

La rééducation des IMC selon la technique Bobath

Autor(en): **Niess, Melle J.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1966)**

Heft 207

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929856>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

La rééducation des IMC selon la technique Bobath

Conférence de Melle J. Niess, physiothérapeute à Clarens (Suisse), le 10 décembre 1965, au Cercle d'études kinésithérapiques, PARIS.

Le traitement des IMC selon Bobath est basé sur la neuro-physiologie. Une lésion du cerveau, engendrant une paralysie cérébrale, produit des troubles de la motricité; non pas sous forme de paralysie ou de parésie des muscles, comme c'est le cas lors de lésions du neurone moteur inférieur, mais sous forme de tonus anormal, de réflexes pathologiques, d'incoordination. C'est la *fonction qui est perturbée*.

En effet, qu'observons-nous en général chez l'IMC ?

— l'enfant présente un *retard* dans le développement de la motricité : il n'a pas les *postures et les mouvements normaux* de son âge

— il a des *postures et des mouvements anormaux*

— le *tonus* est anormal (trop élevé, ou trop bas, changeant)

— il a des *réflexes pathologiques*, et il lui *manque les réflexes normaux de redressement, de protection, d'équilibre* indispensables à l'activité motrice.

Pour comprendre ce qui l'empêche de se développer, il faut se rappeler le rôle du système nerveux central dans la motricité.

Le cerveau est un organe de réception, d'intégration, de coordination et de commande. En simplifiant, disons que, en ce qui concerne la motricité, le cerveau reçoit des messages par les voies sensitives afférentes : *excitations extéroceptives* recueillies par nos sens : perception, vue, organes labyrinthiques, et *excitations proprioceptives* : sensibilité profonde au niveau des muscles, des tendons, des articulations.

A tout moment, le cerveau est renseigné sur la position de tout le corps. Il utilise ces renseignements pour *commander* l'activité musculaire.

Deux choses sont à considérer dans l'activité musculaire : d'une part le mouvement visible, c'est-à-dire le déplacement du corps, des membres ou de segments de

membres, d'autre part le posture servant de base au mouvement, posture constamment adaptée par l'activité de nombreux groupes musculaires. Considérons le geste d'un homme debout qui tend le bras pour serrer une main : l'activité musculaire n'est pas confinée au bras, à l'épaule. On voit le geste du bras, mais le corps tout entier est concerné par ce geste. Le système nerveux central a automatiquement adapté la posture du corps au geste, en déclenchant des réactions d'équilibre pour éviter une chute en avant.

Postures et mouvements sont le résultat de l'activité de muscles travaillant par groupe, les uns se contractant, les autres se relâchant. Ces multitudes de schèmes de mouvements sont intégrés dans le cerveau. La coordination de l'activité musculaire n'est pas une fonction volontaire, c'est une fonction *automatique* du s.n.c.

En faisant un mouvement, nous ne pensons pas aux muscles que nous allons utiliser, mais seulement au mouvement global.

C'est dès *notre naissance* que nos schèmes se développent, passant des mouvements primitifs et globaux du nouveau-né, aux mouvements plus compliqués, pour aboutir à la multitude des mouvements fins et sélectifs que nous utilisons dans la vie quotidienne.

Cette évolution du mouvement primitif au mouvement fin n'est pas seulement une addition d'acquisitions nouvelles. Elle est due aussi au *pouvoir d'inhibition* qui se développe. Par exemple, le petit enfant saisit avec la main en entier, fléchissant tous les doigts, pouce en adduction (mouvement de flexion global). Plus tard, il utilisera le pouce et l'index pour saisir de petits objets. Pour cela, il doit être capable de supprimer la flexion des 3 autres doigts pour limiter le mouvement au pouce et à l'index. Le mouvement primitif global est modifié par l'inhibition d'une partie du mouvement. Gesell a démontré que les *mouvements* se développent *par séquence, chaque nouvelle activité étant basée sur celle qui la précède*.

La coordination normale des mouve-

ments de base est nécessaire pour accomplir les activités demandant plus d'habileté. Chaque stade du développement a sa raison d'être et c'est l'enchaînement des divers stades qui aboutit à la maîtrise de la motricité.

