

MAINS

Libres

physiothérapie - ostéopathie
concepts globaux



● Rééducation de l'épaule en chaîne fermée

● La kinésithérapie énergétique : concept, traitement

● Psychanalyse corporelle



curatur 701 thérapie combinée



Station de traitements divers avec écran brillant, système «touch». Appareil combinant courant de stimulation et ultrason.

Découvrez cet appareil et tous ses avantages et options pratiques.

Notre conseiller technique, Monsieur René Miserez, se tient volontiers à votre disposition:
T 079 606 33 44



Distribution exclusive en Suisse :

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

keller

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

www.mainslibres.ch



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

secrétariat info@mainslibres.ch
Pierre Besson
Case postale 29

CH-1273 Arzier-Le Muids
Tél. +41 (0)79 957 1 957
Fax +41 (0)22 366 22 39

publicité yves.larequi@mainslibres.ch
resp. internet jean.touati@mainslibres.ch
symposiums pierre.besson@mainslibres.ch

session poster,
facebook gaelle.jungo@mainslibres.ch
conception christine sautaux, centre d'impression
de la broye sa, csautaux@cibs.ch,
Tél. +41 (0)26 663 12 13

parution 8 numéros par année
abonnement pour 1 an -> chf 105.- pour 8 n°
étranger:

pour 1 an -> 105 euros pour 8 n°
étudiant (justificatif):
8 n° - chf 60.-/60 euros

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

tirage 30^e année • 850 exemplaires
estimation

lectorat 2500 personnes

impression centre d'impression de la broye sa
case 631 • 1470 estavayer-le-lac

conseil de rédaction

pascal bourban physiothérapie du sport (baspo)

arnaud bruchard physiothérapie du sport

david dessauge ostéopathie

thierry dhénin rééducation uro-gynécologique

martine durussel ostéopathie

frédéric sider mézières

daniel goldman thérapie manuelle

khelifa 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. 257

Rééducation de l'épaule
selon le Concept 3C



p. 277

Psychanalyse corporelle

Éditorial

251 Thérapies à médiation corporelle
Y. LAREQUI

Guest Éditorial

253 Quelle ostéopathie dans 30 ans ?
M. DURUSSEL

Près de mille ostéopathes en Suisse ont montré qu'ils méritaient le privilège extraordinaire de l'accès direct... Une nouvelle ère commence?! ...

De main de maître

255 Rééducation de l'épaule selon le Concept 3C:
solution nouvelle pour pathologies fréquentes
T. STEVENOT, G. MITONNEAU

Ce nouveau concept de rééducation de l'épaule inclut une manœuvre originale de recentrage gléno-huméral en chaîne cinétique fermée (CCF) qui a prouvé son efficacité, ainsi que des techniques de renforcement musculaire lors de pathologies de la coiffe des rotateurs.

Mots-clés: épaule, coiffe des rotateurs, conflit sous-acromial, rééducation, chaîne fermée

Keywords: shoulder, rotator cuff, impingement, rehabilitation, closed chain

La main à la pâte

267 La Kinésithérapie Énergétique (KE): Méthode Demelt
J.-M. DEMELT

La plupart des pathologies rencontrées dans les cabinets de physiothérapie ou d'ostéopathie sont causées par des tensions corporelles. Ces tensions sont de type involontaire et largement liées aux réactions du système nerveux neurovégétatif (SNV) face aux différentes agressions physiques traumatiques, mais aussi émotionnelles et mentales résultant du stress de la vie. Le but de la KE est justement de considérer et de traiter l'être humain sur les 4 niveaux: Physique, Énergétique, Émotionnel et Mental grâce à des outils performants et simples d'application.

Mots-clés: traitement global, système nerveux neurovégétatif, niveaux physique, énergétique, émotionnel, mental

Keywords: global treatment, autonomous nervous system, physical, energetics, emotional, mental levels

277 La Psychanalyse Corporelle®, lapsus corporel et mémoire du corps
B. BERTE

La psychanalyse corporelle sollicite la mémoire du corps et repose sur la notion de lapsus corporel. Cette psychanalyse permet de revivre corporellement notre passé au travers de sept couches de mémoire et d'assister psychiquement aux films de nos différents traumatismes, ces instants clés qui ont formatés notre personnalité.

Mots-clés: psychanalyse corporelle, lapsus corporels, niveaux de mémoire corporels, traumatismes

Keywords: body Psychoanalysis, body slip up, layers of body memory, traumatism

Lu pour vous

283 Le guide de l'ostéopathie
C. ROD DE VERCHÈRE, B. SCHNEIDER

Rendez-vous

284 20^e Symposium Romand de Physiothérapie
& 8^e Symposium Romand d'Ostéopathie

Deux manifestations, deux domaines de compétence voisins et complémentaires sous un même toit, aux mêmes dates, pour un même thème. Un pari sur l'interdisciplinarité et la complémentarité.

La main dans le sac

287 Thérapies à médiation corporelle
Y. LAREQUI

Couverture:

fond: © Ig0rZh | Fotolia | Planet in space

Image de psychanalyse corporelle fournie par Bruno Berte



Notre secret de la réussite pour la thérapie fonctionnelle

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



LumboLoc®

en cas de douleurs au niveau de la
colonne lombaire

LordoLoc®

en cas de douleurs lombaires
chroniques.

SacroLoc®

en cas de troubles au niveau
du bassin

LumboTrain®

en cas de douleurs lombaires



Thérapies à médiation corporelle



Yves LAREQUI
Physiothérapeute-Ostéopathe (Lausanne)

Au milieu des années nonante, c'est-à-dire au siècle dernier (sic!), *Philippe Mercier, Christian Francet et votre serviteur* ont lancé, développé et concrétisé l'idée que la prescription de physiothérapie ne devait pas être un outil de travail figé dans le temps, où le traitement prescrit était immuable et devait se dérouler de manière identique pendant 9 séances, puisque la situation du patient allait évoluer et que le traitement de physiothérapie allait naturellement se modifier en fonction de l'évolution de cette situation. Il fut difficile de faire comprendre cette évidence tant aux assureurs qu'aux médecins. Non pas au plan conceptuel, puisque tout le monde était d'accord (entre 4 yeux) sur cette notion indubitable, mais évidemment des divergences importantes se sont portées sur un plan économique pour les assureurs et sur un plan lié au pouvoir de décision pour les médecins.

Finalement, après de nombreuses discussions, négociations, palabres interminables, le bon sens a fini par l'emporter et le formulaire de prescription que vous utilisez aujourd'hui a été validé par les assureurs maladie et les médecins, d'abord dans le canton de Vaud, puis, plus tardivement, dans toute la Suisse.

Les 3 pionniers de cette épopée (le mot n'est vraiment pas trop fort) avaient lancé une première (petite) pierre vers la notion « d'accès direct », mais surtout vers plus d'autonomie et de responsabilité du physiothérapeute. Le médecin ne prescrivait plus des techniques de soins, mais des objectifs à atteindre et laissait le physiothérapeute libre de choisir les moyens et les méthodes pour atteindre ces objectifs. Le physiothérapeute n'était plus l'exécutant d'une tâche (mal définie), mais devenait le partenaire d'une responsabilité partagée.

Dans cette négociation âpre et tendue, tant avec les assureurs qu'avec les médecins, nous avons tenté d'introduire sur ce formulaire de prescription la notion de « thérapie à médiation corporelle ». Cette notion reposait sur le principe indiscutable selon lequel l'esprit détermine nos émotions, nos angoisses mais aussi les manifestations corporelles de l'émotion : on peut donc tout atteindre par la parole... Les psychothérapies sont avant tout verbales mais si l'esprit commande au corps, il a été prouvé que ce qui se passe dans le corps retentit aussi sur l'esprit. D'où l'idée de partir du corps pour améliorer, voire guérir les dysfonctionnements psychiques; et les physiothérapeutes sont clairement en première ligne dans cette perspective. Les thérapies utilisant ainsi le corps comme médiateur sont nombreuses. Elles reposent sur des bases théoriques très variées, mais restent essentiellement empiriques. Toutes cherchent à modifier la relation du patient avec lui-même en s'adressant à son corps ⁽¹⁾.

Cette notion, aujourd'hui unanimement reconnue, fut, à cette époque, une pierre d'achoppement incroyable avec les assureurs et les médecins et, de manière surprenante, ce sont les médecins qui furent les plus réfractaires à cette notion.

Finalement, en désespoir de cause, nous avons dû sacrifier la notion de thérapie à médiation corporelle au profit de la responsabilité partagée que nous connaissons aujourd'hui.

Il n'empêche que d'autres pionniers, physiothérapeutes, ostéopathes, ont continué de travailler et ont développé des concepts de soins faisant appel aux thérapies à médiation corporelle.

Dans cet avant-dernier numéro de 2013, nous avons choisi d'ouvrir nos colonnes à deux types de thérapie à médiation corporelle développées toutes deux par des physiothérapeutes.

Tout d'abord la Kinésithérapie Énergétique (KE) développée et enseignée par *Jean-Michel Demelt*, kinésithérapeute français, et qui consiste à traiter l'être humain sur 4 niveaux : physique, énergétique, émotionnel et mental grâce à des outils thérapeutiques performants.

L'autre concept, la psychanalyse corporelle, développé par *Bernard Monteau*, kinésithérapeute et ostéopathe français, et présenté ici par *Bruno Berte*, sollicite la mémoire du corps et repose sur la notion de lapsus corporel. Cette psychanalyse permet de revivre corporellement notre passé au travers de sept couches de mémoire et d'assister psychiquement aux films de nos différents traumatismes, ces instants clés qui ont formaté notre personnalité (2^e partie de cet article dans le N° 8–2013).

Vous trouverez aussi dans ce numéro un article original concernant la rééducation de l'épaule, le deuxième motif de consultation des affections de l'appareil locomoteur. *Thierry Stévenot* nous présente une manœuvre originale de recentrage de l'articulation gléno-humérale en chaîne cinétique fermée.

Vous retrouverez aussi les rubriques traditionnelles de votre revue préférée telle que la présentation d'un guide de l'ostéopathie dans la rubrique « Lu pour vous » et les élucubrations de votre serviteur dans la rubrique « La main dans le sac ».

Bonne lecture et rendez-vous lors du 20^e Symposium Romand de Physiothérapie et du 8^e Symposium Romand d'Ostéopathie qui se dérouleront conjointement les 22 & 23 novembre au palais de Beaulieu de Lausanne, un pari de Mains Libres sur l'interdisciplinarité et la complémentarité !

1) http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/consulter/les_therapies/therapies_corporelles.htm



www.sharkfitness.ch

wivisions.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



Quelle ostéopathie dans 30 ans ?

MARTINE DURUSSEL

Ostéopathe, membre de la Commission intercantonale d'examen en ostéopathie, membre de la FSO.

Arrêt sur image d'un passé/présent prometteur

L'ostéopathie à l'aube des années 2050... Un temps lointain et proche à la fois, qui marquera les quelques 200 ans de sa « naissance » et confirmera, nous l'espérons, une nouvelle ère de l'ostéopathie en Suisse, un modèle du genre... Le processus de la reconnaissance officielle de cette profession a commencé dans les années 2000 et devrait se concrétiser par une nouvelle formation en 2014...

Au fil de ces 13 dernières années :

Dès l'an 2000, successivement et après plusieurs années de travaux de Commissions, tous les Conseils d'Etat (moins 2 à ce jour) ont légiféré et introduit la profession d'ostéopathe dans leur loi sanitaire respective... Le travail est imminent dans le Canton du Tessin... et pas encore réalisé à Bâle- Campagne...

Une véritable acquisition de lettres de noblesse pour une profession jusque-là tolérée dans le monde de la Santé.

Dès 2008, afin de réglementer cette reconnaissance, confirmer ou acquérir un droit de pratique, et asseoir le principe du libre accès, la CDS (Conférence des Directeurs Sanitaires) exige le passage d'un examen intercantonal. Peu de professions ont été amenées à se « représenter » à un examen..., à se remettre en questions, et après des années de pratique pour la plupart d'entre nous...

Si tout ne s'est pas passé sans heurts, ni grincements de dents, nous saluons à ce jour 986 diplômés(es) CDS en Suisse.

Forte de cette reconnaissance, la FSO (Fédération Suisse des Ostéopathes) se devait de proposer une formation répondant aux critères de Bologne. L'Ecole Suisse de Belmont (une école privée) fermera ses portes avec sa dernière volée en 2014, pour laisser la place à une école publique, bilingue (français-allemand), à l'écolage accessible à tous...

La HES-SO de Fribourg, en collaboration avec l'Université est porteuse de ce projet Bachelor + Master of Science HES-SO.

Le DICS (Département de l'Instruction Publique, de la Culture et du Sport) de Fribourg est à ce jour le seul autorisé à communiquer sur l'avancée des travaux..

Tous les renseignements sont disponibles sur son site : <http://www.fr.ch/safu/fr/pub/hes/heds.htm>

Selon un communiqué de presse de la HES-SO, datant du 1^{er} octobre 2013 « La filière ostéopathie répond à une volonté politique d'offrir en Suisse une formation de haut niveau... L'ouverture de cette nouvelle filière HES requiert une autorisation fédérale et c'est uniquement après l'obtention de la décision du DEFR que la date d'ouverture de ce cursus sera déterminée. »

Ces 10 dernières années, les ostéopathes de ce pays ont investi beaucoup de travail et d'énergie pour obtenir une profession complètement intégrée dans le monde médical et politique... Ironie du sort, dans cette période transitoire entre 2 écoles, il n'y a plus de possibilité de se former en ostéopathie, en Suisse depuis 4 ans!!!

Alors, l'ostéopathie dans 30 ans, réalité ou vœu pieux dans un monde de soins et d'assurances qui ne cesse d'évoluer...

Une solide formation académique et clinique, une meilleure communication seront indispensables pour que l'ostéopathie soit encore mieux connue et reconnue comme une véritable médecine fonctionnelle...

L'ostéopathie ne pourra plus être qu'empirique... Il faudra qu'elle prouve son efficacité dans un monde économique et social de plus en plus difficile, qu'elle réponde aux exigences de l'Evidence Based Medicine (EBM)... Qu'elle sache en même temps rester créative, novatrice, humaniste...holistique...

Dans une médecine qui se spécialise de plus en plus, il faudra défendre cette vision globale et fonctionnelle du patient, qui est un privilège extraordinaire.

Privilège extraordinaire également que celui de l'accès direct...Près de mille ostéopathes en Suisse ont montré qu'ils le méritaient... Une nouvelle ère commence?!...

Sachons conserver ces acquis précieux, soyons en fiers et restons ambitieux et vigilants !



RÉSISTANCE ÉLASTIQUE ET CONTREPOIDS.



Selection Med - Leg Press



MRS
MULTIPLE
RESISTANCE
SYSTEM

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

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

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

www.technogym.ch

Pour informations ou pour demander le catalogue Wellness Collection:

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

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



Compliant EEC 93/42 Directive

TECHNOGYM

The Wellness Company



Rééducation de l'épaule selon le Concept 3C : solution nouvelle pour pathologies fréquentes

THIERRY STÉVENOT ¹, GRÉGOIRE MITONNEAU ²

- 1 Kinésithérapeute, membre de la SFP*, du GEMMSOR** et de la SFRE***
- 2 Doctorant: 1 – Groupe SEB / 2 – Laboratoire de Physiologie de l'Exercice

- * Société française de physiothérapie
- ** Groupe d'étude sur la main et le membre supérieur en orthèse et rééducation
- *** Société française de rééducation de l'épaule

Conflit d'intérêt:

- Thierry Stévenot déclare un conflit d'intérêt en tant que membre fondateur d'EUROPHYSEO, société qui développe le SCAPULEO.
- Grégoire Mitonneau n'a pas de conflit d'intérêt.

Mots-clés: épaule, coiffe des rotateurs, conflit sous-acromial, rééducation, chaîne fermée

Key words: shoulder, rotator cuff, impingement, rehabilitation, closed chain

— RÉSUMÉ —

Le Concept 3C (Concept of Centering in a Closed Chain) est un nouveau concept de rééducation de l'épaule. Deux points essentiels sont à son origine :

- La nécessité d'inclure des techniques de renforcement musculaire dans tout programme de rééducation de l'épaule atteinte d'une pathologie de la coiffe des rotateurs (CDR) non-opérée ⁽¹⁾.
- Une manœuvre originale de recentrage gléno-huméral en chaîne cinétique fermée ⁽²⁾ qui a prouvé son efficacité.

Nous exposerons ici: le Concept 3C et ses principes, le SCAPULEO (photo 1), appareil breveté qui permet son application précise, un cas clinique illustrant les résultats obtenus, ainsi que des arguments biomécaniques expliquant son efficacité.

