obsolètes.

Une prise en charge de physiothérapie en accès direct est assurément une solution à prendre en compte en Suisse. Ce type de pratique en vigueur dans de nombreux pays dans le monde permet d'assurer, grâce à une formation adéquate (et une formation complémentaire), des traitements sûrs, efficaces par des professionnels responsables, responsabilisés et en contact permanent avec le médecin traitant dans un schéma relationnel horizontal et non plus hiérarchique vertical imposé par les assureurs maladie.

Tous les pays qui ont mis en place le système d'accès direct n'ont pas connu de « catastrophe » sanitaire et les coûts de la santé n'ont pas explosé parce que les patients pouvaient se rendre directement chez le physiothérapeute.

Au contraire, dans la plupart de ces pays, les coûts liés à la physiothérapie sont restés stables, voire ont diminué. Les relations entre médecins et physiothérapeutes ont évolué en direction d'une meilleure collaboration incluant un meilleur dialogue.

En Suisse, les études de physiothérapie au niveau académique, suivi d'un cursus de formation continue spécifique, ainsi qu'une expérience professionnelle indépendante d'un certain nombre d'années (2-4 ans), sont

Le niveau des études de physiothérapie actuelles devrait permettre d'envisager un autre modus vivendi entre physiothérapeute et médecin.



susceptibles d'offrir toutes les garanties d'une prise en charge de physiothérapie performante, sûre et gratifiante pour ces professionnels dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire des soins.

## — CONCLUSION —

Depuis que les physiothérapeutes sont habilités à pratiquer leur profession à la charge de l'assurance obligatoire des soins, la prescription médicale de physiothérapie est le moyen le plus commun de communication entre le médecin et le physiothérapeute.

Le premier confie au second une mission parfois mal définie par le fait que le médecin ne connaît pas forcément ce domaine de compétence, mais cette étude met aussi en évidence que le cadre légal de la pratique de la physiothérapie ne permet pas au physiothérapeute de mettre en œuvre librement toutes ses compétences au profit de ses patients. Ce carcan législatif impose au médecin de prescrire des mesures thérapeutiques qu'il n'appréhende pas forcément et sans pouvoir mettre à disposition du physiothérapeute les éléments diagnostiques nécessaires à l'établissement d'une relation thérapeutique performante. Par voie de conséquence, ce même carcan limite le physiothérapeute dans son traitement et pourrait de ce fait le prolonger, voire le rendre « inachevé » dans le/les but(s) à atteindre.

Un partage des informations, une comparaison des diagnostics médicaux et physiothérapeutiques entre médecins et physiothérapeute seraient non seulement souhaitable dans l'intérêt du patient et donnerait du sens à la relation entre ces praticiens.

Cette étude démontre aussi que l'influence paranoïaque des assureurs maladie dans le but de, soi-disant, contrôler les coûts de la santé, mais en fait qui ont pour objectif d'imposer leur joug sur le système médical suisse, perturbe et détériore une relation pluridisciplinaire entre médecins et physiothérapeutes au détriment de la santé des patients.

Ce travail basé sur 538 prescriptions confirme les données constatées lors d'une autre étude du même type réalisée en 1993, mais non publiée. La comparaison entre l'étude de 1993 basée sur 1014 prescriptions de physiothérapie et celle-ci démontre finalement que le

mandat confié au physiothérapeute n'a guère évolué depuis plus de vingt ans. D'autres données telles que les motivations du médecin à prescrire de la physiothérapie, le nombre de séances prescrites notamment devraient faire l'objet d'un complément à la présente étude.

Certes ces deux études ne reflètent pas la réalité globale de la manière dont la physiothérapie est prescrite en Suisse et particulièrement en Suisse romande, mais elle en suggère une certaine tendance.

Pourtant, l'évolution des études de physiothérapie en Suisse au niveau académique devrait permettre d'envisager un autre modus vivendi, plus efficace pour le patient, entre médecins et physiothérapeute et plus valorisant pour ce dernier. L'accès direct à la physiothérapie, tel qu'il est pratiqué dans de nombreux pays depuis plusieurs années a clairement démontré ces faits et pourrait très bien trouver sa voie dans notre pays.

Remerciements: J'adresse mes sincères remerciements aux collègues qui ont consacré de leur temps afin de participer à cette étude et/ou qui ont effectué une relecture attentive de cet article.