Le Dr Bobath et Mrs Bobath, se référant aux travaux de physiologistes tels que Magnus, Sherrington, Thomas, Schaltenbrand, ont souligné dans leurs publications le rôle du système nerveux central en tant que directeur de la fonction motrice. Ils ont mis en évidence la ressemblance des signes pathologiques observés chez les IMC et ceux résultant de lésions déterminées du s.n.c. provoquées chez les animaux de laboratoire.

Les Bobath ont décrit en détail les réflexes pathologiques et leurs conséquences chez l'IMC, qu'il serait trop long de détailler ici. Citons-en cependant deux ou trois pour bien comprendre à quel point ces réflexes pathologiques entravent l'activité motrice.

Réflexe tonique asymétrique du cou :

La rotation de la tête entraîne l'extension des membres du côté où se tourne le visage et la flexion des membres de l'autre côté (ce réflexe est normal chez le nouveau-né et jusqu'à 4—5 mois). Si ce réflexe subsiste, il se renforce et peut empêcher l'enfant de sucer son pouce à cause de l'extension du bras du côté où le visage est tourné. Plus tard, il pourra peut-être mettre la main sur un objet, mais pour le saisir et le rapprocher, il faudrait qu'il tourne la tête de l'autre côté.

Réflexe tonique symétrique du cou :

L'extension de la tête provoque l'extension des membres supérieurs et la flexion des membres inférieurs. La flexion de la tête par contre, provoque la flexion des membres supérieurs et l'extension des membres inférieurs. S'il est actif, ce réflexe rend impossible la marche à 4 pattes : si l'enfant baisse la tête, les bras plient et ne supportent plus le poids du corps. S'il lève la tête, la flexion des membres postérieurs fait que les deux jambes sont fléchies sous le ventre et le mouvement alternatif n'est pas possible.

Réflexe labyrinthique :

Quand il est exagéré et prédominant, la position sur le dos produit une extension totale, la position sur le ventre une flexion totale. Il est clair que la marche est périlleuse si ce réflexe est actif. En effet, si l'IMC a un spasme d'extension de la tête en marchant, il déclenche son réflexe labyrinthique d'extension totale et tombe en arrière.

Les nombreux réflexes pathologiques peuvent être présents à des degrés très divers et leur interaction rend parfois malaisées leur observation chez les patients.

Néanmoins, on peut être convaincu que leur présence empêche le développement de la motricité et entretient un tonus anormal.

Tenant compte de ces données, les Bobath ont cherché le moyen de supprimer autant que possible l'activité réflexe pathologique et de la remplacer par des réflexes normaux. Après des années de pratique, au cours desquelles l'efficacité de diverses techniques a été étudiée, les Bobath ont défini comme suit les principes généraux du traitement des IMC :

1. nécessité de traiter l'enfant comme un tout, et non pas traiter un bras, un pied, une partie du corps. Chercher à développer des *schèmes de mouvements* plutôt que des muscles;

2. tenir compte des séquences du développement de l'enfant normal et les suivre quand c'est possible;

3. nécessité des mesures chirurgicales et orthopédiques, mais comme *adjonction* au traitement et dans des cas bien déterminés. Les opérations chez l'IMC vont de pair avec une rééducation intensive;

4. importance des conseils et directives à donner aux parents, tant dans le domaine de l'éducation, du développement intellectuel, que pour le mobilier et le matériel à utiliser dans la vie courante.

Chacun de ces points pourrait faire l'objet d'une conférence mais, en tant que physiothérapeutes, nous nous arrêterons plus particulièrement au traitement et aux techniques utilisées.

Précisons d'abord ce que nous nous efforcerons d'obtenir au cours du traitement:

1. *L'inhibition des réflexes pathologiques*

2. *La normalisation du tonus:*

Le réduire dans les cas de spasticité et de spasmes intermittents, afin que le mouvement devienne possible sans effort; l'augmenter chez les hypotonies, les athétosiques, ataxiques, afin que les postures puissent être maintenues contre la gravité et que chaque phase du mouvement soit contrôlée par la contraction et la relaxation des agonistes et antagonistes.

