

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Band: 32 (1996)
Heft: 7

Artikel: Séquelles de violences et de torture : rôle de la physiothérapie
Autor: Subilia, L. / Inglin, R.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929111>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 17.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Séquelles de violences et de torture: rôle de la physiothérapie

Dr. L. Subilia, chef de Clinique, UVM, Département de Médecine Communautaire
Hôpital cantonal universitaire de Genève
R. Inglin, physiothérapeute enseignant à l'École de Physiothérapie de Genève

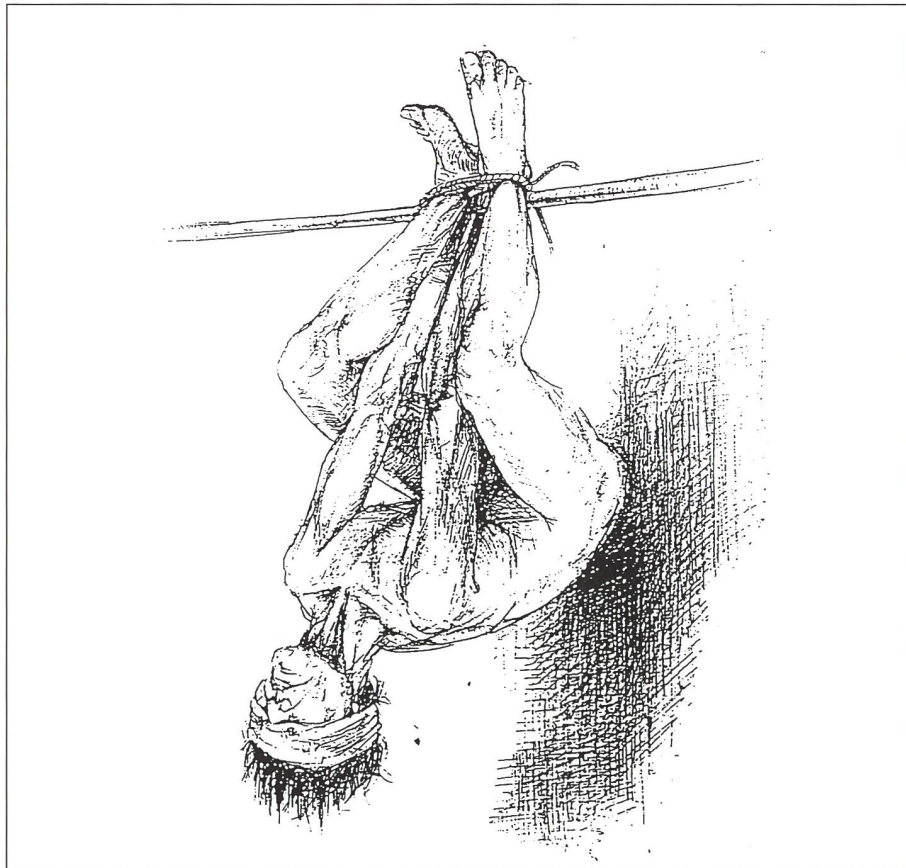
INTRODUCTION

La plupart des réfugiés arrivant en Europe viennent de pays où règnent l'insécurité, la guerre civile et les violations des droits de l'homme, résultats des 32 conflits recensés dans le monde et du non respect des droits de l'homme par un nombre croissant de gouvernements. La torture

constituant la violation la plus sévère de ces droits, est encore pratiquée dans plus de 120 pays selon Amnesty International (1).

L'augmentation de ces situations de crise au cours de la dernière décennie a provoqué une explosion du nombre de réfugiés dans le monde. Le HCR a pris en charge plus de 27 millions de réfugiés en 1994. Un grand nombre de ces personnes

Suspension par les pieds et les poignets: «le perroquet».



déplacées reste à l'intérieur de leur propre pays, la moitié environ franchit les frontières internationales et se réfugie dans les pays voisins (2).

Seul un petit nombre d'entre eux arrive en Europe de l'Ouest qui a toutefois enregistré 685 000 demandes d'asiles en 1992, dont 18 100 en Suisse. En 1994, 16 134 demandes d'asile ont été déposées en Suisse auxquelles il faut cependant ajouter les 11 523 admissions provisoires (3).