## — CONTACT —

Yves Larequi, Physiothérapeute-Ostéopathe

Adresse: 4, r. Caroline, 1003 Lausanne

e-mail: [ylarequi@vtx.ch](mailto:ylarequi@vtx.ch)

## — RÉFÉRENCES —

Larequi Y. « Evaluation de la prescription médicale de physiothérapie dans le canton de Vaud », 1993, non publié.

Formulaire de prescription de physiothérapie de physioswiss (Association Suisse de Physiothérapie): [http://www.physioswiss.ch/download/online/Verordnungsformular08\\_F.pdf](http://www.physioswiss.ch/download/online/Verordnungsformular08_F.pdf)

Nouveau formulaire de prescription de physiothérapie de l'Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants: [http://www.physiosuisse.ch/WD160AWP/WD160Awp.exe/CONNECT/Physiosuisse?\\_WWREFERER=https%3A/www.google.ch&\\_WWNATION\\_=5](http://www.physiosuisse.ch/WD160AWP/WD160Awp.exe/CONNECT/Physiosuisse?_WWREFERER=https%3A/www.google.ch&_WWNATION_=5)

Guide pour la réinsertion, 2010 – Version 1.0, Groupe de travail sur le dommage corporel et la réintégration, Ed. Association Suisse d'Assurances, Zurich, 2010 (traduction française: Laura Oestreich)



## Location de Tens, 100% remboursée

> Une méthode efficace contre les douleurs.

> Sans aucun effet secondaire.

> Sans prise de médicaments.

> 100% remboursé par les assurances.

> Sans durée minimale de location

> Expédition chez le patient ou au cabinet.



commandez simplement en ligne!  
[www.djoglobal.ch](http://www.djoglobal.ch)

021 695 23 60

Lundi au vendredi

8h00 à 12h00 et 13h30 à 16h30

CefarCompex

Solo  
Médical

## EXPERTISE ET MATERIEL DE QUALITE A VOTRE SERVICE

- Cardio
- Ultrason
- Musculation
- Cryothérapie
- Onde de choc
- Electrothérapie
- Pressothérapie
- Thermo et laser
- Mobilier de cabinet
- Rééducation périnéale

N'hésitez pas à nous contacter pour tous renseignements

E-mail : [michel@solomedical-ra.com](mailto:michel@solomedical-ra.com)

Tel : 0033 6 12 08 63 76

[WWW.SOLOMEDICAL-RA.COM](http://WWW.SOLOMEDICAL-RA.COM)

# Ginphys

Le logiciel confirmé des physios ostéos, ...



physio|tec  
bi|me|tec



Pour gérer votre  
cabinet en souplesse

Plus de 250 cabinets

**Ginphys** vous accompagne  
et continue de s'adapter à  
vos besoins.

La facturation **XML 4.3**  
par transfert électronique  
ou formulaire papier est à  
votre disposition.

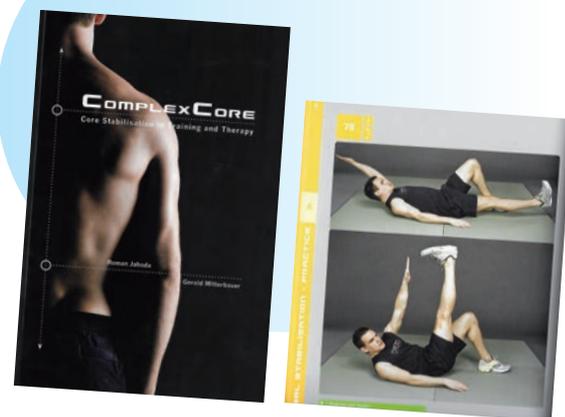
JLE informatique

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

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

021 903 55 02

Services et développements professionnels depuis 1989



## COMPLEX CORE, Core Stabilisation in Training and Therapy

Auteurs: Roman JAHODA, Gerald MITTERBAUER

Editeur: Jahoda Sports, 2013

ISBN: 978-3-200-02249-2

Cet ouvrage est un excellent recueil d'exercices de mobilisation, de stabilisation et de renforcement de la musculature du tronc. Partant du principe que chaque mouvement effectué par nos membres inférieurs et/ou supérieurs trouve son point d'appui au niveau du tronc, les auteurs ont développé un concept d'entraînement original de cette musculature par ce livre qui contient 444 exercices et qui représente une mine pour les physiothérapeutes qui souhaitent varier leurs programmes d'exercices pour leurs patients.