— 1 / INTRODUCTION —

La CDR est formée par les tendons de 4 muscles ayant leur origine sur la scapula et se terminant sur l'extrémité supérieure de l'humérus: supra-spinatus en haut, subscapularis en avant, infra-spinatus et teres minor en arrière.

La pathologie de la CDR est la plus fréquente des atteintes de l'épaule. Préoccupation quotidienne pour les patients et les physiothérapeutes, sa fréquence dans notre société ne cesse de croître dans la mesure où l'âge moyen de la population augmente.

La rééducation, partie intégrante du traitement médical, en est le traitement de première intention. Bien menée, elle permettra d'atteindre les objectifs chez la majorité des patients. Les techniques de rééducation en chaîne cinétique ouverte (CCO) sont nombreuses, leurs principes et justifications sont parfois divergents.

Dans une chaîne cinétique fermée (CCF), les extrémités distale et proximale sont fixées ou suffisamment résistantes, pour que le mouvement s'opère entre celles-ci.

Une nouvelle manœuvre de recentrage gléno-huméral actif en CCF a été décrite et évaluée. Validée par des tests cliniques, elle permet un recentrage multidirectionnel de la gléno-humérale, améliorant instantanément la mobilité et la fonction de l'épaule ⁽²⁾.

Recommandé par la Haute autorité de Santé ⁽¹⁾, le renforcement musculaire est une nécessité. Le SCAPULEO est le seul appareil de rééducation de l'épaule qui, en associant recentrage et renforcement musculaire, permet de mettre en œuvre précisément et efficacement le Concept 3C.

— 2 / LE CONCEPT 3C —

2.1 Origines

Réduire le conflit sous-acromial est le but de toutes les techniques et protocoles de rééducation relatifs aux pathologies de la CDR. Des techniques de recentrage manuel visent à harmoniser les rapports entre l'extrémité supérieure de l'humérus et la scapula ^(3,4). Celles-ci nécessitent un relâchement musculaire du patient, parfois difficile à obtenir dans un contexte de douleurs et d'appréhension. Le travail sur le SCAPULEO permet, lui, de corriger les décentrages, même lorsque le patient ne parvient pas à se décontracter.

Le renforcement des muscles de l'articulation gléno-humérale apparaît comme un élément central des programmes de rééducation des pathologies de la CDR. Le type de renforcement musculaire proposé classiquement dans ces programmes dépend de deux raisonnements opposés:

- Renforcer et solliciter les « abaisseurs » (latissimus dorsi, teres major et pectoralis major) qui sont aussi rotateurs médiaux, afin d'augmenter l'espace sous-acromial. Le ratio rotateurs médiaux / rotateurs latéraux d'une épaule saine est normalement compris entre 1,3 et 1,5. Leroux ⁽⁵⁾ a montré que les épaules présentant un conflit sous-acromial ont une modification du ratio rotateurs médiaux / rotateurs latéraux qui devient proche de 1. Le renforcement des « abaisseurs-rotateurs médiaux » qui augmente l'espace sous-acromial est ainsi doublement justifié.
- Renforcer les rotateurs latéraux afin d'augmenter la composante de traction vers le bas de la tête humérale par les fibres les plus basses de l'infra-spinatus et le teres minor ^(4,6). Cela semble logique chez les sportifs qui présentent un surentraînement des rotateurs médiaux, mais va à l'encontre des mesures réalisées par Leroux.

Le Concept 3C aborde logiquement la rééducation de l'épaule sous un angle différent, basé sur ces données:

- La première fonction de la coiffe des rotateurs est de compresser la tête humérale dans la glène et de munir l'articulation gléno-humérale d'une stabilité dynamique ^(7,8,9). Le rôle global de stabilisateur est donc primordial et celui de rotateur devient « secondaire ».
- Les tendons de la coiffe possèdent des fibres obliques et transversales en plus des fibres directes, illustrant bien une fonction globale de la CDR.
- Le travail en CCF tend à aligner les segments dont les extrémités sont résistantes ⁽¹⁰⁾. Cela est particulièrement

exact et intéressant pour l'articulation gléno-humérale dont les décentrages engendrent un conflit sous-acromial. Cette notion qui a fait ses preuves depuis longtemps pour la rééducation du genou, sera appliquée avec succès sur l'épaule.

- La rupture est initialement intra-tendineuse, expliquant l'aspect des dissections lamellaires ⁽¹¹⁾. Le travail en rotation crée des mouvements de cisaillement dans le tendon du supra-spinatus ⁽¹²⁾ mal tolérés en phase douloureuse et susceptibles de favoriser ces lésions intra-tendineuses. Un travail global sans rotation, sera réalisé: il permettra de solliciter la coiffe sans majorer les contraintes de cisaillements intra-tendineux.
- La Haute Autorité de Santé recommande d'inclure des techniques de renforcement musculaire dans tout protocole de rééducation de la CDR non opérée ⁽¹⁾.
- Une nouvelle manœuvre de recentrage gléno-huméral actif en CCF a été décrite et évaluée. Validée par des tests cliniques, elle permet de corriger simultanément les 3 composantes de décentrage de la gléno-humérale, améliorant instantanément la mobilité et la fonction de l'épaule ⁽²⁾. Le conflit sous-acromial est alors instantanément minoré.
- Le subscapularis joue un rôle majeur dans le centrage de la tête humérale sur la glène et son absence est difficilement compensée ⁽¹³⁾. Il est donc logique et nécessaire de renforcer aussi le subscapularis lorsqu'il est préservé.



» » Photo 1 : le Scapuléo

Sur la base de ces différents éléments, il paraît logique d'envisager un travail global de la coiffe en CCF dans la position utilisée lors de la manœuvre manuelle.

Le Concept 3C permet une correction active des décentrages de la gléno-humérale, ainsi que le renforcement des fixateurs de la scapula, en particulier du serratus anterior et du trapezius inferior. Ces muscles mobilisateurs et fixateurs de la scapula doivent être renforcés afin d'éviter les dyskinésies de la scapula qui favorisent les conflits.

Le travail de la coiffe, ainsi que celui du deltoïdeus qui agit comme une coiffe en compression ^(14, 15) avec une descente de la tête humérale systématiquement obtenue, participe à l'efficacité de cette thérapie.

La rééducation de l'épaule selon le Concept 3C comporte un travail sur le SCAPULEO, qui représente la plus grande partie du temps de la séance de rééducation, associé à des mobilisations et étirements, pour traiter toutes les origines du conflit, dès le début du traitement.

2.2 Le SCAPULEO

Le SCAPULEO est un appareil sur lequel le patient est assis. Il a été spécialement conçu pour réaliser la correction des décentrages de l'articulation gléno-humérale et le renforcement musculaire de la coiffe et de l'ensemble de la musculature de l'épaule. Le serratus anterior, le trapezius medius et inferior sont également sollicités d'une façon particulièrement efficace. Le SCAPULEO permet alors la mise en application directe du Concept 3C. Les résultats prometteurs obtenus d'emblée expliquent l'excellent accueil réservé à cet appareil qui, en plus d'être efficace, préserve le physiothérapeute promis à une longue carrière...

Le patient assis sur l'appareil, va saisir une poignée dont la position dans l'espace est réglée précisément par le physiothérapeute, selon les critères décrits plus loin.

2.2.1 Spécificités de l'appareil

- Le SCAPULEO permet la rééducation de l'épaule droite ou gauche, quelle que soit la morphologie du patient.
- Parfaitement stable et facilement déplaçable grâce à ses roulettes, il est d'un encombrement réduit.
- Le positionnement de la poignée et du système résistant se fait rapidement, ce qui permet au patient de travailler d'emblée dans une situation optimale.
- Quand cela est nécessaire, l'appareil permet un travail de grande intensité en poussée et en traction, dans la position optimale choisie par le physiothérapeute.
- Le SCAPULEO assure un recentrage gléno-huméral efficace, même chez un patient chez qui le relâchement musculaire est difficile à obtenir puisque le patient est lui-même acteur du recentrage.

- Enfin, il permet un effet antalgique rapide et rassurant pour le patient puisque le conflit est diminué.

2.2.2 Protocole d'utilisation

2.2.2.1 Réglages

- Position de travail « de référence » : position la plus utilisée.

Le membre supérieur est dans le plan de la scapula (quelques degrés d'adduction horizontale sont parfois ajoutés pour obtenir une position confortable) et dans le prolongement de la partie sous-cutanée de l'épine (sur une vue postérieure), coude en extension. La position doit être confortable pour le patient.

Les repères anatomiques qui permettent d'obtenir le bon angle de travail sont : le tubercule trapèzien sur l'épine, et le milieu du bord externe de l'acromion (photo 2). Le patient sera installé avec le bras dans le « prolongement » de ces 2 repères. Le physiothérapeute vérifiera cet « alignement » sur une vue supérieure et postérieure de l'épaule. Cela garantit un angle favorable au recentrage lors de la compression articulaire active. Quand le patient estime que la position est confortable et que le physiothérapeute constate que l'installation du membre supérieur est conforme, le travail actif peut commencer (photos 3 et 4).



>> Photo 2 : position de référence



>> Photo 3 : travail en traction



» » Photo 4: travail en poussée

– Position « décentrage antérieur dominant » :

Si le décentrage antérieur est important (flexion et adduction horizontale limitées dans la gléno-humérale), le réglage se fera en position plus antérieure afin de favoriser le recul de la tête humérale sur la glène lors de la contraction (photo 5).

Une position intermédiaire entre cette position et la position « de référence » sera utilisée si le patient est puissant lors du travail en poussée, afin d'obtenir la position de référence lors de la phase de poussée maximale.



» » Photo 5: travail en position antérieure

– Position « décentrage rotatoire dominant » :

Si le décentrage rotatoire est important (abduction dans le plan frontal limitée), le patient réalise une rotation médiale volontaire non douloureuse, et ensuite travaille en traction non-douloureuse sur le SCAPULEO (photo 6). Cela va corriger d'une façon plus importante le décentrage rotatoire et sera vérifié par l'amélioration de la mobilité en abduction sous une rétropulsion de 45°⁽³⁾, proche de l'abduction dans le plan frontal (photo 7).

Après amélioration de la mobilité lors des tests, le travail sera réalisé en position de référence.

2.2.2.2 Travail actif en 4 phases

Le travail sur le SCAPULEO est décomposé en 4 phases répétées durant 20 minutes, ce qui constitue la partie la plus importante du traitement.

- Position de départ: patient assis, main posée sur la cuisse (photo 8)
- 1^{ère} phase: élévation du bras (CCO) avec une aide éventuelle du membre supérieur controlatéral si douleur en début de traitement (photo 9)
- 2^e phase: Travail en CCF, non douloureux, en traction et/ou en compression (photo 10)

Au début de cette phase, un test est réalisé pour déterminer le sens de travail choisi pour la séance: traction et/ou poussée. A chaque séance, le test sera réalisé afin de déterminer le (ou les) sens du travail, qui devra (devront) rester non douloureux. S'il n'y a pas de douleur, le patient travaillera en traction et en poussée.

Ce travail sera statique intermittent, et confortable grâce à une résistance élastique à faible débattement. Durant les premières séances, les contractions seront de courte durée (environ 2 secondes). Avec les progrès et au fur et



» » Photo 6: travail en traction avec rotation médiale préalable



» » Photo 7: le test décrit par R. Sohier permet d'évaluer: le dérapage en rétroversion

à mesure des séances, elles dureront 6 secondes lors des dernières séances. Chaque contraction est suivie d'un repos de même durée. Cette alternance travail-repos est répétée 10 fois.

Ce travail permet donc simultanément: un recentrage actif multidirectionnel ⁽²⁾, une levée d'inhibitions grâce au travail actif non douloureux et une rééducation proprioceptive par compression active.

- 3^e phase: descente du bras (CCO) avec aide éventuelle du membre supérieur controlatéral au début. Le patient réalise un recentrage dynamique facilité par le recentrage actif en CCF de la phase précédente, et une rééducation proprioceptive dans le secteur habituellement douloureux (photo 11).
- 4^e phase: repos, main posée sur la cuisse, entre 2 séries de 10 contractions (photo 7).

Cette phase dure 2 minutes dans les premières séances car les patients présentent des signes de bursite, conséquence du conflit et cause importante des douleurs. L'inflammation et la douleur vont ensuite s'atténuer grâce à la diminution du conflit sous-acromial. Le repos sera de courte durée dans les dernières séances afin de solliciter et renforcer davantage la musculature.

2.2.2.3 Mobilisations associées

Prudemment, dès la deuxième séance, le physiothérapeute réalise des mobilisations qui ont aussi pour but de diminuer rapidement le conflit sous-acromial :

- Des mobilisations acromio-claviculaires passives spécifiques, par glissements en avant et en arrière de l'extrémité distale de la clavicule sur l'acromion.
- Des mobilisations scapulo-thoraciques mobilisent la scapula en bascule postérieure, rotation médiale et sonnette latérale ⁽¹⁷⁾.
- Des mobilisations en extension du rachis thoracique car la cyphose limite la bascule postérieure de la scapula. Ces mobilisations sont réalisées simultanément aux mouvements de bascule postérieure grâce à l'appui antérieur des deux mains, et au contre-appui postérieur effectué par la cuisse du physiothérapeute, sous le sommet de la cyphose (patient assis sur un tabouret, physiothérapeute debout derrière lui).
- Des étirements de la coiffe et de la capsule postérieures, dont la raideur favorise le conflit lors de la flexion.
- Des étirements des adducteurs dont la raideur limite



» » Photo 8: position de départ et de repos



» » Photo 10: travail indolore en CCF en traction et ou en poussée



» » Photo 9: élévation du bras



» » Photo 11: descente du bras

l'élévation du bras, si nécessaire complétés par du myotensif. Cela sera particulièrement utile chez les sujets qui ont préalablement bénéficié d'une rééducation classique avec renforcement des abaisseurs, devenus trop forts et trop courts.

- Un traitement manuel des contractures par des techniques myotensives ou parfois des techniques en raccourcissement passif (Jones) selon les nécessités.

L'électro-physiothérapie antalgique qui n'est pas recommandée par la HAS, n'est pas utilisée dans le Concept 3 C ⁽¹⁾.

— 3 / CAS CLINIQUE —

L'outil utilisé pour quantifier les progrès obtenus sur les épaules traitées par le Concept 3 C est le score fonctionnel de Constant. C'est un des scores de référence pour évaluer l'épaule en Europe, il est recommandé par la Société Européenne de Chirurgie de l'Épaule et du Coude (SECEC) et par la HAS, il est téléchargeable sur le site de la HAS ⁽¹⁸⁾.

Ce score se calcule sur 100 points, il comporte les items suivants: douleur, mobilité, force et fonction. Les performances étant variables selon l'âge, le côté et le sexe du patient, un tableau de valeurs de références en fonction de ces critères, est disponible.

L'exemple ci-après illustre les cas traités avec le SCAPULEO. C'est un patient de 50 ans (photo 12), contre-bassiste souffrant d'une tendinopathie fissuraire multiple de la CDR. Il ne pouvait plus pratiquer son art à cause de scapalgies gauches.

L'IRM du 27 novembre 2012 montrait des remaniements fissuraire de l'enthèse du subscapularis, du supra-spinatus et de l'infra-spinatus, une réaction liquidienne de la bourse sous-acromiale et de l'articulation gléno-humérale.

L'examen clinique réalisé le 7 janvier 2013 mettait en évidence une limitation des possibilités fonctionnelles, avec un score de Constant de 49. Tous les tests tendineux étaient négatifs (tenus). Le conflit était évident avec les signes de Neer, de Yocum et de Hawkins, tous positifs. La



» » Photo 12: patient en rééducation (phase de travail en CCF)

douleur apportait 9 points sur 15 dans le calcul du score de Constant, ce qui « équivaut » à 4/10 à l'EVA.

Ce patient a réalisé 15 séances entre le 7 janvier et le 16 avril 2013, jour de la dernière séance. Le score de Constant était alors de 87, ce qui représente une progression de +78%. Il n'y a plus de douleur et toutes les activités sont reprises sans problème, y compris la contrebasse.

Il faut noter que la valeur du score de référence pour une épaule gauche d'un homme de 50 ans est de 96, mais de 87 dès 51 ans... A quelques mois près, le score de référence est donc atteint! Le patient, le physiothérapeute et le prescripteur sont satisfaits. Cet exemple illustre bien l'efficacité du Concept 3 C et du SCAPULEO.

Dans une série de 76 tendinopathies (simples, calcifiantes ou rompues) de la CDR non opérées rééduquées selon le Concept 3 C, le score de Constant est passé d'une moyenne de 54,6 avant traitement, à 76,1 après traitement.