Peu d'études ont été effectuées dans ces populations sur la question de la prévalence des séquelles de violences. Selon les définitions de la violence utilisée et les populations étudiées, entre 5% à 35% des réfugiés ont vécu des événements violents. Parmi 573 requérants d'asile reçus à Genève entre 1993 et 1994, 61% rapportent avoir été exposés à des événements violents et 18% déclarent avoir été torturés, sans que soit imposée une définition précise de l'événement traumatisant ou de la torture. Si l'on considère les conséquences sur la santé d'une exposition à des violences on relève dans la même population 37% de symptômes tels que cauchemars, insomnies, flash-back (4). Une étude faite dans un camp de réfugiés cambodgiens a montré que 55% présentaient des scores de symptômes correspondant à un état dépressivo-anxieux et 15% à un état de stress post traumatique (PTSD) (5). Ces études confirment donc la forte prévalence des problèmes liés aux séquelles de violences dans la population de réfugiés.

Le praticien suisse amené à prendre en charge des réfugiés est donc de plus en plus fréquemment confronté à ce problème. Or le diagnostic est souvent difficile à poser, le patient ne s'exprimant que difficilement sur ce sujet, par peur de raviver des souffrances passées et des souvenirs douloureux ou par peur de ne pas être cru et compris. Ces séquelles seront donc cachées sous des plaintes somatiques banales. Le praticien d'autre part aborde souvent très tardivement ce sujet soit par méconnaissance du problème soit par peur d'ouvrir une «boîte de pandore» et de ne pas avoir les connaissances nécessaires à ce type de prise en charge, ou tout simplement parce qu'il ne se sent pas préparé à affronter l'horreur du récit.

VIOLENCES ET TORTURES

Nous avons relevé plus haut que deux tiers des requérants affirment avoir été confrontés à un vécu traumatique: conséquence de la guerre, de l'insécurité et de catastrophe naturelle. Or avoir été le témoin de destruction massive, de mort violente, de disparition de proches, de famine ou de sécheresse, avoir dû abandonner tout ce qui est cher, avoir participé à des combats, avoir



Position forcée d'enfermement.

traversé toutes ces situations extrêmes laisse des cicatrices physiques et psychologiques importantes.

Une des formes extrêmes de cette violence est la torture alléguée par plus d'un requérant sur six. Il existe plusieurs définitions légales et médicales de la torture qui nous semblent peu satisfaisantes pour le soignant. Nous nous limiterons à celle donnée par un groupe de médecins lors d'une conférence sur ce sujet (6) qui a élargi cette définition en parlant de victimes de la « violence organisée », laissant ainsi aux juristes la charge de donner une définition légale de la torture.

Il est toutefois important de se rendre compte que la torture est aujourd'hui une méthode, une technique utilisée systématiquement par des gouvernements ou des mouvements politiques pour contrôler des individus ou des populations. Elle n'est pas l'expression d'une rage sauvage ou d'une pathologie individuelle, elle est l'expression d'une volonté bien déterminée de casser un individu ou une population. Elle se pratique dans l'illégalité et le secret. Les conditions de son exécution ont donc une implication directe sur la nature des séquelles psychologiques retrouvées chez la victime (perte des repères sociaux, troubles du comportement, perte de la « confiance de base »: confiance en soi et confiance en les autres).

Les types d'agressions n'ont de limites que celles de l'imagination de leur auteur. Pour simplifier elles peuvent être regroupées en méthodes physiques et méthodes psychologiques. Les méthodes les plus fréquemment utilisées sont illustrées par les allégations de 82 patients (7) vus à l'Unité de Médecine Communautaire, Polyclinique de Médecine (HCUG), entre juin 1992 et décembre 1993 (tab. 1).