Ce livre offre donc une quantité d'exercices permettant d'entraîner la mobilité et la stabilité de la musculature du tronc et donne la possibilité au physiothérapeute de définir un programme individuel pour chaque niveau de difficulté. Ainsi, il aura la possibilité de donner des exercices adaptés à une personne âgée ou à un athlète de haut niveau.

Accessible à tous les niveaux de connaissance, les bases des systèmes de stabilisation, de mobilité et d'anatomie sont simplifiées et synthétisées afin de permettre à l'ouvrage d'aller à l'essentiel.

Une systématisation des légendes concernant chaque exercice permet au lecteur de savoir exactement comment exécuter l'exercice, le nombre de répétition, quels groupes de muscles il met en jeu, ainsi que son niveau de difficulté.

Pour chaque type de travail, les auteurs proposent des tests simples permettant d'évaluer les capacités spécifiques de chaque sujet.

La mobilisation, la stabilisation locale, puis la stabilisation globale sont ensuite décrites grâce à tous ces exercices qui pourront donc être adaptés à chaque niveau de performance ou à chaque pathologie de l'appareil locomoteur.

Cet ouvrage comporte néanmoins un inconvénient: il n'est disponible actuellement qu'en version allemande ou anglaise. Mais cela ne pose pas de problème, car les légendes de chaque exercice sous formes de signes permettent une compréhension aisée de ce concept.

Un livre que chaque physiothérapeute devrait avoir sur son bureau !

D'autres renseignements concernant ce concept: <http://www.complexcore.at/en/home>

## FORMATION

### VERTIGES – INSTABILITÉS – RÉÉDUCATION – ENSEIGNEMENT

3 jours de théorie dont 1 journée à l'Hôpital de Cannes  
2 jours de pratique et rééducation vestibulaire

1 jour en immersion totale dans un cabinet spécialisé en rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre  
1 équipe d'enseignants spécialisés en neurophysiologie, ORL, kinésithérapie vestibulaire et troubles de l'équilibre

#### Session 2015

16-17 et 18 octobre 2015  
5 et 6 décembre 2015

#### Session 2016

18-19 et 20 mars 2016  
23 et 24 avril 2016

Les dates du stage pratique dans un cabinet spécialisé seront à définir avec le kinésithérapeute chargé du cours.

V.I.R.E. 30 boulevard de la République, 06400 CANNES, Tél : 04.93.39.07.66, Port : 06.60.93.11.50

Site: [www.formation-vertiges.com](http://www.formation-vertiges.com) / Mail: [vire@wanadoo.fr](mailto:vire@wanadoo.fr)



Douleurs, inflammations?

# Olfen Patch®

Un patch antidouleur à effet longue durée

- ▶ agit jusqu'à 12 heures d'affilée
- ▶ en cas d'entorses et de contusions
- ▶ en cas de claquages et de luxations



3415 Veuillez consulter la notice d'emballage. Mepha Pharma SA

Les médicaments à l'arc-en-ciel



Médical  Esthétique

À votre service depuis plus de 20 ans

Tables Ostéo & physio  
Fabrication suisse  
3 ans de garantie



Ostéo

4'800.-

Ultrason

1 & 3 MHz / 4 cm<sup>2</sup>



\*Les prix indiqués sont HT et sans option

Tous les modèles sont visibles sur notre site  
[www.soutra.ch](http://www.soutra.ch)

**Chevilles et jambes lourdes soulagées  
grâce à la chevillière compressive OrthoSleeve ...**

**N'hésitez pas à vous offrir  
la chevillière compressive  
la plus vendue  
sur le marché!**

**FS6**  
Compression Foot Sleeve



« Les chevillières OrthoSleeve sont parfaites tant pour les coureurs à pieds que pour les personnes âgées. Nous vous fournissons ce produit dans un délai de quelques jours! »

Scott McLelland,  
McLelland Family Shoe Store

Tailles disponibles:  
M = Medium  
L = Large

Les fasciites plantaires, les talalgies, ainsi que d'autres pathologies du pied concernent 77% des personnes présentant des douleurs du pied. La chevillière compressive FS6 a été conçue pour soulager les douleurs chroniques du pied, du talon et de la cheville les plus communes en stimulant la vascularisation et en améliorant la stabilité. La « **Compression Zone Technology™** » est intégrée à chaque pas.