— 4 / INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA RÉÉDUCATION SUR LE SCAPULEO —

Indications:

- Epauls conflictuelles
- Tendinopathies simples, calcifiantes et rompues (en cas de rupture, selon l'âge du patient et le cas, il peut être important de ne pas laisser passer le temps de la réparation chirurgicale)
- Dyskinésies de la scapula
- Instabilités gléno-humérales: un travail en poussées/tractions alternées et rapides sera alors réalisé
- Arthropathies et entorses acromio-claviculaires (travail en poussée ++)
- Cervicalgies avec trapèzalgies récurrentes sur épaules décentrées

Contre-indications:

- Capsulites rétractiles: impossible d'obtenir l'angle humérus/glène utile
- Epauls récemment opérées et non solides
- Curage axillaire
- Ostéoporose importante
- Tout ce qui contre-indique un travail actif du membre supérieur contre résistance

— 5 / BIOMÉCANIQUE —

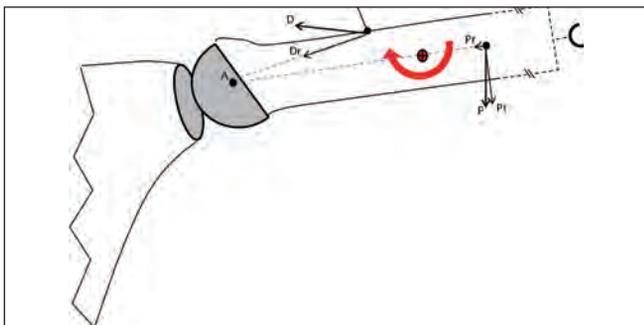
L'efficacité du concept 3C tel qu'il est mis en œuvre au moyen du SCAPULEO repose à la fois sur le caractère actif du recentrage ainsi que sur sa configuration en CCF dans une position très spécifique. L'importance de ces deux éléments dans la prise en charge des pathologies de la coiffe des rotateurs à court terme, comme à long terme, sera décrite dans cette partie.

5.1 Le travail en chaîne cinétique fermée

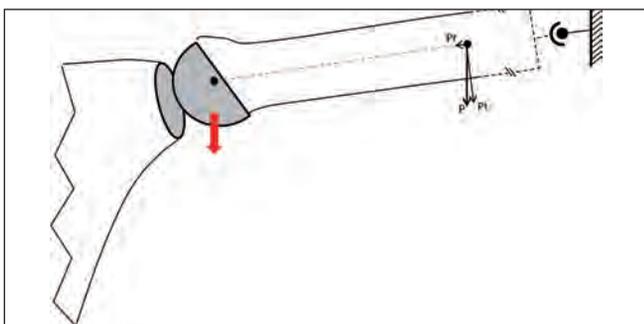
Dans un système mécanique quel qu'il soit, l'alignement des éléments qui le composent conditionne le bon fonctionnement de celui-ci. Par exemple, un défaut d'alignement d'un ensemble d'engrenages risque d'entraîner une augmentation des forces de frottement, une diminution de la puissance et une usure prématurée des pièces. Le complexe articulaire de l'épaule peut être considéré comme un système mécanique à part entière, pour lequel la notion d'alignement est primordiale. Une position inappropriée de la tête humérale dans la glène de la scapula, provoquant une réduction de l'espace sous acromial, accroît le risque de pathologies de la CDR.

Les mouvements réalisés en CCO (figure 1) représentent la majeure partie de nos activités quotidiennes. Lors d'un mouvement d'abduction, la force développée par le deltoïdeus (D) permet de s'opposer au poids (P) du membre supérieur afin d'assurer la rotation de celui-ci autour du centre instantané de rotation (A). Dans cette configuration, les composantes de forces tangentielles du deltoïdeus (Dt) et du poids (Pt) créent un couple de force (figure 1, flèche rouge) ayant pour effet l'élévation de la tête humérale sur la glène de la scapula. Une activation adaptée des muscles de la CDR s'avère donc primordiale afin de s'opposer à cette force ascendante pour maintenir un espace sous-acromial suffisant. Or, une altération du recrutement des muscles de la coiffe des rotateurs a été observée à plusieurs reprises chez des sujets concernés par des conflits-sous-acromiaux (19,20). Par conséquent, le travail en CCO n'apparaît pas comme la situation la plus adaptée pour la correction des décentrages gléno-huméraux. Ceci est particulièrement vrai dans le cas d'une dysfonction de la CDR.

Tel qu'il est décrit précédemment, le travail sur le SCAPULEO est réalisé en CCF (figure 2). La saisie manuelle de la poignée



» » Figure 1 : forces de décentrage en CCO



» » Figure 2 : forces de recentrage en CCF

assure le maintien de l'élévation du bras et permet le relâchement du deltoïdeus, supprimant ainsi le couple de force associé à l'élévation de la tête humérale. Le poids du membre supérieur et la présence d'un point fixe distal tend à abaisser la tête de l'humérus sur la glène de la scapula (figure 2, flèche rouge). Dans cette configuration et contrairement au travail en CCO, le rôle de la CDR n'est plus de s'opposer à l'ascension de la tête humérale mais bien de l'abaisser et de la comprimer sur la glène. De plus, le mouvement d'adduction étant rendu impossible sur le SCAPULEO, le rôle « abaisseur » des muscles teres major, latissimus dorsi et pectoralis major devient prédominant et facilite encore la descente de la tête humérale sur la glène de la scapula. L'activation du long chef du triceps brachii lors du travail sur le SCAPULEO évite quant à lui la luxation inférieure de la tête humérale.

Le positionnement précis du membre supérieur apparaît comme un élément essentiel dans l'efficacité du travail sur le SCAPULEO. Si la position de travail dépend du type de décentrage identifié par le physiothérapeute, la position « de référence » s'avère la plus utilisée. Le membre supérieur avec le coude en extension est placé dans le plan de la scapula et dans le prolongement de la partie sous cutanée de l'épine. Dans cette position, l'angle formé entre l'humérus et la glène est supérieur à 90°. L'activité globale de la coiffe des rotateurs, des longues portions du biceps brachii et du triceps brachii et des trois grands crée une force compressive qui, dans cette position précise, impose un mouvement correcteur de glissement vers le bas et vers l'arrière de la tête humérale. Ces glissements sont associés à une rotation médiale automatique lors du travail en traction (voir Stévenot et coll. 2012 (2)). L'espace sous-acromial est alors augmenté limitant ainsi le phénomène de conflit (photos 13 et 14).



» » Photo 13 : le décentrage de la tête humérale provoque le conflit



» » Photo 14 : le travail actif sur le SCAPULEO libère l'espace sous-acromial

Pour résumer, lors des mouvements réalisés en CCO, le recrutement des muscles de l'articulation proximale (épaule) a pour principal effet la mobilisation du membre supérieur dans le but de placer la partie distale (effecteur) dans la position désirée. En revanche, lorsque l'on crée un point fixe distal, autrement dit lorsque l'on contraint la mobilité du membre supérieur, l'activation des muscles proximaux aura une répercussion directe au niveau de l'articulation proximale, à savoir l'articulation gléno-humérale. Le travail en CCF réalisé selon un positionnement précis du membre supérieur sur le SCAPULEO place donc le complexe articulaire de l'épaule dans une configuration particulièrement favorable à la correction des décentrages gléno-huméraux, expliquant ainsi son efficacité immédiate.

Suite à cette phase de recentrage aigüe, l'efficacité de la prise en charge repose sur la capacité à maintenir dans le temps un espace sous-acromial suffisant. Pour cela, le caractère « actif » du travail proposé par le concept 3C s'avère particulièrement adapté.

5.2 Importance du travail actif

L'objectif de la prise en charge des pathologies de la coiffe des rotateurs associées à un conflit sous-acromial est de fournir au système musculo-squelettique la capacité d'assurer la stabilisation dynamique de la tête humérale afin d'éviter les phénomènes de conflits lors des activités quotidiennes. La musculature gléno-humérale, tout comme la musculature scapulo-thoracique, est directement responsable de cette stabilisation durant les mouvements du bras. Deux critères semblent particulièrement importants afin que ces deux groupes musculaires puissent jouer leur rôle de manière optimale : 1) avoir une force suffisante, 2) disposer d'un contrôle optimal via le système nerveux central. Le caractère actif du recentrage tel qu'il est proposé par le concept 3 C permet de répondre à ces deux critères.

5.2.1 La force

La cinématique et la stabilisation de la scapula jouent un rôle primordial dans le bon fonctionnement de l'épaule en fournissant une base stable à partir de laquelle les mouvements gléno-huméraux sont réalisés ⁽²¹⁾. Lors d'un mouvement d'élévation du bras, les trois chefs du trapezius et le serratus anterior impriment un mouvement de sonnette externe et d'inclinaison postérieure à la scapula ⁽²²⁻²⁴⁾ permettant l'élévation de l'arche coraco-acromiale ⁽²⁵⁾. Les muscles de la coiffe des rotateurs jouent, quant à eux, un rôle critique dans la stabilisation gléno-humérale en s'opposant au décentrage de la tête humérale ⁽²⁶⁾. Ces différents groupes musculaires doivent donc disposer d'une force suffisante afin de jouer leur rôle dans la prévention des conflits sous-acromiaux.

Le travail actif tel qu'il est proposé par le Concept 3C en position de référence nécessite l'activation de muscles spécifiques. Le travail en traction est associé à une activation prédominante de la globalité de la coiffe des rotateurs, des latissimus dorsi, pectoralis major et teres major, du long chef du triceps brachii et des chefs moyen et inférieur du trapezius. Le travail en compression, quant à lui, implique

une activation prédominante de la coiffe des rotateurs, du deltoïdeus medius et du serratus anterior. Il découle alors de ce travail actif, le renforcement des muscles responsables de la stabilisation dynamique de la tête humérale. Ce renforcement est présent durant l'ensemble de la prise en charge au moyen d'une intensité de travail progressive sur le SCAPULEO. Les prises en charge qui reposent sur un recentrage simplement mécanique, c'est-à-dire ne nécessitant pas de travail actif de la part des muscles impliqués dans la stabilisation gléno-humérale, ne permettent pas le renforcement de ces groupes musculaires. Elles ne répondent donc pas directement à l'exigence de renforcement musculaire.

Le renforcement des muscles de la coiffe des rotateurs et des stabilisateurs de la scapula, associé au travail actif sur le SCAPULEO, participe donc à la conservation du centrage gléno-huméral à long terme.

5.2.2 Le contrôle neuromusculaire

Le contrôle neuromusculaire correspond à l'intégration par le système nerveux central (SNC) des informations afférentes périphériques et à la réponse efférente motrice permettant d'assurer la stabilité de l'articulation ⁽²⁷⁻²⁹⁾.

À de nombreuses reprises, l'altération du contrôle neuromusculaire des mouvements gléno-huméraux et scapulo-thoraciques a été proposée comme une des causes du développement des pathologies de la coiffe des rotateurs ⁽³⁰⁻³³⁾. L'activité électromyographique (EMG) des muscles de la coiffe des rotateurs et des muscles stabilisateurs de la scapula a été étudiée chez les sujets présentant un conflit sous-acromial. Reddy et coll. (2000) ont mis en évidence une diminution de l'activité EMG des muscles infra-spinatus et subscapularis chez des sujets symptomatiques en comparaison à des sujets sains. De même, une augmentation de l'activité du trapezius superior et une diminution de l'activité du serratus anterior et du trapezius inferior ont été observées chez les sujets symptomatiques ^(30,31,34). Ces différents résultats mettent en évidence qu'une perturbation du contrôle neuromusculaire fait partie du processus d'évolution des pathologies de la coiffe des rotateurs.

Un défaut d'activation des muscles gléno-huméraux et/ou scapulo-thoraciques par le système nerveux central, même en l'absence d'un déficit de force, peut compromettre la stabilisation dynamique de la tête humérale. D'ailleurs, une augmentation de l'activité des muscles de la coiffe des rotateurs chez des sujets sains entraîne une augmentation de l'espace sous-acromial entre 60° et 90° d'élévation gléno-humérale ⁽³⁵⁾. Afin de limiter le phénomène de conflit de manière durable, il faut donc entraîner le SNC à recruter les muscles impliqués dans la stabilisation dynamique de la tête humérale. De même que pour le renforcement musculaire, les prises en charge qui consistent en un recentrage simplement mécanique ne semblent pas adaptées à la conservation du centrage gléno-huméral à long terme. En effet, elles ne nécessitent pas la commande motrice des muscles impliqués dans la stabilisation dynamique de la tête humérale par le SNC. Le travail de recentrage actif tel qu'il est réalisé à l'aide du SCAPULEO



est, par définition, associé au recrutement des muscles de la coiffe des rotateurs et des stabilisateurs de la scapula par le SNC. En ce sens, il répond à la nécessité d'un entraînement du SNC à recruter les groupes musculaires responsables de la stabilisation de la tête humérale.

La capacité du SNC à envoyer une commande motrice adaptée est dépendante de l'acuité proprioceptive qui correspond à l'information afférente provenant des mécanorécepteurs capsulo-ligamentaires, musculo-tendineux et cutanés. La proprioception joue un rôle dans le maintien de la stabilité articulaire. L'apparition de fatigue musculaire ou la présence d'un conflit sous-acromial sont deux facteurs capables d'altérer l'acuité proprioceptive ⁽³⁶⁻³⁸⁾.

L'application du Concept 3C permet de jouer sur ces deux facteurs par le renforcement des muscles responsables de la stabilisation de la tête humérale et par la diminution du conflit sous-acromial. En limitant les perturbations proprioceptives, cette méthode contribue à la stabilité du complexe articulaire de l'épaule.

En jouant à la fois sur les informations afférentes périphériques et sur la réponse efférente motrice, le caractère actif du travail sur le SCAPULEO doit permettre de faciliter le contrôle neuromusculaire du complexe articulaire de l'épaule.

5.3 Synthèse sur les explications biomécaniques

En premier lieu, la position de travail précise en chaîne cinétique fermée telle qu'elle est proposée par le Concept 3C apparaît comme une configuration particulièrement favorable à la correction des décentrages gléno-huméraux, expliquant ainsi son efficacité à court terme. En second lieu, le caractère de travail actif associé à cette nouvelle méthode, participe à la conservation de la stabilisation dynamique de la tête humérale dans la glène de la scapula de manière durable. Ces explications biomécaniques permettent donc de comprendre les atouts du Concept 3C dans le traitement à court terme comme à long terme des pathologies de la coiffe des rotateurs.

— 6 / CONCLUSION —

La rééducation de l'épaule en chaîne fermée selon le Concept 3C permet d'associer simultanément une correction des décentrages gléno-huméraux et un travail musculaire de l'ensemble du complexe de l'épaule. Le conflit sous-acromial est diminué et les patients retrouvent naturellement une mobilité et une fonction de qualité.

Cette rééducation particulièrement efficace dans le traitement de l'épaule tendineuse trouve aussi naturellement sa place dans la rééducation des épaules instables et de certaines cervicalgies avec contractures récurrentes du trapezius superior et du levator scapulae sur la gléno-humérale décentrée. En effet, les décentrages de la gléno-humérale favorisent une hyperactivité des élévateurs du moignon de l'épaule, qui perturbent la région cervicale.

Les principes de cette rééducation et les explications anatomiques et biomécaniques sont à la fois logiques et convergentes. Le SCAPULEO est un outil pratique et efficace qui permet la parfaite application des principes et techniques présentés.

Seul le Concept 3C permet de réaliser d'emblée et d'une façon bien tolérée un travail du dentelé antérieur, du trapèze inférieur, de la coiffe sans contraintes délétères dans le supra-spinatus, du deltoïdeus, ... tout en couplant ces sollicitations progressives à une décompression sous-acromiale avec correction des décentrages de la gléno-humérale.

L'effet antalgique par décompression sous-acromiale et l'amélioration de la fonction en sont la conséquence logique. L'efficacité thérapeutique est au rendez-vous.