TABLEAU 1: SÉVICES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES (TYPES D'EXPOSITION)

Sérvices physiques:		Sérvices psychologiques:	
Coups	73 (89%)	Participation lors de tortures	10 (12%)
Falacca*	10 (12%)	Simulacre d'exécution	6 (7%)
Suspension	19 (23%)	Privation de sommeil	5 (6%)
Fouet, cravache	5 (6%)	Isolement prolongé	5 (6%)
Ongles arrachés	3 (4%)	Menace sur proche	4 (5%)
Electricité	23 (28%)	Désafférentation	3 (4%)
Eau (immersion)	16 (20%)	Assassinat de proche	3 (4%)
Brûlures	12 (15%)	Blessure de guerre	2 (2%)
Blessures par balles	8 (10%)		
Traitements humiliants	12 (15%)		
Violences sexuelles	7 (9%)		
Coupures	3 (4%)		
Membres écrasés	2 (2%)		

* Falacca: coups répétitifs sur la plante des pieds, méthode utilisée au Proche et Moyen-Orient.

SÉQUELLES DE TORTURES

Ces violences systématiques, répétitives, subies pendant de longues durées laissent bien évidemment des séquelles physiques et surtout psychiques sévères. Les plaintes des 82 patients

suisés dans notre unité sont résumées dans le tableau 2, les observations cliniques dans le tableau 3.

Ces résultats sont tout à fait comparables aux résultats d'études effectuées sur d'autres collectifs de victimes de torture (8).

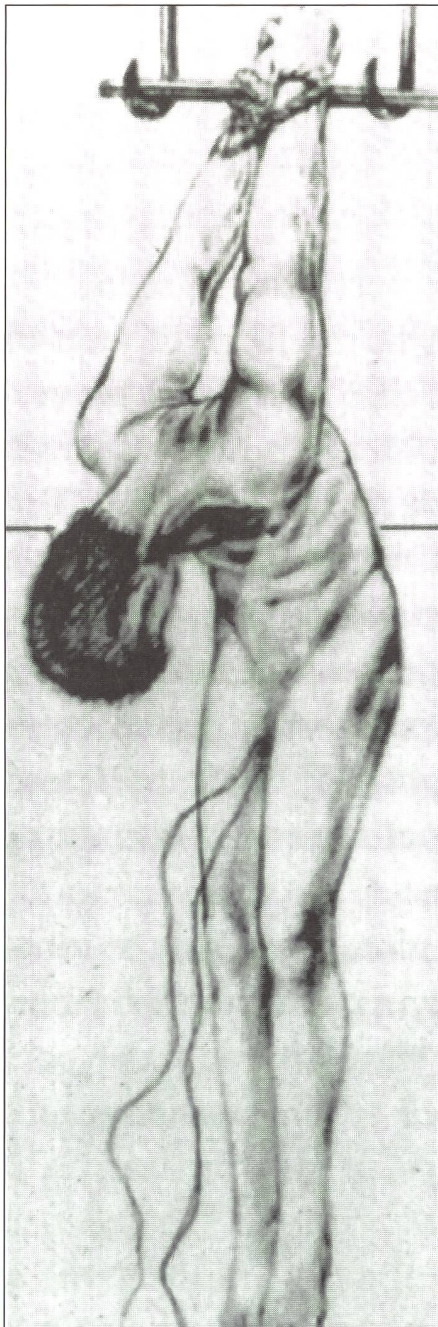
TABLEAU 2: PLAINTES

Plaintes somatiques		Plaintes psychologiques	
Pas de plaintes somatiques	15 (18%)		
Appareil locomoteur	50 (60%)	Insomnies	61 (74%)
Douleurs abdominales	23 (28%)	Cauchemars	49 (60%)
Troubles uro-génitaux	13 (16%)	Céphalées	50 (56%)
Troubles visuels	7 (9%)	Troubles mnésiques	40 (45%)
Troubles auditifs	5 (6%)	Réminiscences	25 (30%)
Troubles gynécologiques	5 (6%)	Labilité émotionnelle	22 (27%)
Dyspnée	4 (5%)	Troubles du comportement	15 (18%)
Palpitations	2 (2%)		

TABLEAU 3: FRÉQUENCE DES SIGNES SOMATIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