**OrthoSleeve®**

+41 (76) 582 38 66 / Diastema Sagl / ou visitez [orthosleeve.com](http://orthosleeve.com)

**MAINS**  
*Libres* physiothérapie - ostéopathie  
concepts globaux

**A VENDRE**  
**20 tables de soin portables**

(état de neuf, ayant servi uniquement  
pour des congrès)

A la pièce : 70.- CHF  
10 pièces : 650.- CHF  
20 pièces : 1200.- CHF

Renseignements - commandes :  
[info@mainslibres.ch](mailto:info@mainslibres.ch)  
Tél: 079 957 1 957

# YALLAH !

YVES LAREQUI

Physiothérapeute-Ostéopathe (Lausanne)

Après 32 ans d'existence, la revue que vous tenez entre vos mains va subir une nouvelle et importante mutation.

Depuis le *B.A.E.P.* (1983), puis la *Revue Romande de Physiothérapie* (1992) et enfin *Mains Libres* (2004), cette revue a donc évolué à travers le temps. Plusieurs rédacteurs et rédactrices se sont succédés et ont donné, quasiment bénévolement, de leur temps et de leur énergie pour créer, développer et animer avec plaisir et passion ce journal en Suisse romande (et également pour organiser des symposiums et des formations continues).

C'est ainsi que *Mains Libres* a vu son contenu et son contenant s'améliorer progressivement.

Mais au fil du temps, les artisans qui ont façonné *Mains Libres* se sont fatigués, ont pris de l'âge; leur enthousiasme s'est peut-être effrité et ont donc décidé de passer la main. Ainsi, après *Gaëlle Jungo* en 2014, *Pierre Besson* et *Jean Touati* ont décidé de prendre leur « retraite » ou de changer d'orientation de vie.

*Mains Libres* allait-elle donc disparaître ? – Cette possibilité a été envisagée; nous n'étions pas « condamner » à continuer cette aventure. Mais d'un autre côté il eut été dommage d'abandonner cette expérience, ce savoir-faire de longue date. Alors, **Yallah !!!** – J'ai donc décidé de continuer et de relever le challenge afin de pérenniser *Mains Libres* au-delà de 2015. Donner une nouvelle orientation, former une nouvelle rédaction, chercher de nouveaux canaux de diffusion, définir une nouvelle ligne éditoriale, créer une nouvelle ligne graphique sont les principaux défis qu'il m'a fallu relever.

## Nouvelle orientation :

*Mains Libres* 2016 sera résolument orientée vers des articles scientifiques à vocation clinique. Ce ne sera pas de la « Grande Science », de la science fondamentale. *Mains Libres* restera orientée vers la pratique, mais fondée sur des preuves, sur des études sérieuses. Un nouveau panel d'experts de haut niveau scientifique sera mis en place afin de former un Conseil de rédaction efficace et pertinent. Ce comité de lecture aura pour rôle de réviser les articles qui sont soumis à *Mains Libres* (« peer review »), afin de sélectionner et ne publier que des articles de bonne qualité.

## Former une nouvelle rédaction :

Afin d'assumer cette nouvelle orientation, il faut une nouvelle rédaction avec des personnes jeunes, de haut niveau scientifique, rompues aux règles de l'exercice de la publication scientifique. Pour cela j'ai fait appel à :

- **Claude Pichonnaz**, Physiothérapeute à Lausanne Msc, Professeur HES-S2, HESAV, Physiothérapeute-spécialiste, doctorant à l'Université de Lausanne.
- **Walid Salem**, Ostéopathe, enseignant et Docteur en science de la Motricité de l'Université Libres de Bruxelles

Ainsi, la nouvelle rédaction de *Mains Libres* assurée par *Claude Pichonnaz* et *Walid Salem* prendra « un coup de jeune », même si le « dinosaure » soussigné complètera cette rédaction.



Cette dernière pourra être étoffée en 2017 en fonction des résultats comptables de 2016 et une, voire deux nouveaux/nouvelles rédacteurs/rédactrices pourront rejoindre l'équipe de 2016.