— CONTACTS —

Thierry Stévenot,
5 rue du Président Kennedy
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES, FRANCE
E-mail : thierrystevenot@gmail.com

Grégoire Mitonneau, Doctorant
Groupe SEB
69134 ECULLY, FRANCE
Laboratoire de Physiologie de l'Exercice (E.A.4338)
Domaine Universitaire du Bourget-du-Lac
73376 LE BOURGET-DU-LAC Cedex, FRANCE

Auteur principal correspondant :
Thierry Stévenot

— BIBLIOGRAPHIE —

- 1 ANAES. Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie. Service des recommandations et références professionnelles; avril 2001.
- 2 Stévenot T., Lhuair M., Stévenot M., Avisse C., Pathologies de la coiffe des rotateurs: intérêt d'une manœuvre de recentrage en chaîne fermée: Pathologies of the rotator cuff: The usefulness of a realigning manœuvre in a closed circuit, Kinésithérapie, La Revue. 12 (2012) 48-55.
Article visible en ligne (pages 36 à 44): <http://mag.fmtmag.com/ArchivesMagazines/FMT/FMT-104/FMT-104-Integral.pdf>
- 3 Sohier R.; Kinésithérapie analytique de l'épaule; Kinesither Rev 2010; (97): 38-48
- 4 Marc T., Rifkin D., Gaudin T., Teissier J., Bonnel F.; Rééducation d'une épaule douloureuse, faire simple ou compliqué ? Faire compliqué. Revue du rhumatisme monographies 77 (2010) 246-252
- 5 Leroux J.-L., Traitement médical de l'épaule dégénérative; Kinésithér Scient 2008,489 (18-22)
- 6 Holmgren T., Allgren H. B., Öberg B., Adolfsson L., Johansson K.; Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study; BMJ 2012, 344
- 7 Saha, A.K. (1971). Dynamic stability of the glenohumeral joint. Acta

- Orthopaedic Scandinavica, 42, 491-505.
- 8 Cain P.R., Mutschler, T.A., Fu F.H., Lee S.K. (1987). Anterior stability of the glenohumeral joint: A dynamic model. *The American Journal of Sports Medicine*, 15, 144-148.
 - 9 Itoi, E., Newman, S.R., Kuechle, D.K., Morrey, B.F., An, K.N. (1994). Dynamic anterior stabilisers of the shoulder with the arm in abduction. *Journal of Bone and Joint Surgery (British Volume)*, 76, 834-836.
 - 10 Dufour M., Pillu M. Biomécanique fonctionnelle. Paris: Masson, 2005.
 - 11 Favard L. L'évolution naturelle des ruptures de la coiffe des rotateurs. XI^{èmes} journées nationales du Groupe Rhumatologique français de l'Épaule (GREP) p 41-42, 19 mars 2011
 - 12 Marc T., Gaudin T., Teissier J. Bases biomécaniques de la rééducation des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, *Kinésithérapie Scientifique* 489, 5-9
 - 13 Gain S., Collin P. Réanimation de la flexion antérieure des épaules pseudoparalytiques par rééducation http://sfre.org/sfre/professionnels/reeducation/epaule_non_operee
 - 14 Gagey O., Hue E. Mechanics of the deltoid muscle. A new approach. *Clin Orthop* 2000;375:250-7
 - 15 Lorne E., Gagey N. The fibrous frame of the deltoid muscle. Its functional and surgical relevance. *Clin Orthop* 2001;386:222-5.
 - 16 Billuart F., Gagey O., Devun L., Skalli W., Mitton D.; Analyse biomécanique et morphologique du muscle deltoïde. *Kinésithér rev*, 2009, 85-86 (90-91)
 - 17 Pallot A. Le rythme scapula-huméral de la scapion: pattern et facteurs influents. *Kinesither Rev* 2011;118 :41-7.
 - 18 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reeducation_epaule_-_score_de_constant.pdf
 - 19 Warner J.J., Micheli L.J., Arslanian L.E., Kennedy J., Kennedy R. Scapulothoracic motion in normal shoulders and shoulders with glenohumeral instability and impingement syndrome. A study using Moiré topographic analysis, *Clin. Orthop. Relat. Res.* (1992) 191-199.
 - 20 Reddy A.S., Mohr K.J., Pink M.M., Jobe F.W., Electromyographic analysis of the deltoid and rotator cuff muscles in persons with subacromial impingement, *J Shoulder Elbow Surg.* 9 (2000) 519-523.
 - 21 Paine R.M., Voight M., The role of the scapula, *J Orthop Sports Phys Ther.* 18 (1993) 386-391.
 - 22 McClure P.W., Michener L.A., Sennett B.J., Karduna A.R., Direct 3-dimensional measurement of scapular kinematics during dynamic movements in vivo, *J Shoulder Elbow Surg.* 10 (2001) 269-277.
 - 23 Braman J.P., Engel S.C., Laprade R.F., Ludewig P.M., In vivo assessment of scapulohumeral rhythm during unconstrained overhead reaching in asymptomatic subjects, *J Shoulder Elbow Surg.* 18 (2009) 960-967.
 - 24 Ludewig P.M., Reynolds J.F., The association of scapular kinematics and glenohumeral joint pathologies, *J Orthop Sports Phys Ther.* 39 (2009) 90-104.
 - 25 Michener L.A., McClure P.W., Karduna A.R., Anatomical and biomechanical mechanisms of subacromial impingement syndrome, *Clin Biomech (Bristol, Avon).* 18 (2003) 369-379.
 - 26 Sharkey N.A., Marder R.A., The rotator cuff opposes superior translation of the humeral head, *Am J Sports Med.* 23 (1995) 270-275.
 - 27 Myers J.B., Lephart S.M., The role of the sensorimotor system in the athletic shoulder, *J Athl Train.* 35 (2000) 351-363.
 - 28 Riemann B.L., Lephart S.M., The Sensorimotor System, Part II: The Role of Proprioception in Motor Control and Functional Joint Stability, *J Athl Train.* 37 (2002) 80-84.
 - 29 Riemann B.L., Lephart S.M., The sensorimotor system, part I: the physiologic basis of functional joint stability, *J Athl Train.* 37 (2002) 71-79.
 - 30 Ludewig P.M., Cook T.M., Alterations in shoulder kinematics and associated muscle activity in people with symptoms of shoulder impingement, *Phys Ther.* 80 (2000) 276-291.
 - 31 Diederichsen L.P., Nørregaard J., Dyhre-Poulsen P., Winther A., Tufekovic G., Bandholm T., et al., The activity pattern of shoulder muscles in subjects with and without subacromial impingement, *J Electromyogr Kinesiol.* 19 (2009) 789-799.
 - 32 Roy J.-S., Moffet H., McFadyen B.J., Upper limb motor strategies in persons with and without shoulder impingement syndrome across different speeds of movement, *Clin Biomech (Bristol, Avon).* 23 (2008) 1227-1236.
 - 33 Cools A.M., Declercq G.A., Cambier D.C., Mahieu N.N, Witvrouw E.E., Trapezius activity and intramuscular balance during isokinetic exercise in overhead athletes with impingement symptoms, *Scand J Med Sci Sports.* 17 (2007) 25-33.
 - 34 Lin J., Hanten W.P., Olson S.L., Roddey T.S., Soto-quijano D.A., Lim H.K., et al., Functional activity characteristics of individuals with shoulder dysfunctions, *J Electromyogr Kinesiol.* 15 (2005) 576-586.
 - 35 Graichen H., Bonel H., Stammberger T., Haubner M., Rohrer H., Englmeier K.H., et al., Three-dimensional analysis of the width of the subacromial space in healthy subjects and patients with impingement syndrome, *AJR Am J Roentgenol.* 172 (1999) 1081-1086.
 - 36 Forthomme B, Kaux J.-F., Crielaard J.-M., Croisier J.-L, Spécificités de la proprioception de l'épaule, in: *La proprioception*, Sauramps Medical, 2012; pp. 224-235.
 - 37 Lee H.-M., Liau J.-J., Cheng C.-K, Tan C.-M., Shih J.-T., Evaluation of shoulder proprioception following muscle fatigue, *Clin Biomech (Bristol, Avon).* 18 (2003) 843-847.
 - 38 Myers J.B., Guskiewicz K.M., Schneider R.A., Prentice W.E.,

Solo Medical

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

Pour :

- PHYSIOTHERAPEUTES
- SAGES FEMMES
- OSTEOPATHES

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

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

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



SWISS ALP HEALTH

**Offre spéciale
pour physios
et ostéos**
info@swiss-alp-health.ch
Tel 021 711 33 11



ExtraCellMatrix – ECM DRINK: La formule complète pour le cartilage, les tendons, les ligaments et la fermeté de la peau.

ExtraCellMatrix – ECM DRINK:

Complément alimentaire avec une haute dose d'hydrolysate de collagène de faible masse moléculaire, sulfate de glucosamine et sulfate de chondroïtine. Acides aminés spécifiques (L-lysine, L-méthionine, L-thréonine). Antioxydants cynorhodon, extrait de melon - Extramel®, gentiane, edelweiss, vitamines C, D, E, manganèse, cuivre et chrome. Emballage mensuel de 30 sachets.

PHARMACODE 537 67 44

NOUVEAU ExtraCellMax – ECM TABS:

Comprimés avec une composition unique pour le cartilage, les tendons et les ligaments. Emballage mensuel de 120 comprimés. PHARMACODE 567 71 50

Swiss Alp Health a été fondée par des spécialistes des sciences de la vie, souffrant eux-mêmes d'arthrose, avec pour objectif de développer des produits innovants dans le domaine de la mobilité.

Pour du matériel promotionnel, en cas de question ou pour une formation, merci de nous contacter directement: info@swiss-alp-health.ch, Tel: 021 711 33 11



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



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

MÉTHODE SWISS DOLORCLAST®

→ LA RÉFÉRENCE EN THÉRAPIE
PAR ONDES DE CHOC RADIALES

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

WWW.SWISSDOLORCLASTACADEMY.COM



**NOUVEAU EMS IPAD APP !
DISPONIBLE SUR L'APPLE STORE**

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



La kinésithérapie énergétique (KE) Méthode Demelt

JEAN-MICHEL DEMELT

Masseur-Kinésithérapeute D.E.
Créateur et enseignant de la Kinésithérapie Énergétique (KE)

Conflit d'intérêt:

- L'auteur déclare un conflit d'intérêt en tant que concepteur et formateur du concept de la Kinésithérapie Énergétique (KE), méthode Demelt

Mots-clés: traitement global, système nerveux neurovégétatif, niveaux physique, énergétique, émotionnel, mental.

Key words: global treatment, autonomous nervous system, physical, energetics, emotional, mental levels

— RÉSUMÉ —

La plupart des pathologies rencontrées dans les cabinets de physiothérapie ou d'ostéopathie sont causées par des tensions corporelles qui entraînent de multiples symptômes chez les patients. A regarder de plus près, on s'aperçoit vite que ces tensions sont de type involontaire et largement liées aux réactions du système nerveux neurovégétatif (SNNV) face à différentes agressions physiques traumatiques, mais aussi émotionnelles et mentales induites en outre par le stress.

Le propre de la Kinésithérapie Énergétique (KE) est justement de considérer l'être humain dans sa globalité et de le traiter sur quatre niveaux – Physique, Énergétique, Émotionnel et Mental – grâce à des outils performants et simples d'application.

La méthode donne une place privilégiée au toucher.

Le concept global est adapté à notre mode de pensée occidental et permet souvent des résultats surprenants, là où la biomécanique touche à ses limites. ⁽¹⁾

— 1 / INTRODUCTION —

Comme la plupart de ses collègues, *Jean-Michel Demelt* s'est retrouvé dans son cabinet devant des patients qui présentaient différentes tensions dans leur corps. Des tensions que toutes les méthodes de physiothérapie et même d'ostéopathie n'arrivaient pas à faire lâcher durablement.

Cherchant à affiner l'efficacité de sa pratique, ce kinésithérapeute a passé plus de 35 ans à étudier et à expérimenter dans les domaines très divers de la biomécanique, de l'énergétique, du neurovégétatif et de la psychologie. Et

c'est avec l'aide d'une équipe de thérapeutes internationale et multidisciplinaire, qu'il a élaboré, par une synthèse de ces différentes approches, une méthode qui offre une qualité de résultat optimum, même dans les cas complexes.

Cette méthode, la Kinésithérapie Énergétique (KE), puise ses fondements tant dans la physique quantique et informationnelle, que dans les récentes découvertes de la psychologie moderne et les connaissances ancestrales de différentes traditions énergétiques.

Il est d'ores et déjà intéressant de noter que la KE accorde une place prépondérante au système nerveux neurovégétatif (SNNV). ⁽²⁾ Cet intérêt particulier est directement motivé par le fonctionnement de ce «chaînon de liaison entre le corps physique et les mondes subtils de l'émotionnel, du mental et de l'énergétique» et son rôle dans les différentes pathologies de blocage.

On a beau dire à un patient tendu et stressé «mais détendez-vous donc!», il en est incapable! Ses tensions, en effet involontaires, sont induites par **les réactions de défense du SNNV** face aux multiples agressions en tout genre (physiques traumatiques, émotionnelles, environnementales) qu'il rencontre tant dans sa vie professionnelle que familiale.

Ces **composantes psychosomatiques** sont généralement peu prises en compte car aucun test clinique médical ne sait, à l'heure actuelle, les objectiver avec une rigueur scientifique. Elles sont donc souvent classées comme accessoires, subjectives ou tout simplement occultées, en particulier par la médecine allopathique.

Le monde médical, à force de vouloir rester objectif à tout prix, en oublie le subjectif, et c'est là un manque d'objectivité flagrant.

De nombreux patients savent néanmoins que leur stress compte pour une bonne part dans leur problématique, alors que beaucoup de thérapeutes corporels se trouvent démunis face à ce type de pathologie. ^(3, 4)

Le concept de la KE permet justement d'objectiver par des tests manuels et de traiter tous les paramètres non physiques et «subjectifs», et aussi de libérer en profondeur le SNNV qui est le premier atteint par ce type d'agression.

Ne recevant plus alors les informations nociceptives du SNNV, le corps physique peut à son tour entamer sa guérison.

— 2 / LES BASES FONDAMENTALES —

Rappels anatomiques:

Il est possible de suivre, très schématiquement, **le chemin d'une agression** depuis le choc initial jusqu'à sa somatisation dans le corps.

Une agression – qu'elle soit physique, psychique ou énergétique – commence toujours par la réception d'une information au niveau d'un ou plusieurs organes sensoriels.

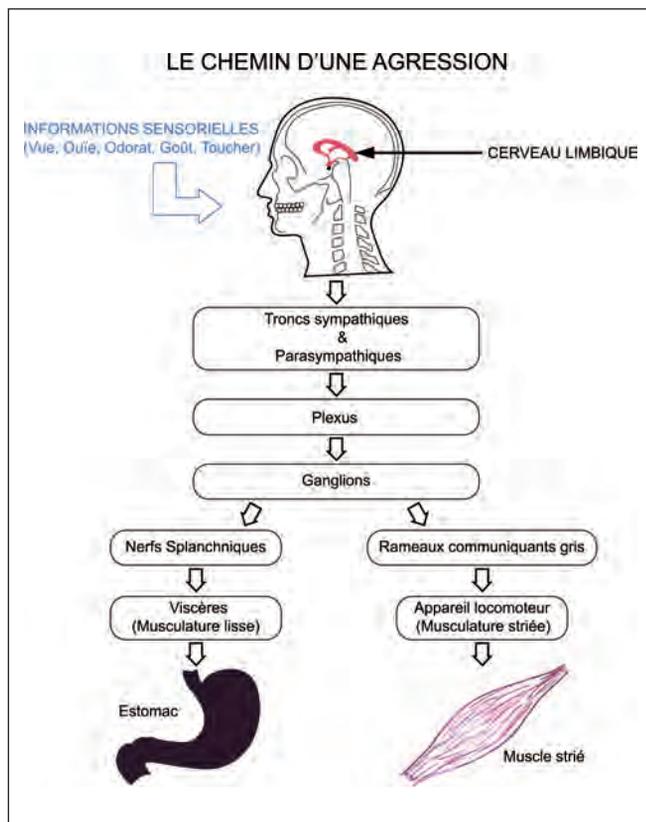
1. Les organes des sens

- Le sens kinesthésique et le **toucher** pour percevoir les chocs physiques.
- La **vue et l'ouïe** principalement pour percevoir les chocs émotionnels et le stress au travers des situations vues et des mots ou des sons entendus.

Les messages transitent ensuite vers le cerveau, en particulier le cerveau limbique.

2. Le cerveau limbique et reptilien

Les messages y sont analysés tout en restant partiellement dans l'inconscient. Ils sont ensuite transmis en périphérie par les troncs sympathiques et parasympathiques.



» » Figure 1: le chemin d'une agression

3. Les troncs sympathiques et parasympathiques, les plexus neurovégétatifs

Les troncs partent du cerveau et descendent jusque dans le bassin. Le long de ces troncs, du haut vers le bas, se succèdent les plexus cervical, cardiaque, solaire, lombaire et sacré.

4. Les ganglions neurovégétatifs

On les trouve pratiquement à chaque étage vertébral. Véritable carrefour de distribution de l'information, chaque ganglion neurovégétatif possède des **rameaux communicants**, blancs et gris. Leur rôle est de transmettre, à chaque étage vertébral, les messages :

- d'une part, aux organes innervés par l'intermédiaire des **nerfs splanchniques**
- d'autre part, à l'appareil locomoteur par les **nerfs périphériques** de la musculature striée volontaire.