Somatiques:		Psychologiques:	
Cicatrices	49 (60%)	Labilité émotionnelle	43 (52%)
Système ostéoarticulaire		Angoisse, agitation, confusion	36 (44%)
cervicalgies, lombalgies	16 (20%)	Dépression	25 (30%)
gonalgies	12 (15%)	Troubles de mémoire	23 (28%)
lésions mains/coudes	10 (12%)	Troubles de concentration	20 (24%)
lésions ceinture scapulaire	9 (10%)	Troubles du comportement	9 (11%)
laxité chevilles	8 (10%)	Idées de mort	8 (10%)
anciennes fractures	7 (8%)	Affects diminués	6 (7%)
occlusion des mâchoires	2 (2%)	Obnubilation	5 (6%)
lésions musculaires	2 (2%)		

C'est certainement sur le plan psychologique que ces séquelles sont le plus invalidantes et le plus durables. Ces symptômes sont regroupés dans le Manuel de Diagnostic et de Statistique de l'Association de Psychiatrie Américaine (DSM IV) pour former le syndrome d'Etat de Stress Post-traumatique (Post Traumatic Stress Disorders). Le PTSD est fréquemment associé à un état dépressivo-anxieux chez les victimes de violences. La nature particulière du lien entre les douleurs physiques et les troubles psychologiques rend le traitement de ces patients délicat et nécessite une approche spécifique sur le plan psychosomatique.



Suspension combinée avec des tortures à l'électricité tiré de «Physiotherapy for Torture Survivors» (IRCT).

TRAITEMENT: RÔLE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

S'il est souvent fait mention de l'impact psychologique des symptômes après la torture, ce sont bien les séquelles physiques qui sont le plus souvent au centre de la demande d'aide du patient.

Dans ce sens, la physiothérapie tient indéniablement une place essentielle dans le processus de prise en charge des survivants de torture. En effet, les trois tableaux présentés ci-dessus soulignent les sévices physiques utilisés (tableau 1) et mettent en évidence la fréquence des plaintes somatiques (tableau 2) et l'importance des perturbations de l'appareil locomoteur (tableau 3).

De ces souffrances physiques résultent de nombreuses séquelles au niveau des articulations, des muscles et des fascias avec des zones d'hyper ou d'hypomobilité articulaire, des contractures musculaires ou à l'inverse des atrophies, des adhérences tissulaires, des zones d'hyper ou d'hypoesthésie. Les zones les plus communément touchées sont:

- la colonne cervicale avec des douleurs en casque ou en hélicasque (migraines, céphalées).
- la colonne dorsale haute et moyenne et la ceinture scapulaire avec des paresthésies dans les membres supérieurs (suspension).
- la colonne lombaire basse avec des douleurs dans les membres inférieurs et des zones d'hyperesthésie de la plante des pieds (falacca).

Les études réalisées au Centre de Réhabilitation de Victimes de Tortures à Copenhague (RCT) ont montré que les survivants de tortures se plaignent essentiellement de douleurs articulaires (46%), de douleurs du rachis (46%) et de douleurs musculaires (28%). Dans 92% des cas, ces plaintes sont objectivées par des examens attentifs (9).

Parallèlement aux perturbations somatiques du squelette et des muscles, les plaintes à connotation neurologique sont également fréquentes et diverses: maux de tête (86%), perturbations visuelles (34%), vertiges (28%), pertes auditives (16%), tinnitus (14%) (9). Ces symptômes peuvent être générés par des traumatismes ou des pathologies des organes des sens, mais peuvent également impliquer des dysfonctionnements bio-mécaniques de la colonne cervicale haute (Whiplash syndrome), des articulations temporo-mandibulaires ou des Trigger points.

Si l'on ajoute à ce tableau toutes les autres douleurs référées qui sont d'origine vertébrale, il s'avère que le champ d'application de la physiothérapie est très large et ce type de traitement indispensable.