### **Chercher de nouveaux canaux de diffusion :**

Afin de donner à *Mains Libres* une audience à la hauteur de ses prétentions en matière de qualité des articles publiés notamment, il était nécessaire d'augmenter de manière significative le tirage et la diffusion de chaque numéro et de cibler un maximum de praticiens en Suisse romande. Après de nombreuses discussions auprès de différents partenaires potentiels (les groupes d'édition Elsevier et Médecine & Hygiène, l'Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants (ASPI), physioswiss), c'est avec physioswiss que des solutions originales et constructives ont pu être trouvées et qu'un partenariat a pu être conclu. Grâce à la collaboration du responsable de la communication de physioswiss, M. *Daniel Amstutz*, tous les physiothérapeutes romands membres de physioswiss recevront *Mains Libres* gratuitement dès l'année prochaine. Des discussions sont encore en cours avec l'ASPI afin que leurs membres puissent aussi bénéficier de cette opportunité.

Les non membres de ces associations devront pourtant s'acquitter d'une finance d'abonnement (plus de détails seront communiqués ultérieurement à ce sujet).

### **Définir une nouvelle ligne éditoriale :**

*Mains Libres* a pour vocation éditoriale d'être un trait d'union entre différentes approches thérapeutiques voisines que sont la physiothérapie, l'ostéopathie, la fasciathérapie, les différents concepts de chaînes musculaires, etc.

Le contenu de *Mains Libres* 2016 comprendra généralement :

- 1 Editorial
- 5 - 6 articles scientifiques dans les domaines de la physiothérapie, de la médecine, de l'ostéopathie, des chaînes musculaires, de la fasciathérapie, etc. (liste non exhaustive)
- 1 article « Lu pour vous » (1 - 2 publications par N°)
- 2 - 4 traductions « PEDRO »
- 1 - 3 nouvelles de la médecine
- 1 rubrique « C.Q.F.D. » (anciennement La main dans le sac).

Huit numéros de *Mains Libres* seront publiés sous forme de 4 numéros doubles (environ 64 pages) au printemps, en été, en automne et en hiver.

### **Créer une nouvelle ligne graphique :**

Constatant que l'aspect visuel de *Mains libres* actuel devenait un peu vieillissant, un nouveau graphisme sera proposé pour la mise en page et la couverture, ainsi qu'un nouveau logo.

Cette nouvelle ligne graphique concernera aussi le site Internet qui sera lui aussi revu et adapté aux nouveaux besoins de *Mains Libres*.

### **Perspectives :**

Ainsi, après une période de doute quant à la survie de *Mains Libres* au-delà de 2015, c'est une période de défis multiples qui s'est présentée et que j'ai essayé de transformer en une étape énergisante et passionnante à la recherche de solutions, parfois originales, dans le seul but de pérenniser cette revue créée en 1983.

**Yallah!** – Je me réjouis de travailler avec de nouvelles personnes (une nouvelle rédaction, une nouvelle équipe de production, de nouveaux partenaires) et je suis impatient de voir le résultat que vous recevrez certainement dans votre boîte aux lettres dès le mois de mars 2016.



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**

BSN medical AG  
Nordringstrasse 16  
CH – 4702 Oensingen  
[www.bsnmedical.ch](http://www.bsnmedical.ch)

Tél. 062 388 10 20  
Fax 062 388 10 30



supplier of

swiss olympic  
association

# Professionnalisme assuré

## Tables de thérapie Galaxy

Les tables de traitement fiables et très maniables

- 5 sections, 201 x 64 x 52-102cm
- 2 roulettes et 2 pieds
- tête réglable de +40° à - 70° par vérin à gaz
- cadre de commande périphérique 360°, facilement accessible tout autour de la table, facilitant le réglage de la hauteur
- fente nasale de série avec bouchon amovible
- segment jambe réglable de 0° à 90° par vérin à gaz
- sellerie bi-couches en simili-cuir non inflammable, bio-compatible et ultra-résistant, nombreuses couleurs

## Galaxy - tables de 2-, 3-, 4. ou 5 sections



Modèle avec accessoires

dès  
**CHF 1'990.-**  
(au lieu de 2'490.-)

TVA excl.

Large gamme de tables de thérapie  
sur [www.medidor.ch](http://www.medidor.ch)

## MEDiDOR AG

Eichacherstrasse 5 · CH-8904 Aesch b. Birmensdorf/Zürich  
Tél. 044 739 88 11 (français) · Fax 044 739 88 00 · [mail@medidor.ch](mailto:mail@medidor.ch)

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