3. *Le développement des schèmes fondamentaux du mouvement :*

— contrôle de la tête.

A sa naissance, un bébé n'a pas de contrôle de tête. C'est au fur et à mesure qu'il arrive à lever la tête, d'abord à plat ventre, ensuite sur le dos, qu'il acquiert des mouvements débutant par l'extension, la flexion, la rotation de la tête : se tourner, s'asseoir.

Le contrôle de la tête apporte à l'enfant, outre la possibilité de mouvement, la faculté de s'orienter dans l'espace et cela est important pour son développement mental.

— Réaction de protection.

— mouvements fondamentaux tels que se tourner, s'asseoir, ramper, marcher à 4 pattes, se lever, marcher.

— Réactions d'équilibre dans toutes les positions.

4. *Prévention des contractures et des déformations*

chez le jeune enfant et traitement de celles-ci si elles existent déjà.

5. *Enseignement des principaux schèmes de l'activité motrice de la vie courante.*

Maintenant, voyons quelles sont les techniques utilisées, et citons d'abord *les positions d'inhibition réflexe ou RIP* (reflex inhibiting postures). Dans leurs premières années d'étude de la thérapie des IMC, les Bobath utilisèrent les RIP comme base de traitement.

Sous l'influence des réflexes pathologiques, les IMC prennent des postures dues à des schèmes qui mettent en flexion totale ou en extension totale le corps ou une partie du corps. Si on tente de changer ces postures, la musculature contrac-

tée résiste fortement. Les RIP sont utilisées pour habituer l'IMC à des postures plus normales. Dans quelle mesure le procédé agit, nous en parlerons tout à l'heure. Voyons d'abord en quoi consiste une RIP et donnons un exemple.

La RIP est une position composée d'un élément du schème total de flexion ou d'extension et d'éléments du schème opposé. Les schèmes totaux d'extension et de flexion comportent les éléments suivants pour le membre inférieur :

EXTENSION

adduction

rotation interne

flexion plantaire

FLEXION

abduction

rotation externe

flexion dorsale

Prenons un IMC qui en décubitus dorsal croise les jambes tendues en rotation interne (schème d'extension total). Si la spasticité n'est pas trop forte, nous pouvons composer la RIP suivante :

Couché sur la table sur le dos

— tête légèrement fléchie en avant

— hanches tendues

— flexion des genoux pliés en bas de la table

— abduction des jambes

— dorsiflexion.

La position des bras dépendra du cas : s'il existe une spasticité des bras en flexion, on mettra les bras tendus de côté, en rotation externe, mains en supination. Si par contre il y a une spasticité en extension de la colonne et de la ceinture scapulaire, les bras seront croisés mains aux épaules.

On s'occupe d'abord des points proximaux, tête, colonne, ceinture scapulaire et pelvienne. L'expérience a montré que la position de ces points proximaux influence la spasticité et que les membres résistent moins quand ces points-clés sont contrôlés.

Les RIP peuvent être pratiquées selon le cas sur le dos, sur le ventre, assis, à genoux, à 4 pattes, debout. En variant les éléments de flexion, d'extension, on peut en créer des dizaines, mais toutes ne con-

viennent pas, il va de soi, à chaque cas. C'est au thérapeute d'observer, de sentir les résistances, de réfléchir pour trouver la RIP sur mesure qui est la plus utile.

Comment l'enfant mis en RIP réagit-il? Si la posture est bien choisie, on sent d'abord une diminution de la résistance : on peut tenir de moins en moins fort — prêt cependant à tenir de nouveau plus si un spasme survient. Au moment où l'enfant réussit à garder la position avec peu d'aide, on sent que momentanément la spasticité a disparu. C'est à ce moment-là qu'il est possible — en utilisant le potentiel intact du s.n.c. d'obtenir des schèmes normaux.

Si l'enfant continue à résister, ne s'adapte pas à la situation, on n'a rien gagné et la spasticité risque d'avoir augmenté. C'est signe que la position était mal choisie, trop difficile. Les RIP doivent donc être soigneusement choisies, progressant du facile au plus difficile. Trop facile : pas de résultat; trop difficile, aggravation de la spasticité.