Ce processus explique comment les chocs physiques, mais aussi l'environnement et le stress, génèrent physiologiquement un terrain tendu chez les patients angoissés et contraints par une existence de plus en plus agitée et insécurisante.

Important :

Le rôle des rameaux dits « communicants » est de transmettre de manière involontaire les messages de défense du SNNV, d'une part aux différents organes, d'autre part aux nerfs périphériques moteurs qui innervent les muscles striés de l'appareil locomoteur. Bien que réputés « volontaires », ces derniers reçoivent par ce canal toute une somme de stimuli « involontaires » qui génère les différents blocages rencontrés chez la plupart des patients.

Cette connaissance de la neurophysiologie montre que les **mécanismes de défense du SNNV** sont à l'origine de la plupart des pathologies récurrentes. C'est pour cela que la KE s'applique à intervenir tout particulièrement sur le SNNV. Cette méthode originale permet d'aller plus loin dans la thérapie et d'obtenir des résultats performants, là où les techniques classiques touchent à leur limite. ^(5, 6)

— 3 / DES OUTILS SIMPLES ET PERFORMANTS —

Un des buts de cette thérapie est de faire relâcher les tensions involontaires induites par le système nerveux neurovégétatif (SNNV), suite aux différentes agressions subies, lorsque celles-ci ne sont plus utiles.

Le SNNV a pour particularités d'être très primitif et de fonctionner d'une manière binaire: **une agression induit automatiquement une réaction de sa part.**

De plus, il ne peut pas gérer plus d'une information à la fois. Cette caractéristique, déjà utilisée par l'hypnose, rentre largement dans la méthode de la KE.

Rappel: La pratique de l'hypnose permet d'opérer sans anesthésie, juste par la concentration, la visualisation et le ressenti d'autres paramètres afin que le cerveau du patient occulte la douleur. Ce processus démontre qu'avec trois informations simultanées, une partie du cerveau se trouve sur-stimulée et ne peut plus remplir son rôle de défenseur, ce qui entraîne le relâchement immédiat des tensions involontaires contractées.

La KE ne pratique pas l'hypnose, ⁽⁷⁾ mais utilise simultanément **cinq outils différents**, alors que trois sont déjà suffisants.

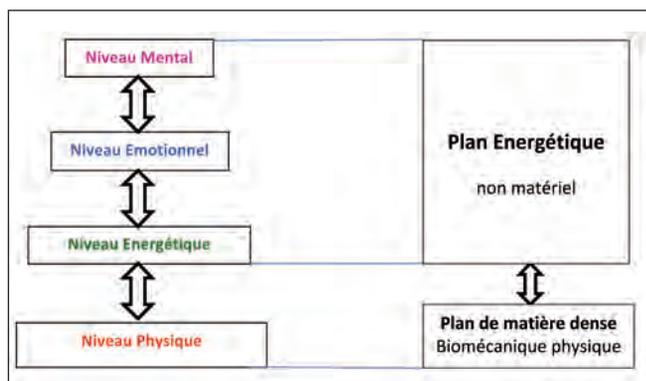
Ces outils sont:

- **La pression par le thérapeute** sur le lieu du symptôme qui, en induisant une légère douleur, permet au patient de conscientiser le blocage tissulaire.
- **Le souffle profond** et maintenu du patient, invité à participer activement à la « manœuvre ».
- **L'intention de « lâcher-prise »** qui fonctionne, grâce à la loi d'attraction, par la puissance créatrice des pensées. Le patient se concentre sur sa libération.
- **La visualisation/conscientisation** de la qualité de la douleur, en répondant à la question: « votre douleur ressemble-t-elle à une piqûre, à un pincement, à une brûlure... ? »
- **Le 5^e outil** est de type biochimique. L'expiration profonde et maintenue, entraîne une hypercapnie dans le sang qui produit la libération des neurones acétylcholinergiques ainsi qu'une détente immédiate des fibres musculaires concernées.

L'utilisation simultanée de ces cinq outils s'apprend très rapidement et s'appelle **la correction par expiration assistée.** ⁽⁸⁾

— 4 / L'ÊTRE GLOBAL EN 4 NIVEAUX —

Il devient évident pour tout le monde qu'un être humain ne se résume pas à la somme de ses constituants physiques. La KE, quant à elle, propose de considérer l'être humain dans sa globalité en intervenant sur quatre niveaux: physique local, énergétique global, émotionnel et mental.



» » Figure 2: les 4 niveaux d'action de la KE

1. Le niveau physique local est bien étudié et traité par la médecine allopathique et la plupart des techniques de physiothérapie et d'ostéopathie.

Cette technique locale, à visionner sur le site ⁽¹⁾, représente par elle-même une **thérapie manuelle énergétique** extrêmement efficace et rapide tout en restant douce, et aussi simple d'application. ⁽⁸⁾

2. Le niveau énergétique s'adresse aux structures globales des chaînes musculaires formées de plusieurs muscles ou structures molles placées bout à bout.

Elles sont également étudiées par différentes méthodes sous la forme de méridiens, voies énergétiques, de fascias, etc. En KE, elles sont appelées **axes ostéo-articulaires** ou grands axes énergétiques. Leur blocage est de type involontaire. Classiquement, on corrige les chaînes musculaires par des étirements qui peuvent être plus ou moins fastidieux. En KE, elles se libèrent très facilement en un souffle par l'application simultanée des outils de l'expiration assistée. ⁽⁸⁾

3. Le niveau émotionnel a requis toute l'attention de Jean-Michel Demelt. Pendant 25 ans, il a concentré ses recherches sur le rapport entre trois paramètres:

- La pathologie pour laquelle les patients viennent consulter
- Leur vécu émotionnel au travail et dans leur famille
- Les points douloureux trouvés, à l'appui, sur leur sternum et les cartilages sterno-costaux (zone émotionnelle liée au plexus cardiaque).

Ces points douloureux à l'appui sont très facilement palpables chez tous les patients tant soit peu stressés, c'est-à-dire plus de la moitié de la patientèle des thérapeutes corporels. Appelés **« points neurovégétatifs »**, ils représentent la somatisation des souffrances émotionnelles projetées à l'avant sur le sternum par l'intermédiaire du plexus cardiaque.

Lorsque la douleur est paroxystique, la pathologie est appelée: « le syndrome de Tietze » (maladie idiopathique pour la médecine allopathique) qui peut aller jusqu'à l'impression d'un poignard qui traverse le cœur, mais sans signe clinique de pathologie cardiaque.

Chez de nombreux patients, l'on retrouve ces points à un degré moindre. La douleur n'est ressentie alors qu'à l'appui. Elle est cependant accompagnée la plupart du temps de symptômes « subjectifs » liés au stress qui prennent la forme soit d'un serrement de gorge, passager ou durable, soit d'une plus ou moins forte oppression de la poitrine ou du ventre.

Ces symptômes « subjectifs » signent la présence d'une composante somato-émotionnelle qui entraîne, ou du moins aggrave, de nombreuses pathologies physiques.

La localisation de ces points ne se fait pas du tout au hasard, mais selon des lois très précises. Leur palpation systématique sur des milliers de cas a permis à Jean-Michel Demelt et à son équipe de dessiner une grille de lecture psychosomatique permettant de déterminer:

- La date du vécu initial de souffrance
- La ou les personnes impliquées dans ce vécu
- Le type d'émotion ressentie.

La libération par l'expiration assistée se fait les mains posées de part et d'autre du thorax par rapport au point sternal, afin de libérer les plexus et les ganglions neurovégétatifs et toutes les mémoires émotionnelles qu'ils renferment. ⁽⁸⁾

La correction agit en même temps sur le plexus nerveux, les organes et la musculature qui lui sont reliés.

Elle peut se pratiquer sans conscientisation pour les pathologies physiques. Cependant, la prise de conscience offre la possibilité de déterminer l'origine du symptôme. Elle permet alors un travail psychosomatique précis qui agit efficacement sur la durabilité et la pérennité d'une réharmonisation physique et psychique.

4. Le niveau mental

La prise en charge de ce niveau constitue l'aboutissement du traitement. Néanmoins, tous les patients ne sont pas forcément prêts à aller jusque-là, particulièrement lors de la première séance. Le praticien n'approfondira les causes du symptôme qu'avec l'accord du patient et que s'il sent l'utilité de le faire.

La conscientisation émotionnelle permet de clarifier et de nommer **«ce que la personne ne veut plus»**. Avec le patient, le thérapeute construit un nouveau programme qui prendra la forme d'affirmations positives, contraires à l'ancien schéma. Celles-ci représentent **«ce que la personne décide aujourd'hui»**.

Cette affirmation s'intègre par la verbalisation, la visualisation, la respiration et le toucher corporel.

Le patient continue chez lui ce travail de réapprentissage ou de **rééducation mentale et émotionnelle**, comme

il peut aussi pratiquer des exercices de rééducation physique.

L'ensemble de ce travail de réhabilitation sur le plan mental est appelé « La Reprogrammation Positive ». Elle offre une grande complémentarité à tout travail corporel, même différent de la KE.

Exemples d'affirmations positives: « Je suis de plus en plus calme et détendu » ou « Je suis plein d'énergie », « ma santé s'améliore de jour en jour », « je récupère la force de mon quadriceps » etc. Il en existe des centaines. Ces affirmations sont suivies d'une profonde inspiration et de la visualisation du but atteint. ⁽⁸⁾

Le Pont du Futur

Le patient est invité à se projeter dans le futur par la visualisation, et à ressentir en lui les résultats que le nouveau programme lui permet d'atteindre.

On lui propose également des actes concrets pour pérenniser sa transformation. Par exemple: parler à un parent, se mettre à faire du sport, trouver de nouvelles activités, oser demander une augmentation, prendre un après-midi de repos par semaine, etc. ^(9, 10)

— 5 / LE RAISONNEMENT CLINIQUE —

Toutes les causes finissent par somatiser dans le **corps physique**. Cependant, ce sont principalement les chocs physiques ou les hyper sollicitations corporelles qui constituent des **lésions primaires** sur le plan physique.

Par contre, une agression qui atteint initialement le plan énergétique global, demandera un travail sur ce plan par la correction de l'axe ostéo-articulaire (ou de la chaîne musculaire) atteint. La correction du seul muscle symptomatique ne suffira pas dans ce cas-là, puisque la lésion primaire se situe dans le niveau énergétique et non physique.

SYSTEME NERVEUX NEUROVEGETATIF	GRILLE DE LECTURE	ACTIONS SUR LE PSYCHISME	PLANS
	<p>Hypothalamus Hypophyse</p>	<i>Pensées</i>	Mental
	<p>Plexus cervical</p>	<i>Communication stress actuel</i>	Émotionnel
	<p>Plexus cardiaque</p>	<i>Emotions vécues du passé + hérédités</i>	
	<p>Plexus solaire</p>	<i>Centre de la Réalisation</i>	Corporel
	<p>Plexus lombaire</p>	<i>Instincts :</i> - de Vie - de procréation - sexuel	
	<p>Plexus sacré</p>		

» » Figure 3: la grille de lecture de la KE

De même, un choc émotionnel passant par le cerveau limbique, et bloquant un ou plusieurs axes ostéo-articulaires pour enfin somatiser physiquement, devra d'abord être corrigé sur son plan d'origine, c'est-à-dire sur le niveau émotionnel neurovégétatif.

Un schéma mental de dévalorisation ou de pensée auto-destructive, se transmet lui aussi en cascade, du plan mental à l'émotionnel, puis à l'énergétique, pour somatiser enfin dans le corps physique. Cette cascade démarre d'une lésion primaire mentale, qui entraîne une lésion secondaire dans l'émotionnel, une lésion tertiaire dans l'énergétique et souvent plusieurs lésions quaternaires dans le corps physique, touchant aussi bien certains organes-cibles que des parties de l'appareil locomoteur (muscles, articulations, os, etc.).

Ainsi l'on peut se représenter ces quatre plans échelonnés selon une hiérarchie en forme de pyramide. Les informations sont transmises en cascade du haut vers le bas.

Le seul plan de matière est le corps physique, tandis que les trois plans supérieurs sont de nature énergétique et subtile. Voilà pourquoi le concept allopathique ne prend en compte que le plan physique, occultant ainsi des paramètres d'une importance capitale.

Le grand intérêt de la KE est de pouvoir repérer très facilement et traiter **la lésion primaire** dans le niveau qui lui est propre, puis de corriger, au cours de la même séance, toutes les lésions qui en découlent sur leur niveau respectif.

Ce raisonnement amène à une vision holistique de l'être humain et apporte une compréhension précise et scientifique de l'installation et de l'évolution des maladies. Avec cette vision, il n'y a plus de maladies idiopathiques, tout simplement parce qu'on peut trouver leur cause primaire dans les plans énergétique, émotionnel ou mental.

— 6 / LES EXPÉRIMENTATIONS —

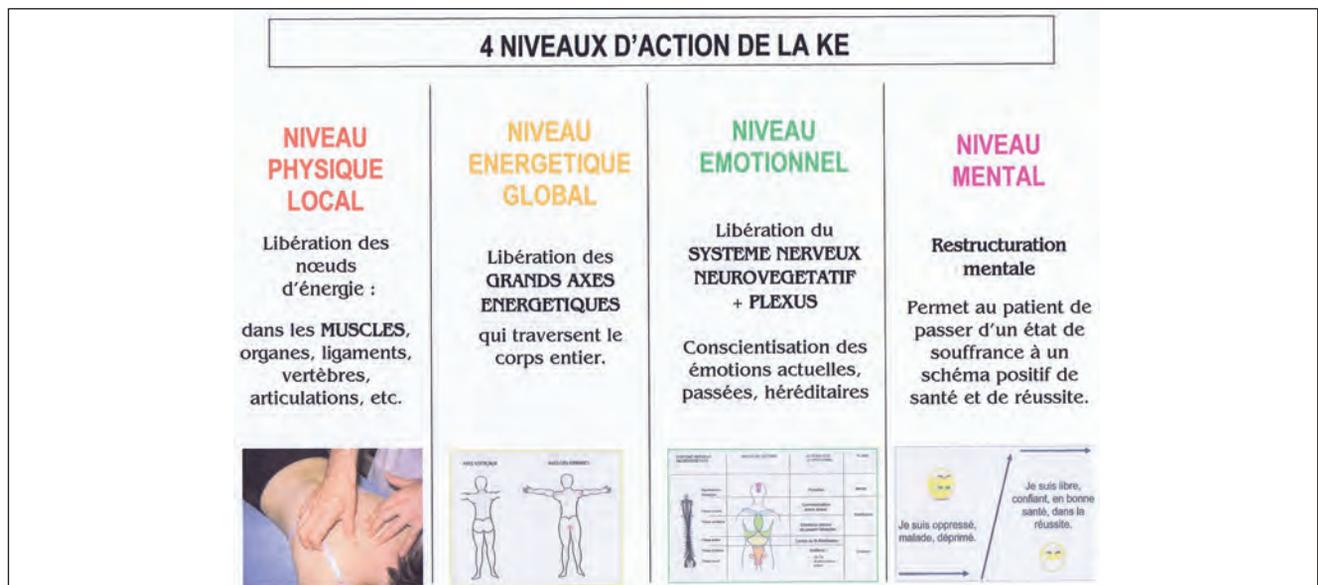
La mise en place de la **grille de lecture psychosomatique** a été possible grâce à une étude approfondie basée sur l'observation empirique de milliers de cas par *Jean-Michel DEMELT* et des dizaines de collaborateurs. Actuellement encore, chaque stagiaire décrit pour son certificat de compétence, au moins deux cas de patients où ce processus est clairement démontré.

Sur le plan physique et énergétique, la méthode fonctionne même chez celui qui n'a pas conscience du principe, par exemple chez les bébés ou les animaux. Mais sur les plans émotionnel et mental, la participation du patient est fondamentale car le but du thérapeute est d'amener le patient à lâcher volontairement ses pensées et croyances négatives pour les remplacer par des schémas positifs et constructeurs. On comprendra donc que sa volonté de guérir et sa motivation conditionnent une partie des résultats. Le thérapeute est là bien sûr pour motiver son patient, pour lui montrer tous les avantages de ce travail qui s'effectue généralement en deux à trois séances.

Les tests habituels ne sont pas utilisables ici. En effet, le mental – que l'on veut éliminer dans la méthode en double aveugle – agit largement sur le résultat en KE. Il fait même partie intégrante du processus de traitement.

— 7 / L'EXPÉRIMENTATION DES VÉCUS IMAGINÉS PAR LA VISUALISATION ET LEURS EFFETS SUR LE CORPS PHYSIQUE —

En 2012, des expérimentations ont été effectuées en France et en Suisse, sur une population de 136 personnes. Il leur a été proposé de se concentrer, d'abord sur une émotion et ensuite sur son contraire. Par exemple, la « tristesse » et la « joie ». Au cours de cet exercice, les outils de la KE sont utilisés comme lors d'une séance de traitement en cabinet.