CONCEPT DE PRISE EN CHARGE ET CADRE

Le concept de base de la prise en charge des patients victimes de violence repose sur la nécessité absolue d'éviter toute situation pouvant rappeler ou provoquer une association avec la torture (flash-back). Dans ce sens, les moyens utilisés ne sont pas différents des modalités thérapeutiques usuellement adoptées pour nos patients habituels, ils sont simplement adaptés. Ainsi toute technique de mobilisation ou de manipulation doit être non douloureuse et celle nécessitant une prise ferme doit être évitée autant que possible. Le recours à l'électrothérapie, aux tractions vertébrales mécaniques, aux miroirs doit être particulièrement mesuré ou négocié avec le patient.

La première rencontre entre le physiothérapeute et le patient est l'étape essentielle pour bâtir un rapport de confiance et un espace protégé et privilégié d'échanges. Une approche bio-psychosociale empreinte d'empathie et de partage est nécessaire pour traiter les victimes de violence dans la durée. En effet, une approche essentiellement technique se basant sur les paramètres intangibles de l'acte physiothérapeutique (anamnèse, bilan dynamique, bilan segmentaire) sera source de désillusion.

Traiter et s'occuper des survivants de violences et de tortures nécessite donc une dimension thérapeutique plus large plaçant le facteur temps et l'empathie au premier plan.

“ La prise en charge des victimes de violences doit associer les soins médicaux, le soutien psychologique, voire le traitement psychiatrique, et la réhabilitation psycho-sociale. ”

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DU TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE

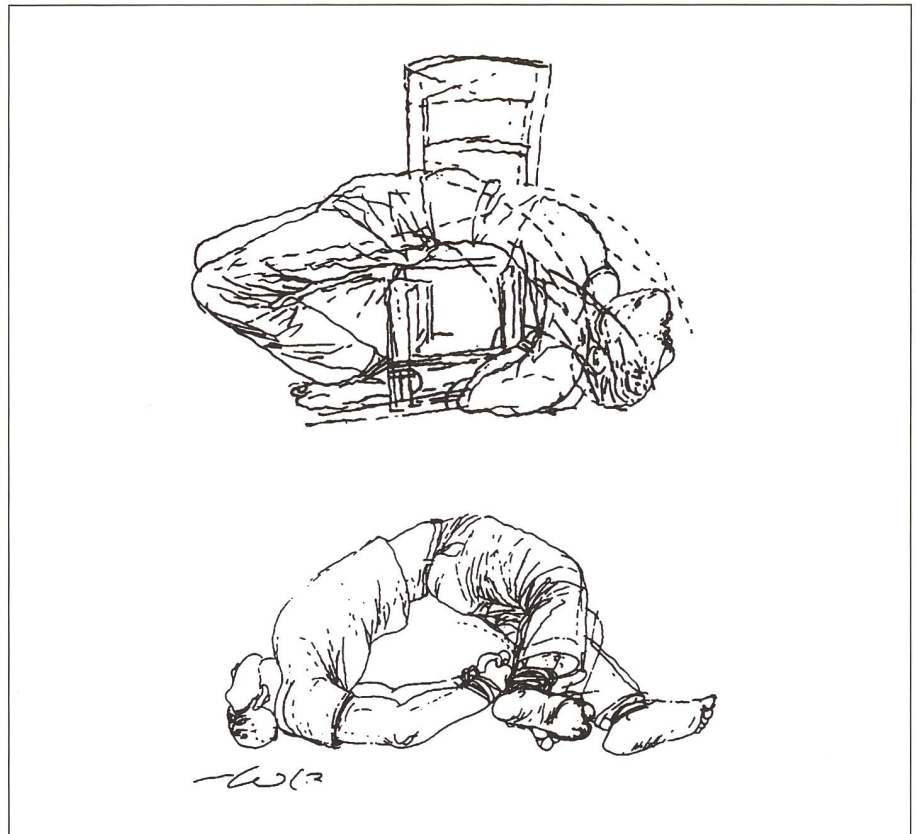
Le premier contact avec le patient, la construction de l'anamnèse se font sous forme de dialogue avec, de la part du physiothérapeute, une attitude calme, compréhensive et non intrusive. Il s'agit d'ouvrir à la victime un champ verbal le plus large possible pour lui permettre d'évoquer l'histoire de sa traumatisation et de raconter ses différents événements de vie. Le rôle de l'interprète est à ce moment là très important, il doit

être capable de capter la confiance aussi bien du patient que du thérapeute. Il faut éviter dans la mesure du possible d'avoir recours à un proche (membre de la famille, amis, connaissance).