On aide le spastique à supporter la RIP en imprimant un léger mouvement soit au tronc, à la ceinture scapulaire ou aux hanches. Les mouvements de rotation aident à réduire la spasticité. L'athétosique, lui, n'arriva pas à garder une posture stable; on renforce donc la RIP par des pressions.

La résistance que l'on sent en mettant un spastique en RIP donne la mesure de la difficulté qu'il a à se mouvoir. Par exemple, lorsque l'enfant est à plat ventre et qu'on sent une résistance à l'extension de la tête et de la colonne, cela indique que l'enfant est incapable de lever la tête, les épaules, pour dégager les bras repliés sous le corps. S'il peut lever la tête, mais qu'il résiste à l'extension des bras en avant, cela indique qu'il ne peut pas supporter son poids sur les bras pour aller à 4 pattes, etc.

En habituant l'enfant aux postures d'inhibition réflexe, on lui donne l'occasion d'avoir la sensation d'un tonus normal et d'une position corporelle normale.

Les postures d'inhibition réflexe sont cependant insuffisantes à elles seules. Mais à partir de ces positions, nous pouvons, grâce à certains coups de main, in-

duire ou faciliter les mouvements automatiques normaux. Il s'agit là de

la technique de facilitation

qui a pris la place prépondérante dans les traitements actuels.

Chez le nourrisson normal, les mouvements sont des réactions actives à la manière d'être tenu ou mobilisé; nous ne le soutenons que là où c'est absolument nécessaire. Les mêmes règles sont valables pour l'IMC. Ses mouvements doivent être une réaction active à la manière de le tenir et de le mobiliser. Il est indispensable de traiter l'enfant comme un tout, de maintenir les différentes parties de son corps dans un rapport normal entre elles. Si nous ne corrigeons que des mouvements isolés, la spasticité, les positions vicieuses des autres parties du corps augmenteraient. Par exemple, une hémiplégie dont on ne corrige que le bras présente souvent une aggravation à la marche.

Le nourrisson acquiert les mouvements dans un ordre donné qui doit être respecté dans la facilitation. Ce qui ne veut pas dire que l'on exerce qu'une seule chose au cours d'un traitement. En effet, l'enfant normal n'acquiert pas une activité après l'autre, il y a beaucoup de chevauchements. Quand il est au stade de lever la tête couché sur le dos, il est déjà capable de se tenir assis; lorsqu'il exerce les mouvements d'équilibre assis, il essaie déjà de se mettre debout.

Il ne faut cependant pas brûler les étapes en faisant marcher le petit patient quand il n'est pas encore apte à la marche, il se sent en état d'insécurité et la spasticité augmente.

Si on commence le traitement d'un IMC plus âgé, qui peut déjà s'asseoir, se tenir debout ou même marcher mais de façon incoordonnée, il est nécessaire de revenir en arrière et d'exercer les activités plus primitives. En effet, on ne peut pas s'attendre à ce qu'un enfant qui n'a pas un équilibre suffisant assis, ait l'équilibre suffisant pour marcher. Il est plus difficile de corriger la démarche d'un enfant qui a déjà pris l'habitude de se «débrouiller» comme il peut que d'amener progressivement un bébé à marcher. C'est pour-

quoi il est si important que le traitement débute très tôt, dès l'apparition des premiers symptômes chez le nourrisson. Le diagnostic peut être posé presque toujours au cours des 6 premiers mois par le médecin spécialiste.

Les schèmes fondamentaux dont il faut faciliter l'acquisition sont deux des réactions de redressement, d'équilibre et de protection.

On favorise les *réactions de redressement* qui consistent à ajuster la position du corps et des membres à la position de la tête et du cou.

Pour obtenir ces réactions, les mouvements sont facilités par la tête ou la ceinture scapulaire, ou par le changement de la position du corps.

Un exemple parmi des dizaines :

Pour faciliter le mouvement de se tourner, du dos sur le ventre, la thérapeute peut diriger le mouvement par la tête, combinant la flexion et la rotation, puis la rotation et l'extension. Le corps suit le mouvement de la tête qui doit être facilité sans force ni pression.