» » Figure 4: les cascades des lésions sur 4 niveaux



Descriptif

Lorsque après une courte relaxation, les participants se focalisent par l'imagination sur la tristesse, il apparaît sur leur écran mental, des images tristes avec des couleurs ternes et sombres, jusqu'à des envies de pleurer. En quelques minutes, certaines tensions corporelles s'amplifient que ce soit dans la gorge, le thorax, les épaules ou le ventre. Elles sont différentes selon le vécu de chacun, mais tous ressentent, avec plus ou moins de force, leur corps prendre des positions de défense qui, si elles duraient des mois voire des années comme cela se trouve souvent dans la réalité, entraîneraient les types de pathologies traitées quotidiennement dans les cabinets de thérapeutes.

Le plus surprenant est qu'il suffit d'ouvrir les yeux et de pratiquer la technique de l'expiration assistée pour qu'en un ou deux souffles, les images et tous les ressentis corporels disparaissent totalement.

L'exercice se termine toujours par l'expérimentation d'un sentiment de joie ou d'amour. S'imposent alors systématiquement des couleurs chatoyantes et lumineuses, des images agréables et gaies, d'enfants qui jouent et rient, de soleil et de fêtes, etc., et surtout des sensations corporelles de légèreté, de détente et un bien-être profond.

Remarque: cette technique est appliquée systématiquement lors des traitements des niveaux émotionnel et mental. Elle apporte des résultats et des transformations durables surtout lorsque le patient poursuit chez lui ces exercices, tout le temps qu'il en ressent la nécessité. Même une fois guéri de sa pathologie, il peut continuer ses exercices pour entretenir un bien-être joyeux et constructif.

Conclusion

Les 136 participants ont tous ressenti d'une part, les effets néfastes plus ou moins forts selon leur sensibilité, des différentes émotions négatives (peur, tristesse, colère, etc.), d'autre part, la transformation positive immédiate par le souffle et l'intégration des émotions d'amour, de joie et de paix. Au travers de ce vécu personnel, chacun a ressenti en lui la preuve du bien-fondé du processus de la KE et de son fonctionnement systématique.

L'expérience, qui se poursuit en 2013, tend à démontrer que:

- L'amour et la paix apportent la santé, tandis que le stress, la peur et la tristesse rendent malade.
- Le cerveau ne fait pas la différence entre un vécu réel et un vécu imaginé par la visualisation créatrice.
- Lors d'une séance, il est possible de remplacer les effets d'un vécu négatif réel par les effets d'un vécu positif imaginé. La transformation est immédiate.

Afin qu'elle soit durable, la personne continuera chez elle à appliquer les exercices, surtout si elle est confrontée à un environnement particulièrement «polluant». Dans ce cas, plusieurs séances et un entretien peuvent s'avérer nécessaires.

Important:

Une séance de KE complète comporte deux phases:

- La phase de **nettoyage** et de **libération** des niveaux physique, énergétique, émotionnel et mental
- La phase de **Reprogrammation Positive** pour intégrer un nouveau schéma de fonctionnement positif.

On peut cependant pratiquer des séances courtes, de quinze à vingt minutes, sans entrer dans la conscientisation du passé profond et donc sans Reprogrammation Positive. Celles-ci permettent néanmoins de libérer l'appareil locomoteur, les axes ostéoarticulaires et la composante neurovégétative de la pathologie avec une efficacité remarquable.

— 8 / INDICATIONS — CONTRE-INDICATIONS —

La douceur des gestes fait que la méthode a très peu de **contre-indications**. Néanmoins, il est recommandé aux praticiens de s'abstenir dans les cas où les réactions peuvent être imprévisibles (maladies psychiques et psychiatriques graves, bipolarité, tendances suicidaires).

Après une séance de libération puissante, il n'est pas rare de constater quelques réactions de fatigue ou de douleur accrue, durant un à deux jours. Les conseils à prodiguer sur le plan physique sont le repos, boire beaucoup d'eau pour éliminer les toxines libérées durant la séance. Sur le plan mental, il est important pour le patient d'énoncer régulièrement ses affirmations positives et de mettre en place les actes qui concrétiseront les changements décidés.

Depuis que la reprogrammation positive est utilisée, les réactions négatives après les séances ont diminué de 75 %, tant en nombre qu'en intensité. En se concentrant activement sur le but à atteindre et en engageant leur énergie dans sa réalisation, les patients apprennent à se prendre en charge.

Les indications sont infinies et comprennent pratiquement toutes les pathologies de l'appareil locomoteur et des viscères rencontrées dans les cabinets de physiothérapie et d'ostéopathie.

Du nouveau-né jusqu'au centenaire, du grabataire jusqu'au sportif de haut niveau, tous – et même les animaux – peuvent profiter de la méthode autant sur le plan thérapeutique que préventif.

La KE a aussi sa place, sur le plan structurel, après les différentes interventions de la chirurgie, de l'orthopédie et de la médecine en général. En effet, un traitement doux peut être rapidement appliqué sur une blessure fraîche, une fracture qui vient d'être réduite ou après une quelconque autre opération pour soulager la douleur et accélérer le processus de cicatrisation.



De même, toutes les pathologies psychosomatiques gagnent très largement à être prises en charge par un traitement de KE. Et il s'avère qu'elles sont bien plus courantes qu'on ne le suppose habituellement ! Il est rare, en effet, de rencontrer des pathologies de colonne, d'épaule, de bassin ou de viscères, sans composante neurovégétative et émotionnelle plus ou moins prononcée, lorsqu'on sait les rechercher.

La KE ne remplace évidemment pas toutes les méthodes existantes, ni la médecine en général. Cependant, elle les complète très avantageusement par la compréhension qu'elle apporte du processus pathologique, par la rapidité et l'efficacité de sa pratique, et la durabilité de ses résultats.

— 9 / CONCLUSION —

De par les larges possibilités qu'offre son intervention simultanée sur les quatre plans des êtres vivants, la KE se place parmi les techniques manuelles de pointe.

La pratique de la méthode apporte au praticien une vision élargie et une meilleure compréhension de l'installation des maladies. Elle lui permet également, et c'est essentiel, d'aider le patient à considérer ses pathologies comme des expériences qui lui permettront de progresser sur son chemin de vie.

De plus, bien que très efficaces, les gestes prodigués sont doux. Ce qui induit une grande sécurité, tant pour le patient que pour le thérapeute.

Cette démarche s'inscrit dans une pensée nouvelle qui prône un monde où l'être humain est considéré et respecté dans son intégralité. Un monde fondé sur des valeurs

humaines et humanistes pour un avenir de paix et de fraternité.

— CONTACT —

Jean-Michel Demelt
4 Rue des Pommiers – F 67160 SEEBACH (France)
E-mail : jm.demelt@wanadoo.fr

— BIBLIOGRAPHIE —

- 1 www.kine-energetique.com
- 2 Francesco Bottacelli. La psycho neuro endocrino immunologie. Collection Résurgence. 2012
- 3 Hans Selye. Le stress de la vie. Le problème de l'adaptation. Ed. Gallimard. 1975.
- 4 Henri Laborit. La nouvelle grille. Ed. Robert Laffont. 1974.
- 5 W. Kahle. Anatomie 3-Système nerveux. 6ème Ed. Flammarion Médecine Sciences. 1990. Volume 3. Système nerveux végétatif. P.270-280
- 6 Frank H. Netter. Atlas der Anatomie des Menschen. Ed. Novartis, East Hanover, NJ. 1997.
- 7 Milton H. Erickson. Traité pratique de l'hypnose. Ed. Grancher. 2006
- 8 <http://www.kine-energetique.com/vidéos.html>
- 9 Marcelle Della Faille. Le secret de la loi d'attraction. Canada. Ed. Le Dauphin Blanc. 2007
- 10 Abraham. Créateurs d'avant-garde. Outremont, Qc Canada. Ed. Ariane. 2006

Le corps appréhendé dans sa globalité

Sur 4 niveaux:

Physique, Énergétique, Émotionnel, Mental

Thérapie manuelle douce qui permet de réussir là où les méthodes classiques trouvent leurs limites



Formation complète qui va à l'essentiel

Trois modules de 3 jours complétés par une semaine de mise en pratique professionnelle

Méthode applicable dès la sortie du 1^{er} module de formation

KINÉSITHÉRAPIE ÉNERGÉTIQUE

Méthode Jean-Michel Demelt Masseur, kinésithérapeute, formateur
03 88 94 75 28 • jm.demelt@wanadoo.fr

Début des prochaines formations à LAUSANNE

KE1 : 28 février au 2 mars 2014

KE2 : 25 au 27 avril 2014

KE 3 : 23 au 25 mai 2014

Autres dates à découvrir sur www.kine-energetique.com



Jean-Michel Demelt sera présent au
20^e Symposium Romand de Physiothérapie
22 & 23 novembre 2013
Palais de Beaulieu à Lausanne

Communication libre le samedi 23 novembre
(voir programme sur www.mainslibres.ch)

Découverte pratique de la KE avec JM Demelt
Samedi 23.11. de 15 h à 17 h 30

au Cabinet de S. LAVANCHY – Rte du Simplon 16 – 1094 PAUDEX

PHITEN

TAPES



www.phiten.ch



Fort de l'expérience en milieu hospitalier et en kinésithérapie du sport, Le BOOSTER est un stimulateur de fibres musculaires lisses qui gainent les parois veineuses et les muscles striés qui entourent le trajet retour.

La relance de tous les échanges redonne toutes les qualités physiologiques aux tissus nécessaires à l'équilibre des pressions.



ACCÉLÉRATION DU RETOUR VEINEUX (3 À 7 FOIS) AVEC ACTION DE RÉMANENCE

CETTE TECHNIQUE COMPORTE 3 ACTIONS

- 1.** UNE ACTION SUR LA MÉDIA VEINEUSE
Vasoconstriction de toute l'arborescence veineuse profonde et superficielle.
- 2.** UNE ACTION SUR LES MUSCLES STRIÉS SQUELETTIQUES PERI VASCULAIRES :
Mise en fonction de la pompe musculaire qui va créer un spasme ou secousse élémentaire.
- 3.** UNE ACTION RÉFLEXE SUR LE SYSTÈME LYMPHATIQUE :
La contraction musculaire péri-vasculaire favorise l'augmentation de la vitesse lymphatique.

Chemin du Croset 9A, 1024 Ecublens, Tél : 021 695 05 53 info@vistamed.ch

POUR UN PARFAIT ÉQUILIBRE

LA RELANCE DES ÉCHANGES CIRCULATOIRES

- OEDÈMES
- HÉMATOMES
- TENDINITES
- JAMBES LOURDES
- CICATRISATION
- ALGONEURO DYSTROPHIE
- DÉCHIRURES

le **Booster**



www.vistamed.ch

DÉCOUVREZ LE NOUVEAU

PANORAMIC
ALPINE ★ SPA



graphic design www.lambassade.ch

2 SAUNAS

2 BAINS
VAPEUR

1 HAMMAM

GRAND JACUZZI

15 PERSONNES

SALLE DE REPOS

SALLE DE RELAXATION

LUMIÈRE DE WOOD

NOUVEAU FITNESS

www.thermalp.ch


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

Ginphys

Le logiciel confirmé des physios des ostéos



physioTec
bizzioTec



*Pour gérer votre
cabinet en souplesse*

Plus de 250 cabinets

- ✓ Administration simplifiée
- ✓ Facturation électronique
- ✓ Agenda électronique
- ✓ Multi-disciplines
- ✓ Toujours à jour avec l'actualité

*Visitez notre stand les
22 & 23 novembre lors du
Symposium Romand au Palais
de Beaulieu de Lausanne !*

JLE informatique

www.jle.ch

info@jle.ch

021 903 55 02

Services et développements professionnels depuis 1989

Entraînement maximal

AIREX®
Professional exercise line

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



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



Balance-pad Elite: nouvelle couleur Lave

Distributeur:

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

VISTAWELL
SPORT + BALANCE

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

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

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

phiten

SINCE 1983



PHITEN
TAPES

www.phiten.ch

La Psychanalyse Corporelle[®], lapsus corporel et mémoire du corps

BRUNO BERTE

Psychologue, Psychanalyste, Psychanalyste Corporel
Vice-Président de l'Institut Français de Psychanalyse Corporelle

Mots-clés: psychanalyse corporelle, lapsus corporels, niveaux de mémoire corporels, traumatismes

Key words: body psychoanalysis, body slip up, layers of body memory, traumatism

— RÉSUMÉ —

La psychanalyse corporelle[®] sollicite la mémoire du corps et repose sur la notion de lapsus corporel. Cette psychanalyse permet de revivre corporellement notre passé au travers de sept couches de mémoire et d'assister psychiquement aux films de nos différents traumatismes, ces instants clés qui ont formaté notre personnalité.

Cet article aborde les différents types de lapsus corporels et les différents niveaux de mémoire ainsi sollicités. Cette méthode apporte une dimension psychologique à la physiothérapie et à l'ostéopathie, de même qu'elle apporte la dimension corporelle manquante à la psychanalyse.

— LES ORIGINES DE LA PSYCHANALYSE CORPORELLE —

La Psychanalyse Corporelle est une technique fondée par Bernard Montaud. C'est en 1983, dans son cabinet de kinésithérapie et d'ostéopathie, qu'il découvre, en pratiquant une technique douce d'ostéopathie crânienne sur une patiente, ce qui deviendra le premier niveau de lapsus corporel. Celle-ci fut prise de sursauts involontaires et d'émotions intenses et indéfinissables.

— QUAND LE CORPS DÉVOILE LE SUBCONSCIENT —

La Psychanalyse Corporelle permet de revivre corporellement notre passé au travers de sept couches de mémoire et d'assister psychiquement aux films de nos différents

traumatismes. Cette psychanalyse sollicite la mémoire du corps. Elle utilise les lapsus corporels comme la psychanalyse utilise les lapsus verbaux.

Elle permet de retrouver les scènes clés du passé qui ont construit notre personnalité en revivant psychiquement ces événements douloureux sans aucune interprétation possible et grâce au corps avec une précision d'images inouïe. Nous avons appelé « traumatismes » ces scènes clés du passé.

Il existe une équation de base en psychanalyse corporelle :

Lapsus corporels + Images psychiques + Verbalisation =
Conscientisation du passé.

Mais avant d'entrer dans cette équation, il est utile de s'arrêter un moment sur la notion de 3^e rythme en psychanalyse corporelle.

— LE TROISIÈME RYTHME —

Les ostéopathes qui pratiquent l'ostéopathie crânienne parlent du MRP, le mouvement respiratoire primaire. C'est un concept que tous ne partagent pas mais qui pourtant est là, juste sous la main, et qui a étonné le psychanalyste que je suis quand j'ai réussi à le sentir pour la première fois.

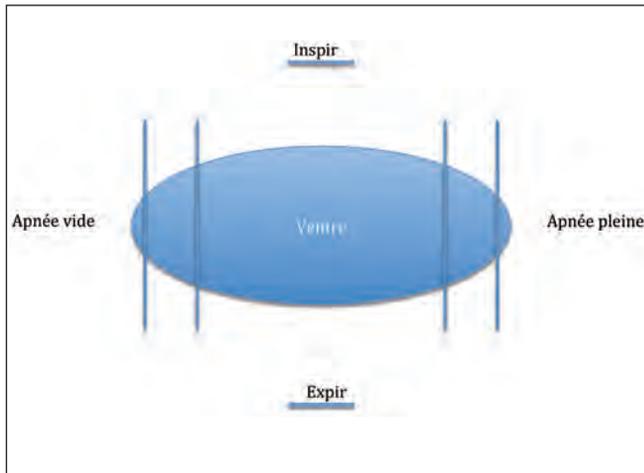
En psychanalyse corporelle, nous parlons de 3^e rythme. Ce rythme respiratoire plus lent que les 2 autres rythmes qui nous habitent, le rythme cardiaque et le rythme pulmonaire, est une respiration qui l'on peut ressentir à travers tout organisme vivant.

Quelle est la structure de ce 3^e rythme ?

Cette respiration tissulaire, ce rythme « inspir - expir » a des caractéristiques particulières :

- Sa périodicité est de 5 à 7 cycles par minute et ne peut donc pas être confondue avec le rythme respiratoire ou cardiaque.

- Il peut se ressentir selon trois axes dans l'espace: l'axe « gonfle-dégonfle », l'axe « monte-descend », et l'axe « visse-dévisse ».
- Enfin il se divise en trois parties dans tous ces axes, un ventre, une apnée pleine et une apnée vide comme vous le voyez sur le schéma ci-dessous.