Par la suite il s'agit d'informer le patient que, grâce au dossier médical, l'on sait qu'il a été torturé et que l'on connaît les effets physiques et psychologiques à long terme de ces mauvais traitements. Il faut ensuite lui expliquer le déroulement du traitement (massages, exercices respiratoires, mobilisations articulaires, stretching, etc.) et ses buts (diminution de la douleur et obtention d'une meilleure fonction du corps). L'approche clinique va tenter de cerner au mieux l'évaluation des plaintes subjectives et objectives, elle sera patiente et en tous les cas non exhaustive lors des premières séances. Cette approche, si elle doit être aussi précise que possible, peut prendre plusieurs semaines; elle va dépendre de la douleur du patient, de sa localisation (sphère sexuelle) et de nombreux aspects culturels, sources d'artefacts dans le processus thérapeutique.

“ Le massage est un moyen thérapeutique particulièrement approprié puisqu'il permet de rappeler au patient que le toucher n'est pas forcément quelque chose d'agressif. ”

Les premières séances de physiothérapie concernent surtout la prise en charge globale du patient au cours desquelles on tente de diminuer l'état tensionnel de la victime par le massage, la relaxation et des exercices de respiration. Le massage est un moyen thérapeutique particulièrement approprié puisqu'il permet de rappeler au patient que le toucher n'est pas forcément quelque chose d'agressif. Les techniques de massage de détente, accompagnées d'une relation humaine chaleureuse, sont très efficaces; elles ne doivent pas être une simple activité physiologique mais plutôt un instrument privilégié d'information, de communication et de compréhension du langage corporel du patient. En effet, la grande majorité des migrants ont été atteints dans leur intégrité somatique et/ou psychique; certains peuvent communiquer verbalement leur douleur ou leur angoisse, d'autres ne le peuvent pas et le feront avec le langage du corps. Il faut savoir décrypter ce langage infra-verbal. L'expérience montre qu'à travers le corps



Position forcée: «la banane» tiré de «Physiotherapy for Torture Survivors» (IRCT).

et le toucher, il est fréquent que les patients survivants de tortures se réconcilient avec leur image corporelle et retrouvent la «confiance de base» nécessaire à toute vie sociale.

Les exercices de relaxation et de respiration quant à eux sont utiles aussi bien lors de dysfonctionnements dus à des problèmes psychologiques que lors de problèmes physiques. Ils s'adressent donc autant à l'anxiété et au stress, qu'aux problèmes plus fonctionnels, costo-transversaires et sterno-costaux, séquelles de coups sur la cage thoracique. L'enseignement de ces techniques permet aux uns comme aux autres de mieux gérer les symptômes du PTSD tels que les attaques de panique, les flash-back, les cauchemars et les insomnies.

Lorsque cela est possible, l'action thérapeutique deviendra plus spécifique: il s'agira de mobiliser les articulations hypomobiles, d'étirer les muscles rétractés, de masser les contractures musculaires et les structures fibrosées, de renforcer les groupes musculaires atrophés.

Néanmoins, les perturbations somatiques engendrées par certaines techniques de tortures (suspension, falacca) nécessitent des connaissances biomécaniques et thérapeutiques spécifiques. Lors de séquelles de suspensions, une

attention toute particulière sera portée aux articulations sterno-costales, sterno-claviculaires, acromio-claviculaires, costo-transversaires et gléno-humérales. Lors de suite de falacca, des réductions articulaires appropriées, un travail de proprioception adéquat et la mise en place de taping seront les aides indispensables à une meilleure fonction.

Au travail proprioceptif et postural s'ajoutent d'autres dimensions qui doivent être mises en exergue:

- l'information est un domaine important, car la plupart des patients ont une connaissance très réduite de l'anatomie humaine et peuvent de ce fait bénéficier d'une meilleure compréhension des nombreuses relations qui existent entre les différentes méthodes de tortures, les signes cliniques et leurs symptômes.
- la prévention, les aides et conseils sont une autre facette de notre action (port de chaussures, supports plantaires, problèmes ergonomiques).
- la volonté permanente de rendre le patient co-responsable de son traitement en le motivant par une prise en charge personnelle à son domicile (exercices respiratoires, de gymnastique posturale, de stretching, de taping).