Les *réactions d'équilibre* peuvent être exercées dans toutes les positions : chez les bébés, réaction d'équilibre facilitée d'abord à plat ventre en appui sur les coudes, plus tard sur les bras tendus. Les réactions d'équilibre peuvent aussi être facilitées au moyen d'exercices sur planche à bascule, sur ballons, etc.

En fait, il est difficile de parler des techniques de facilitation du mouvement, qui devraient plutôt être démontrées.

Cette facilitation demande une grande pratique, beaucoup d'observation, d'entraînement. Pour obtenir des résultats satisfaisants, il faut que les conditions suivantes soient remplies :

1. Chaque cas doit être examiné : quels mouvements l'enfant fait-il normalement et quels sont les mouvements anormaux présents? Pourquoi le mouvement est-il anormal, à quelle phase de ce mouvement l'enfant est-il bloqué? Quels mouvements faut-il faciliter compte tenu de l'âge et des possibilités ?

2. Il faut savoir quelle réponse motrice on cherche à obtenir et comment devrait être cette réponse motrice.

3. Il faut connaître la technique à utiliser pour obtenir la réaction désirée car cette réaction dépend beaucoup de la façon de tenir l'enfant et de commencer le mouvement.

4. Il faut savoir adapter le stimulus au cas traité, la réaction dépendant de la vitesse de l'application, de la durée du mouvement, de la force employée :

— trop peu stimulé: la réaction ne se produit pas

— tenu trop fermement, l'enfant se sent trop en sécurité et ne fait rien

— trop stimulé, la réaction sera trop brusque et la spasticité va intervenir

— trop peu soutenu, l'insécurité deviendra stimulus trop fort et la spasticité, une fois encore, interviendra.

5. Il faut savoir attendre la réaction, qui est d'abord lente à venir. Il ne se produit parfois que le début de la réaction souhaitée. Par répétition, on arrive à étendre le mouvement possible.

6. Un mouvement ne doit jamais être forcé; si on sent une résistance ou si l'enfant ne suit pas le mouvement commencé par la thérapeute.

7. Quand la réaction normale apparaît, une première fois, il faut travailler à la rendre :

— constante (qu'elle se produise chaque fois)

— immédiate

— proportionnelle au stimulus.

La facilitation doit produire des mouvements spontanés que nous intégrons par la répétition dans l'activité de l'enfant. Ainsi, l'enfant arrive à faire le mouvement avec de moins en moins d'aide.

Parmi les techniques utilisées, il faut encore citer le «*tapping*». De quoi s'agit-il ? Simplement de petites tapes dont l'effet est celui d'un stimulus cutané et proprioceptif.

On obtient des résultats différents selon qu'on applique le tapping sur un groupe musculaire, sur un point-clé ou sur le tronc, suivant la force, la vitesse, la répétition. Les effets du «*tapping*» sont donc variés; on peut l'utiliser :

— pour stimuler le tonus trop bas

— pour stimuler un groupe musculaire et régulariser le rapport entre agonistes et

antagonistes. Si on l'applique alternativement sur les agonistes et les antagonistes on obtient une contraction des 2 groupes musculaires permettant de stabiliser une articulation

— on peut aussi appliquer le tapping sur un point clé pour aider à maintenir une posture (inhibition d'un réflexe anormal).

On utilise également des pressions répétées, par exemple sur les épaules, pour obtenir une co-contraction des muscles du tronc.

Les techniques de RIP, facilitation, tapping, forment un tout inséparable. Pour bien les pratiquer, la thérapeute doit connaître à fond le développement de la motricité chez l'enfant normal; savoir par quoi commence et comment se déroule le mouvement. Il faut aussi savoir graduer les difficultés, appliquer l'aide, le stimulus adéquat ou l'inhibition, à l'endroit favorable, au bon moment, avec la force et la vitesse qui conviennent.

On ne traite pas de la même façon un spastique grave qu'un spastique modéré, ni un athétosique comme un ataxique ou un hypotone. Les principes généraux sont les mêmes, mais l'application du traitement diffère : selon le cas, l'accent est mis sur la normalisation du tonus, ou sur la facilitation, sur l'inhibition ou sur la stimulation.