» » Schéma 1 : structure du 3^e rythme

La main perçoit d'abord la partie centrale là où la manifestation du 3^e rythme a le plus d'ampleur, puis elle apprend à sentir ces instants de suspension où l'on passe de l'inspir à l'expir ou de l'expir à l'inspir et que l'on appelle ici des apnées.

Tout comme nous avons un corps unique qui porte notre histoire refoulée, inconsciente, le 3^e rythme qui nous traverse est unique car il est déformé, en entrant en résonance avec notre histoire personnelle. Cette histoire personnelle est enfouie dans ce que nous appelons le subconscient, ce que la psychanalyse classique appelle de façon plus générale l'inconscient.

La main du psychanalyste corporel, entraînée à percevoir les différents axes du 3^e rythme, interpelle le corps dans la « déformation », le déséquilibre de ce rythme, de cette respiration. Par exemple, pour parler d'un seul axe, un « gonfle » plus long que le « dégonfle ».

Le psychanalyste surprend ainsi en profondeur la personnalité respiratoire du psychanalysé. Il ne cherche pas à rééquilibrer ce rythme, mais au contraire à faire sentir au corps qu'il accepte cette respiration déformée et le psychanalysé se sent accueilli dans ce qu'il est. Tout son être se sent vu, surpris et le corps commence à lâcher prise à travers des **spasmes sans sens**, des sursauts involontaires mais conscients.

Il est prêt à raconter l'histoire. « Tu veux savoir, dit le corps ? Alors je te raconte ce qui nous est arrivé »

Vous êtes ici devant la première manifestation des lapsus corporels, premier terme de l'équation de base.

Lapsus corporels + Images psychiques + Verbalisation = Conscientisation du passé.

— LES LAPSUS CORPORELS —

Après les premiers **spasmes sans sens**, le psychanalysé, aidé par la main du psychanalyste corporel, doit laisser ces spasmes se répéter, se multiplier, le rythme s'accélérer jusqu'à générer des cascades de spasmes.

Je vous rappelle que cela se fait tout-à-fait consciemment. La personne laisse faire son corps, elle se laisse prendre par ces spasmes jusqu'à ressentir le besoin de tenir un spasme, de rester en tension. Cette tension initiale s'appelle la tension lapsusale, sur laquelle va se fonder toute la séance. C'est le moteur de la séance, l'étalonnage de celle-ci. Le corps a pris le pouvoir et ce n'est plus la tête qui le guide. La tête ne fait qu'observer.

Il est alors l'heure de passer au deuxième niveau de lapsus corporel. Incroyable sincérité de ce corps qui contient toute notre histoire ! Incroyable lâcher-prise possible quand le psychanalysé sent son corps « prendre la main » !

Le deuxième niveau de lapsus corporel se repère quand les tensions corporelles se transfèrent du centre du corps – thorax, abdominaux, cervicales – vers les extrémités – bras, mains, jambes, chevilles. Il y a transfert de la tension lapsusale du centre vers la périphérie. L'essentiel ici est de ne pas perdre cette tension de base et c'est tout le travail du psychanalyste à ce moment là.

Le psychanalyste aperçoit alors ce que nous appelons des **mouvements généraux ou primordiaux**, un poing qui se serre, une main qui frappe le sol, la tête qui part d'un côté ou de l'autre.

Le psychanalyste corporel va alors fermement signaler au corps ces différents endroits en les pointant pour que le psychanalysé s'engage encore plus dans ses tensions. Le corps commence alors à justifier le pourquoi et le comment de ces tensions en entrant dans un troisième niveau de lapsus, les **mouvements orientés**.

Ces trois premiers niveaux de lapsus corporels sont une vraie conquête pour chacun. En effet, nombreuses sont les personnes qui souhaitent retrouver leur passé, leur histoire, mais ont encore très peur de se rencontrer. Et la tête reprend le pouvoir alors que le corps ne demande qu'à raconter, dire la vérité de ses souffrances passées.

Autant le premier niveau de lapsus est un niveau sans sens, autant avec les deux suivants, nous sommes rentrés dans du sens, même encore très symbolique.

Dans ce troisième niveau de lapsus, les personnes entrent dans une première définition globale d'eux-mêmes, dans des impressions confuses de l'histoire traumatique, de la construction de leur personnalité.

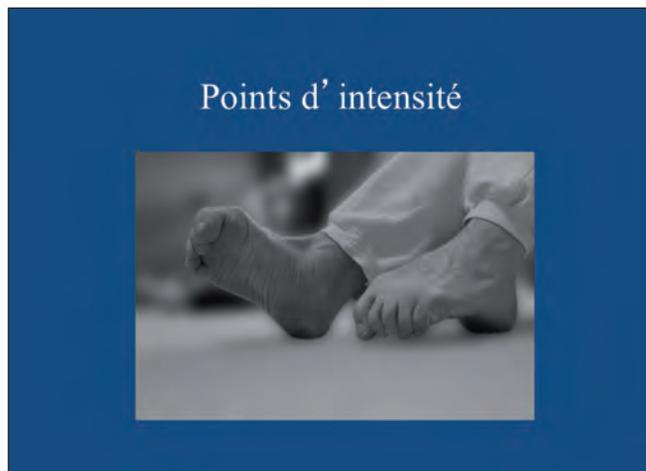
D'un point de vue physique, la tension lapsusale s'est différenciée. Le praticien a deux types de tensions sur lesquelles il va pouvoir s'appuyer: les tensions illogiques – un poignet qui veut se retourner – et des tensions logiques – un doigt tendu vers quelque chose. Dans les tensions illo-

giques, le corps raconte l'intensité de la souffrance de l'histoire traumatique. Dans les tensions logiques, il raconte les circonstances et les événements du passé.

Avec ces deux points dits point d'intensité et point d'images, le psychanalysé rentre dans la confiance de son histoire. La douleur traumatique de l'histoire se retrouve dans le poignet tordu et l'histoire est contenue au bout de ce doigt.

Si le psychanalysé s'engage dans la tension suffisamment longtemps, c'est l'utilisation combinée de ces deux types de points, images et intensité, qui fait revenir le souvenir du passé sous forme de flashes.

Pour illustrer mon propos voici deux photos, la première est celle d'un point d'intensité et la seconde celle d'un point d'image.



» » Photo 1: points d'intensité



» » Photo 2: points d'image

Au 4^e niveau de lapsus, apparaissent des **mouvements précis** – un poing qui tape sur le sol avec insistance par exemple; la tension lapsusale s'est nettement différenciée entre les points d'intensité et les points d'images. Ces mouvements attirent alors des souvenirs de notre histoire issus de tous les âges de notre passé. J'y reviendrai dans la description du second terme de notre équation de base, les images psychiques.

Avec les niveaux 5 et 6, la tension lapsusale se différencie non plus en points mais en mouvements: dans la séance

apparaissent des **mouvements concrets** (5^e niveau de lapsus) puis des **mouvements concrets saturés** (6^e niveau). Les lapsus corporels se transforment peu à peu en un mime de la situation du passé qui revient à la conscience du psychanalysé. La personne revit de plus en plus précisément ce qui se déroule dans ce moment de son histoire. A ce niveau de mémoire corporelle, le psychanalysé va se fixer dans un instant précis de son passé douloureux. On parle alors de **scène traumatique** et il ne va plus la quitter.

Les mouvements d'intensité contiennent toute l'ambiance insoutenable des instants traumatiques. Les mouvements d'images font maintenant revenir en mémoire des indices et des situations extrêmement précises du passé.



» » Photo 3: lapsus de niveau 5

Sur cette photo, nous sommes en présence de lapsus de niveau 5. La personne dans cette séance essaie désespérément d'avancer, de présenter son bassin, c'est le mouvement d'image, le corps qui tente de raconter l'histoire. Le mouvement d'intensité mesurant toute l'ambiance traumatique se retrouve quant à lui de la pointe des pieds à la région lombaire.

Dans le niveau 6 de lapsus corporel, **les mouvements concrets saturés**, la tension se concentre en un seul point, le corps cherche un conflit articulaire central pour exprimer tout le drame de cette scène.

Le dernier niveau de lapsus corporel, le 7^e niveau est un **lapsus postural paroxystique**. Toute la progression de ce travail amène la personne vers cet endroit où l'ensemble du corps va se focaliser sur un conflit articulaire majeur. Cette articulation du corps poussé à l'extrême contient l'ensemble de la situation traumatique douloureuse et demande assez peu d'intervention du psychanalyste. La personne est portée en séance par l'horreur et l'intensité de ce qu'elle redécouvre.

— LES IMAGES PSYCHIQUES —

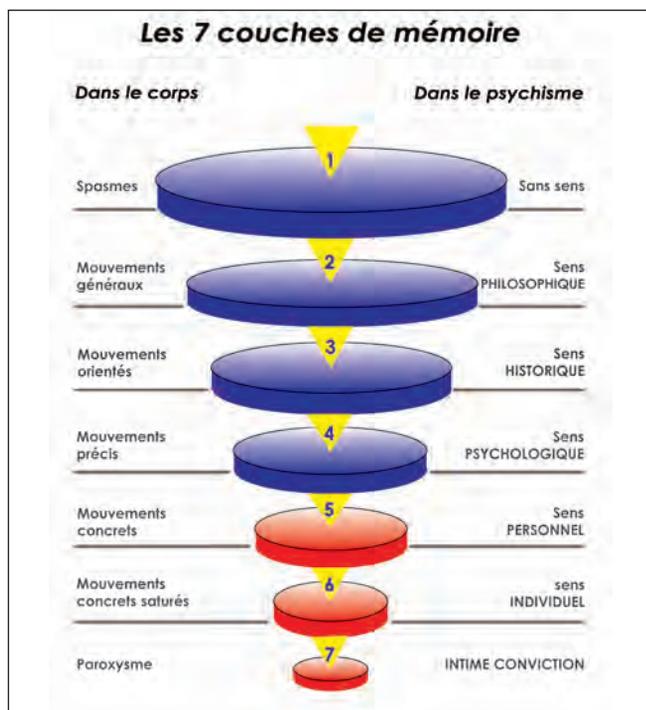
Reprenons notre équation de base:

Lapsus corporels + Images psychiques + Verbalisation =
Conscientisation du passé.

Avec ces sept types de lapsus corporels, le corps ouvre progressivement la porte à sept niveaux de mémoire, sept types d'images psychiques, jusqu'à révéler la totalité de l'histoire.

Le schéma des sept couches de mémoire fait bien sentir cette progression en parallèle dans le corps et dans le psychisme.

Dans ce schéma, vous retrouvez, colonne de gauche, les lapsus corporels dans le corps. Et parallèlement, colonne de droite, vous pouvez voir les types d'images et de revécus psychiques correspondants, avec la nomination que nous leur avons donnée.



» » Schéma 2 : les sept couches de mémoire

En haut, les quatre premiers niveaux de couches de mémoire, psychiques et corporelles, sont des revécus symboliques alors que les trois derniers, en bas sont des revécus concrets.

Le premier niveau de mémoire corporelle, souvenez-vous, est la partie qui concerne les spasmes. Le psychanalysé cherche un lâcher-prise sans sens qui va plus tard ramener des images psychiques.

Au deuxième niveau, celui où la personne passe des mouvements périphériques et mécaniques à des mouvements généraux qui commencent à exprimer un « NON », il n'y a pas encore d'images. A cet endroit, nous sommes dans un grand sens général, le **sens philosophique**. Souvenez-vous, dans le corps il y a transfert de la tension lapsusale centrale vers les extrémités. Et ce n'est jamais un grand « OUI » à la vie que les personnes vont chercher. Jamais ! C'est toujours l'expression brute et symbolique de la douleur de cette histoire personnelle qui nous a construit.

Avec le troisième niveau, celui où le psychanalysé arrive au niveau des mouvements orientés, apparaît en parallèle un **sens historique**. Nous sommes devant les premières images de souvenirs, les premiers flashes, avec la sensation que cela se passe à des âges différents. Le grand « non » de départ devient « j'ai peur », « je suis seule », « j'aperçois une cour ». C'est un peu comme si la personne feuilletait l'album photo de son histoire.

Le niveau suivant, le 4^e, celui des mouvements précis, est le moment où les tensions se différencient en points d'intensité et points d'images. Le psychanalysé rapporte des souvenirs de différentes périodes de son histoire, comme des courts métrages : « Je suis un petit bébé seul, très seul », « Je suis une petite fille derrière une porte. Je vois mon frère dans la cour avec la trottinette », « je suis à une fête foraine, je suis adolescente, je m'éloigne avec un garçon », « je vois un landau dans une cuisine, je pense que c'est le mien. Maman se trouve dans la pièce d'à côté ». Ici nous sommes comme dans un ascenseur qui voyage aux différents étages de l'histoire personnelle. Nous sommes devant le **sens psychologique**.

Après ces quatre premiers niveaux symboliques, nous allons aborder les trois niveaux concrets.

Le cinquième niveau, fait apparaître le **sens personnel**, attiré par les mouvements concrets. Le psychanalysé entre dans la scène traumatique. A cet endroit d'engagement de séance, la personne va installer progressivement le décor, les personnages, les événements concrets de cette scène. Et de séance en séance, elle va revenir vers cet endroit si brûlant de son histoire : « Je joue à la trottinette avec mon frère. Je suis tellement bien, je sens mon corps s'envoler, tout est à fleur de peau et je ne veux pas rendre la trottinette à son frère. Celui-ci va se venger ». « Je suis une petite fille qui se cache derrière la porte du cagibi au fond de la cour... »

Après l'installation du décor extérieur et des personnages impliqués dans la scène, le psychanalysé va entrer avec le niveau six des mouvements concrets saturés, dans le **sens individuel**, le drame que subit la petite victime. Le *bourreau* de l'histoire est là et la personne revit corporellement et en images ce qui s'est déroulé de plus en plus précisément.

Puis vient le dernier niveau, celui qui m'a certainement le plus surpris après des années d'accompagnement en psychanalyse, tant il élève l'histoire personnelle du psychanalysé au dessus des notions de *victime* et de *bourreau*.

Car ce dernier niveau est celui où le psychanalysé, après avoir revécus cette scène du côté de la « victime », va la revivre du côté du « bourreau ». Les images sont celles du monde du « bourreau », de son histoire, et cela produit un revirement complet, un véritable retournement intérieur tant le psychanalysé aperçoit le monde du « bourreau » et l'ensemble de la scène comme une maladresse d'amour. Ce sont des instants incroyables de vérité et de transparence !

Il n'y a plus ni *victime* ni *bourreau*, à tel point que cette nouvelle connaissance que le psychanalysé a maintenant



de lui-même ne le pousse pas à régler ses comptes mais fait tomber cette haine qui dormait au fond de lui sans qu'il en ait même conscience.

Cette connaissance lui fait comprendre toutes ses douleurs psychiques présentes souvent incarnées jusque dans son corps... C'est une véritable réconciliation avec son histoire.

— LA VERBALISATION ET LA CONSCIENTISATION DU PASSÉ —

J'ai tenté de vous faire sentir combien le niveau de lapsus, la qualité de ceux-ci permettait une qualité d'images psychiques. Plus les lapsus seront concrets, plus les images seront précises et plus la verbalisation permettra de conscientiser ce qui s'est passé.

C'est le langage du corps qui prend presque toute la place en séance, l'expression orale n'y a pas beaucoup de place, à part les cris et les gémissements. Il y a à vivre la séance et pas à la commenter ou l'intellectualiser.

Le temps de verbalisation qui arrive après la séance aide le psychanalysé à exprimer ce qui vient de se jouer, à apercevoir les manques et les contradictions. Avec l'aide du psychanalyste, c'est une véritable enquête policière, une enquête d'indices qui se déroule sous nos yeux. Comme le psychanalyste corporel traquait les lapsus corporels en séance, ici il guette les lapsus verbaux, les mots clés qui vont aider le psychanalysé à conscientiser ce qui s'est passé dans la scène jusqu'à l'intime conviction et sans aucune interprétation possible.

— EN CONCLUSION —

Cette psychanalyse permet de revivre corporellement notre passé au travers de sept couches de mémoire et d'assister psychiquement aux films de nos différents traumatismes.

Ces traumatismes, ces instants clés qui nous ont formatés en personnalité sont au nombre de quatre : la naissance qui

est le traumatisme fondateur, la petite enfance, l'enfance et l'adolescence qui sont les trois traumatismes constructeurs. C'est l'expérience de milliers de séances de psychanalyse corporelle depuis trente ans qui nous ont amenés à définir ces quatre moments clés.

Quelle aventure que ce cheminement de notre être du lapsus corporel à la découverte de ses traumatismes. Qui mieux qu'un professionnel du corps a le pouvoir de réveiller les lapsus corporels pour aller vers ces sommets de confiance.

Dans le prochain article sur la psychanalyse corporelle, je donnerai des exemples de ces instants reconquis pour vous faire sentir tous les effets de cette recherche.