Pour adapter le traitement au cas et aux possibilités de l'enfant, il faut continuellement observer et sentir ses réactions. Le traitement doit lui *apporter la sensation, l'expérience du mouvement normal*. On apprend par expérience.

Quels sont les résultats de ce traitement ?

En commençant très tôt (chez le nourrisson dès l'apparition des premiers symptômes), on peut s'attendre, si l'intelligence n'est pas trop atteinte, à ce que les mouvements de base se développent normalement : démarche normale, emploi des mains pour les occupations quotidiennes. Les réactions supérieures d'équilibre et les activités manuelles demandant de la dextérité et de la précision ne peuvent s'acquérir que dans les cas légers.

En instaurant le traitement plus tard (à 2 ou 3 ans ou même plus), les résultats

sont moins spectaculaires car l'enfant a déjà renforcé ses réflexes pathologiques, pris de mauvaises habitudes motrices ou staturales, d'autant plus prononcées que le développement moteur est avancé, c'est-à-dire s'il marche déjà ou utilise ses mains, mais de façon incoordonnée. On obtient néanmoins souvent des améliorations; on évite en tout cas une aggravation, des déformations.

Les meilleurs résultats sont obtenus avec des enfants intelligents ou débiles légers. L'enfant très touché mentalement ne sait pas tirer parti des mouvements automatiques de bas pour les utiliser dans la vie courante. Il lui manque l'envie de découvrir son entourage, de faire des expériences, qui stimule l'enfant normal. Mais même dans ces cas, le traitement prévient des déformations graves et facilite les soins.

Une constatation intéressante a été faite au centre pour IMC de Berne. Il ressort en effet des statistiques que le quotient intellectuel des IMC, dont le traitement a débuté dans les 6 premiers mois de leur existence, est bien supérieur à celui des IMC non traités ou dont le traitement a commencé tardivement.

Un autre avantage résulte de la thérapie précoce : par le traitement des organes bucco-phonateurs, — travail des orthophonistes — on obtient un développement normal de ces organes et l'on évite les troubles de la déglutition et par là même l'acquisition du langage est facilitée.

C'est dire l'importance que revêt un diagnostic posé au cours des 6 premiers mois. Il serait donc souhaitable que petit-à-petit l'idée que le temps arrange souvent les choses fasse place à plus de réalisme et que la détection des IMC soit plus systématique.

Combien de temps l'IMC doit-il être traité ?

Il faut absolument poursuivre le traitement *quotidiennement*, pendant des années si nécessaire, afin que les positions et les mouvements se fixent réellement jusqu'à devenir automatiques. Si le cas est léger, quelques minutes par jour suffisent; dans les cas moyens et graves, un quart d'heure à une demi-heure au mini-

mum chaque jour sont nécessaires. C'est pourquoi la *collaboration des parents* est indispensable. Parents et physiothérapeutes travaillent ensemble. En collaborant au traitement physiothérapique, les parents comprennent mieux les difficultés de leur enfant, La physiothérapeute devrait traiter l'enfant une fois par semaine, au minimum deux fois par mois. Elle instruit alors les parents en leur montrant ce qu'ils doivent faire au cours de la semaine. On peut réduire cette instruction des parents à un rythme mensuel lorsque le traitement se poursuit depuis des années, lorsque les parents sont bien au courant des bases de celui-ci, lorsqu'il n'y a pas de problèmes spéciaux, ou lorsque l'enfant est profondément retardé mentalement et que son état n'est pas soumis à de grands changements.

Comme on le voit, le traitement des IMC est un sujet vaste, qui fait appel à des notions plus différenciées que la kinésithérapie courante. C'est un domaine dans lequel il n'est pas possible d'improviser sa formation et la physiothérapeute qui veut appliquer la méthode Bobath d'une manière valable ne peut se dispenser de suivre un cours de spécialisation de 2 à 3 mois. Par la suite, un retour aux sources sous forme de «cours de répétition» sera nécessaire pour se tenir au courant d'une méthode qui reste en pleine évolution. La physiothérapeute devra travailler en équipe avec l'orthophoniste et

l'ergothérapeute qui appliqueront des méthodes dérivant des mêmes principes. Ces divers spécialistes participeront d'ailleurs aux même cours de spécialisation.