— CONTACT —

Bruno BERTE
Route du Pontet, 1111 – 74580 Viry
E-mail : brunoberte7@gmail.com

— BIBLIOGRAPHIE —

- 1 MONTAUD, B. et DURET, J.-C., *Allo mon corps, les fondements de la psychanalyse corporelle*, St Nicolas de la Balerne, Éd. Edit'as, 2005. 220p.
- 2 BERTE, B., *Le subconscient du passé*, dans *La Lettre 7 de la Psychanalyse Corporelle*, novembre 2010. Disponible sur <http://www.psychanalysecorporelle.org/>
- 3 MONTAUD, B., *La tension Lapsusale*, dans *La Lettre 3 de la Psychanalyse Corporelle*, août 2008. Disponible sur <http://www.psychanalysecorporelle.org/>
- 4 DURET, J.C., *Ni bourreau ni victime*, in MONTAUD, B., *Ni bourreau ni victime*, St Nicolas de la Balerne, Éd. Edit'as, 2009, p. 39-64.
- 5 LASBOUYGUES, J.-M., *La psychanalyse corporelle : une réponse à la dimension psychologique de la kinésithérapie*, dans *FMTmag*, n° 80, Paris, octobre 2006, p. 82-86.

Deux séminaires d'initiation à la Psychanalyse Corporelle sont organisés par l'IFPC

Se peut-il que le corps humain nous permette de donner une nouvelle aventure à nos mains, celle d'accompagner une personne à re-comprendre son passé et à bien vivre avec elle-même ?

Lors de ces séminaires, des séquences vidéo seront projetées pour illustrer de façon concrète les particularités de cette méthode.

GENEVE, le 11 janvier 2014
de 13 h 30 à 17 h 30
UNI MAIL salle R150
Bd du Pont d'Arve, 40
1205 Genève.

PUIDOUX, le 8 février 2014
de 14 h 00 à 18 h 00
Crêt-Bérard
Ch. de la Chapelle, 19a
1070 Puidoux.



Renseignements et inscriptions pour la Suisse : 079 645 78 60 – brunoberte7@gmail.com
www.psychanalysecorporelle.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)

10 ch de la pépinière 1213 petit lancy
tél 078 601 41 95
www.netprogress.ch
**NET
PROGRESS**

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

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

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



FIDUCIAIRE MICHEL FAVRE SA

Route de Berne 52 / CP 128

1000 LAUSANNE 10

Tél.: 021 651 33 00

Fax: 021 651 33 01

contact@fiduciaire-favre.ch

www.fiduciaire-favre.ch

Membre FIDUCIAIRE | SUISSE

Décryptez la personnalité de votre patient

Pour renforcer l'action de vos soins

Eliminez la symptomatologie rebelle

avec le concept « ACUPUNCTURE et CARACTEROLOGIE »

Logique - Ludique - Efficace

NOUVEAU CURSUS dès AUTOMNE 2013

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

LE GUIDE DE L'OSTEOPATHIE

Catherine Rod de Verchère, Bertrand Schneider

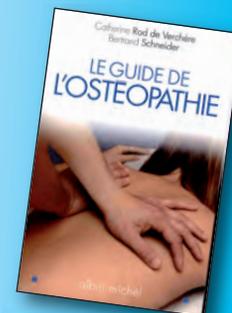
Editions Albin Michel, 2012

ISBN: 978-2-226-24167-2

Pour enfin tout comprendre de ce que peut apporter l'ostéopathie. L'histoire de Pierre, enfant de 5 ans qui ne parlait pas et recouvra la parole après quelques séances, est édifiante et éclairante sur l'étendue des applications de l'ostéopathie, discipline en perpétuel progrès. Ou celle d'Anne-Christine, qui faisait des fausses couches à répétition jusqu'à ce que son ostéopathe travaille un des ligaments ronds qui freinait le déploiement de son utérus.

Par une connaissance aigüe des tissus impliqués, une attention aux détails parfois anodins que lui livre le patient et des manipulations très fines et très précises, l'ostéopathe apporte une solution globale qui rétablit l'équilibre de l'organisme. Il peut ainsi intervenir sur les troubles fonctionnels et parfois comportementaux du patient.

Le rôle et l'efficacité de cette pratique se prouvent dans d'innombrables cas encore trop mal connus du grand public. L'ostéopathie sait pousser les portes qui ouvrent vers des mécanismes mystérieux, dont l'homme ignore le plus souvent le lieu, niché dans son corps, et la fonction. Ces mécanismes sont au centre de son savoir. C'est ainsi qu'il peut agir, avec les mêmes gestes, sur des troubles aussi divers que les difficultés de procréation, les malaises de la grossesse, les problèmes liés à l'accouchement, ceux qui affectent le bien-être du bébé ou troublent sa croissance, les douleurs multiples (notamment celles de la vieillesse), les maladies de peau, le stress, les



traumatismes, etc. Il obtient des résultats parfois spectaculaires sur des maladies telles que l'asthme, l'arthrose, la rhinite chronique.

Encore faut-il savoir quel chemin emprunter pour arriver dans le cabinet d'un ostéopathe: pourquoi le consulter? Comment se comporter? Qu'en attendre?

Ce guide très complet présente les multiples champs d'application de l'ostéopathie. Il nous apprend à repérer signaux, symptômes et antécédents qui doivent amener à consulter pour mieux prévenir et agir. Il nous donne des conseils sur les gestes simples à faire pour optimiser les consultations. En fin d'ouvrage, le lecteur découvrira un index et des fiches techniques détaillant les manipulations.

Les auteurs:

Catherine Rod de Verchère est ostéopathe, installée en cabinet depuis 1985 à Paris. Elle est co-fondatrice du CIMO (Collège International de Médecine Ostéopathique, www.cimo.fr). Elle donne des conférences au GRECO (Groupe de Recherche et d'Evaluation dans le Concept Ostéopathique) et en Europe.

Bertrand Schneider est ancien secrétaire général du club de Rome, fondateur et ancien secrétaire général du Comité national de prévention médicale.

AIMER

LIRE

PAYOT

LIBRAIRE



TOUS LES LIVRES, POUR TOUS LES LECTEURS

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

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



PROGRAMME PROVISOIRE DU VENDREDI 22 NOVEMBRE

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

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

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

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

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



CES PRIX COMPRENNENT :

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

POUR REGLER

Payer en francs suisses

- Virement sur le ccp de la poste :

Association Mains Libres CP 29

CH – 1273 ARZIER

ccp 17 - 78 763 - 5

Iban: CH39 0900 0000 1707 8763 5

- Pour virement par banque en francs suisses

Crédit Suisse: Compte: 862879-31

Iban: CH94 0483 5086 2879 3100 0

swift/bic: CRESCHZZ80A / clearing 4835

Payer en euros

- Virement bancaire

Association Mains Libres

Crédit Suisse – Lausanne – Suisse, compte:

862879-32

n° iban: CH60 0483 5086 2879 3200 0

swift: CRESCHZZ80A / clearing 4835

- Chèque l'ordre de: Association Mains Libres

Inscriptions

Par le site internet: www.mainslibres.ch

Par courrier: Mains Libres, Case postale 29,

1273 ARZIER – Suisse

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

PAS D'INSCRIPTION PARTIELLE

SESSION POSTERS:

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

Les auteurs répondront à vos questions.

Informations pratiques

TARIFS:

Inscription: 380.– CHF / 320

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

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

Contactez la rédaction de Mains Libres: info@mainslibres.ch)

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

Promotion Symposium + abonnement à Mains Libres

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

PROGRAMME PROVISOIRE DU SAMEDI 23 NOVEMBRE

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

ATELIERS PRATIQUES

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

Les animateurs d'ateliers:

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

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

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

PRESENTATIONS DE CAS CLINIQUES (avec patients)

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

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

SESSION POSTERS (avec concours du meilleur poster)

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

Délai d'envoi des posters:

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

– Format: fichier électronique en pdf haute définition A4 portrait

– Mains Libres se chargera de l'impression des posters

Conditions & règlement:

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

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

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

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



Inscriptions

Par le site internet: www.mainslibres.ch

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

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

MON INSCRIPTION

Madame Monsieur Sympo Physio. Sympo Ostéo.

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

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

Tél.: _____

Fax: _____

e-Mail: _____

Profession: _____

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

Pas d'inscription partielle

Promotion (uniquement pour de nouveaux abonnés)

- Symposium de Physiothérapie + abonnement à Mains Libres chf 425.– / 355 €
- Symposium d'Ostéopathie + abonnement à Mains Libres chf 425.– / 355 € (Votre économie chf 60.–)

Allergie alimentaire ?

- (Préciser _____)
- Je souhaite un menu végétarien

Date: _____ Signature: _____

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



Centre d'impression de la Broye

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

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



Location de Tens, 100% remboursée

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



Service de traitement à domicile

021 695 23 60

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



www.tens-medical.ch



Médical  Esthétique

À votre service depuis plus de 15 ans

Maîtrise fédérale en électronique

Délais d'intervention **express**

95% des réparations faites **sur site**

Aucun intermédiaire

Réparation **multimarque**

Réfection de skai

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

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

Action spéciale 20^e symposium

pour tout achat d'une table d'ici fin novembre,
nous vous offrons :

- 5% de remise
- livraison gratuite
- couleur skai non standard incluse

*non cumulable

Brèves

Par YVES LAREQUI

Physiothérapeute-Ostéopathe (Lausanne)

PUBLICITÉ

Fin août, début septembre, la rumeur commence à se développer dans les médias. C'est vrai qu'on s'approche gentiment de la publication des traditionnelles nouvelles hausses des primes d'assurance maladie. Quelques bribes d'information ou de désinformation pointent le bout du nez. Fondées, intox... nul ne le sait encore. D'où qu'elles viennent, elles servent juste à humer la réaction de la populace, vous savez, celle qui casque toujours à la fin, face à des projections dans un sens ou dans l'autre aussi farfelues qu'improbables...

Deuxième épisode, fin septembre début octobre. Les sites comparateurs commencent à donner une fourchette de ce que sera la hausse pour 2014 et commencent à comparer les futures primes de caisse en caisse.

Et là, les caisses se lâchent et on les voit partout, mais surtout à la télévision; c'est une déferlante de spots publicitaires aux heures de plus grande audience pour appâter le futur pigeon-assuré.

Et qui paie les millions de francs que coûtent ces campagnes publicitaires? – Nos futures primes... évidemment!

TRICHER N'EST PAS JOUER ⁽³⁾ (Pff... ça devient lassant!)

Quatre mois après avoir dénoncé la tricherie du comité d'Ostéo Swiss, ex SSPDO (Société Suisse des Physiothérapeutes Diplômés en Ostéopathie), par une lettre recommandée, puis par une lettre ouverte dans ces colonnes, les dirigeants d'Ostéo Swiss ont finalement daigné donner une réponse et une explication à ses membres; et quelle hallucinante explication!

Pour mémoire, j'avais dénoncé un vice de forme lors des votations pendant la dernière assemblée générale extraordinaire sur l'acceptation de nouveaux statuts qui consacrait une nouvelle dénomination, Ostéo Swiss et qui éliminait purement et simplement la notion de physiothérapeute-ostéopathe de cette association.

Ce vice de forme concernait l'utilisation, lors de cette assemblée, du vote par procuration pourtant proscrit tant par le code civil (art. 67 al. 2 CC) que par les statuts de l'association (art. 14 al. 2), justifiant l'annulation pure et simple de toutes les décisions prises lors de cette assemblée.

Revoyons donc ce que disent les textes officiels:

a) Code civil art. 67: Droit de vote et majorité

1. Tous les sociétaires ont un droit de vote égal dans l'assemblée générale
2. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents
3. Elles ne peuvent être prises en dehors de l'ordre du jour que si les statuts le permettent expressément

b) Statuts de l'association, art 14 al. 2: «...les décisions sont prises à la majorité des membres présents».

Dès lors comment ne pas être abasourdi par la réponse-explication du comité d'Ostéo Swiss lorsqu'il écrit à ses membres: «Le décompte des voix est en général effectué sur la base des votes des membres présents (art. 67 al.2 CC). Néanmoins, ni la loi, ni les statuts n'empêchent de voter par procuration (sic!) et aussi de se faire représenter lors d'une assemblée générale.»

En l'espèce, l'avis de droit que j'ai demandé à un avocat, précise clairement (ce que tout le monde a compris sauf le comité d'Ostéo Swiss!):

«L'article 14 al. 2 des statuts est formulé comme suit: «Les décisions sont prises à la majorité des membres présents». Il est exactement identique à l'art. 67 al.2 du Code Civil.

On ne peut donc pas dire que les statuts de l'association autorisent la représentation.

– Il est donc faux de dire que «ni la loi, ni les statuts n'empêchent de voter par procuration». La loi pose le principe du vote des membres présents uniquement.»...

En bref, soit ce comité ne comprend rien à rien et l'avenir d'Ostéo Swiss ne s'annonce pas sous les meilleurs auspices, soit il se fout de la loi, des statuts et des membres de l'association qu'il dirige.

Ça me rappelle l'histoire du quidam qui roule à contresens sur l'autoroute et qui entend à la radio qu'il y a un chauffard qui roule à contresens sur l'autoroute et qui se dit: «Faut vraiment être dingue pour rouler à contresens sur l'autoroute!»

Mais vous savez, ça arrive souvent chez les personnes monosynaptiques!

— VALEUR DU POINT: CONTENT, PAS CONTENT —



La saga des négociations tarifaires entre les physiothérapeutes, les physiothérapeutes et les assureurs est parvenue à un épilogue honorable compte tenu de la situation tendue des conventions tarifaires dans les domaines de la santé en Suisse.

L'ASPI et les assureurs maladie (membres de santésuisse) ont donc convenu d'une augmentation de la valeur du point linéaire dans tous les cantons de 5 centimes pour tous les membres de l'ASPI et pour tous les physiothérapeutes ayant adhéré à la convention tarifaire à titre individuel (mais aussi pour tous ceux qui voudront adhérer à l'ASPI ou à la convention à titre individuel) dès le 1^{er} novembre. Cinq centimes, soit un peu plus de 5% d'augmentation, c'est loin des 20% exigé par physioswiss, mais cela représente d'abord une bouffée d'air frais et puis, un signe d'ouverture vers une nouvelle convention avec une nouvelle nomenclature. C'est aussi la démonstration qu'on peut discuter avec les caisses entre gens raisonnables et ne pas camper sur des positions improbables! Au lendemain de cette nouvelle réjouissante annoncée par l'ASPI et tarifsuisse, physioswiss publie une «quick info» revancharde qui fait un peu froid dans le dos... On peut lire en effet: «Tous les efforts de physioswiss pour obtenir une compensation équitable pour l'ensemble de la profession

sont affaiblis par l'ASPI concluant de tels contrats et établissant ainsi de nouveaux jalons sans respecter les travaux préliminaires de physioswiss. ».

Ainsi physioswiss, qui s'est retiré de la table des négociations en 2011, en est au stade des «travaux préliminaires» et annonce qu'il y a «eu des pourparlers et des séances de travail organisées».

Dans cette aventure ubuesque, les négociations parallèles de physiosuisse aboutissent à la situation du canton de Fribourg, par exemple, où le Conseil d'Etat a proposé, dans son arbitrage, une augmentation de la valeur du point de 5 centimes, décision frappée d'un recours des caisses maladie qui ne veulent pas accepter cette augmentation et d'un recours de physioswiss qui estime cette augmentation insuffisante. Le jugement du Tribunal Fédéral est attendu dans les 18 à 24 mois! Et cette situation se répète dans 25 autres cantons... Alors que, pendant ce temps, d'autres collègues voient leur revenu augmenter de 5 centimes par point depuis le 1^{er} novembre.

Alors en attendant de féliciter physioswiss pour les futurs résultats de ses travaux préliminaires, ses pourparlers et ses séances de travail, je félicite les négociateurs qui ont d'ores et déjà obtenu un résultat tangible, soit une augmentation de 5% de la rémunération des physiothérapeutes (qui en veulent bien).

— RÉFÉRENCES —

- Communiqué de presse de tarifsuisse sa du 4 octobre 2013
- Info express de physioswiss du 5 octobre 2013

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



MTC
Piniol CH'i Energy
Pour que ça roule!

Sport et thérapie
Piniol Cold & Hot
Effet instantanément perceptible

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

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

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

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

PINIOL
THERAPIE & WELLNESS

Distributeur en Suisse:

 smith&nephew

 BSN medical

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



Un plaisir
à utiliser.

Leukotape® K

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

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



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

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

supplier of

 swiss
olympic
association

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

Chattanooga Wireless Pro

Une autre dimension pour l'électrothérapie !



Des thérapies aux résultats convaincants

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

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