Le traitement des IMC est un travail difficile, ardu, mais qui réserve de grandes satisfactions. Il demande des efforts de réflexion et de maîtrise de soi, dont on est loin de se douter en assistant au traitement sans pénétrer le pourquoi des choses.

Pour réussir dans ce domaine, il va de soi que la maîtrise de cette technique est indispensable, mais si elle n'est pas associée à l'amour des enfants, elle ne pourra pas obtenir les résultats que l'on pourrait en espérer. Une solide patience et une psychologie sans défaut à l'égard des parents sont aussi des qualités dont on ne peut se passer. En effet, si certains parents, ayant bien compris les principes du traitement, collaborent efficacement, d'autres semblant moins doués et risquent de compromettre le résultat du traitement par leur façon de faire ou de ne pas faire ce qui leur est conseillé.

Malgré des difficultés, en raison de ses résultats, cette méthode s'étend de plus en plus dans le monde. Il est à souhaiter, qu'un nombre suffisant de physiothérapeutes se spécialisent dans le traitement des IMC pour pouvoir traiter intensivement ces enfants qu'une détection aussi précoce que possible aura révélés.

Symposium européen sur la scoliose

Organisé par: L'Institut Supérieur pour les Carrières Auxiliaires de la Médecine, (I.S.C.A.M.) 94, avenue d'Auderghem, à Bruxelles 4 (Tél. 33.16.40)
Dans le cadre du XXe anniversaire de sa fondation.

Local des manifestations: 34, rue de Stassart à Bruxelles 5

Dates: 7 et 8 mai 1966

Programme: Sera diffusé ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser UNIQUEMENT:
Secrétariat I.S.C.A.M., 94, avenue d'Auderghem, BRUXELLES 4

N.B. — Le programme définitif ne sera diffusé qu'à partir du 10 avril 66.
Il sera envoyé sur demande.

wizard

Fusstützen
Krampfadern-
strümpfe
Sportbandagen
Gesundheits-
schuhe

GROB + TREFNY Orthopädie
Limmatquai 82/I, Tel. 32 02 90
8001 Zürich

Zur
Weiterbildung
im Beruf

stehen allen Mitgliedern die Fachbibliothek des Schweiz. Berufsverbandes offen. Benützen auch Sie diese wertvolle Gelegenheit.

Die neuen aktuellen Bücher sind dazu da, dass sie gelesen werden und zur Fortbildung dienen.

Bücherverzeichnisse sind erhältlich bei:

Martin Hufenus, Binzmühlestrasse 85
Zürich 50, Telefon 46 66 08



Baden im duftenden WOLO-Heublumen-Extrakt heisst, das Angenehme mit dem gesundheitlich Nützlichen verbinden. Wegen seiner kräftigenden und vorbeugenden Wirkung, wird er von Gesunden und Kranken geschätzt. Versuchen auch Sie einmal den herrlichen, naturreinen

Wolo
Heublumen - Extrakt

WOLO AG 8050 ZÜRICH

Herrn
Othmar Lenzi
Zwirnerstr. 204

AZ
8800 THALWIL

8041 Z ü r i c h

Medizinische Bädereinrichtungen



Apparatebau

KARL SCHREINER

Freiburg i. Br.
Schreiberstr. 8

Unverbindliche Planung
und Beratung



• KOMBINA 61 H •
Kombinationsanlage

Redaktion: Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Tödistrasse 53, 8800 Thalwil
Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil
Inseratenteil: Frau E. Plüss, Algierstrasse 30, 8048 Zürich, Tel. (051) 62 30 64

Für den französischen Teil: A. Ruperti, 15, Avenue Druey, 1000 Lausanne
Expedition für die franz. Schweiz: La Société Romande de Physiothérapie,
le secrétariat: 8, Av. Jomini, 1004 Lausanne

Erscheint 2-monatlich. — Druck: Buchdruckerei W. Plüss, 8004 Zürich