PRISE EN CHARGE

Etablir une relation de confiance basée sur:
l'empathie, le respect, la compréhension,
le sentiment de sécurité,
le choix de l'interprète.

la connaissance des implications
de la violence,
la connaissance des techniques
de torture,
la connaissance des séquelles
de violence,

Expliquer le traitement prévu, expliquer les
techniques utilisées, s'assurer de la com-
préhension et de l'accord du patient.

Éviter les situations évoquant les traumatismes
(flashback):

questions de type «interrogatoire»,
traitement évoquant les violences
(selon les antécédents de torture:
électrothérapie / traction mécanique /
hydrothérapie).

Éviter tous traitements douloureux.

Nous aimerions rendre nos confrères attentifs à
la complexité de la prise en charge des survi-
vants de violence. En effet, à la traumatisation
physique et psychologique initiale, s'ajoutent

tous les jours, d'autres agressions liées au déra-
cinement (problèmes socio-culturels, problèmes
d'adaptation, de langage), renforçant le senti-
ment de dévalorisation, d'inutilité, d'impuis-
sance ainsi que le sentiment d'incompréhension
et d'exclusion.

Ce sont donc sur ces bases complexes et mou-
vantes que doivent se construire les actes clini-
ques et thérapeutiques. C'est à partir de ces
données que le médecin et le physiothérapeute
aidé par l'assistant social et le psychologue, ten-
tent de soulager leurs patients. Le but de cette
prise en charge est modestement de permettre
au patient d'accéder à un équilibre somato-
psychique acceptable, de faciliter sa réhabilita-
tion psycho-sociale et de l'aider à retrouver une
autonomie.

CONCLUSION

S'occuper et traiter des survivants de torture
n'est certainement pas facile. Une formation
spécifique dans le domaine de la physiothérapie
et l'apprentissage de techniques relationnelles
paraissent hautement souhaitables, mais c'est
surtout le travail en réseau qui est prépondérant
car la sévérité de ces séquelles, associée aux
difficultés liées à l'immigration, peut rapidement
constituer un handicap insurmontable pour le
réfugié et conduire à une invalidité définitive si
une prise en charge médicale adéquate n'est pas
organisée.

Il est donc nécessaire de fonder le traitement
des victimes de violence sur une prise en charge
qui associe les soins médicaux, le soutien psy-
chologique, voire le traitement psychiatrique, et
la réhabilitation psycho-sociale. C'est donc une
prise en charge multidisciplinaire qui doit être
proposée pour ces patients. En effet les dif-
férents plans sont étroitement imbriqués: toute
douleur physique ravivant les troubles psycho-
logiques, chaque situation d'échec sur le plan
social replongeant la victime dans son PTSD.
C'est ainsi qu'à Genève dès 1990, une étroite
collaboration a été établie entre l'Unité de
Médecine des Voyages et des Migrations (Poli-
clinique de Médecine) et l'École de Physiothéra-
pie permettant à la physiothérapie de jouer un
rôle essentiel dans la prise en charge médicale.

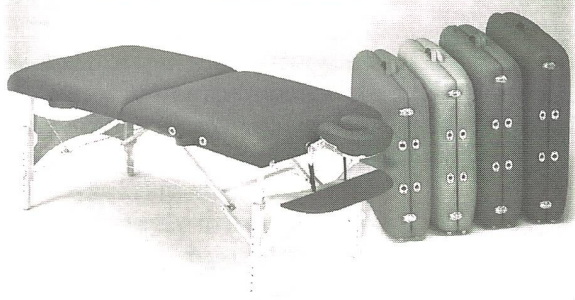
Bibliographie

- 1) AMNESTY INTERNATIONAL: Amnesty International report 1995 overview. London: Amnesty International 1995.
- 2) UNHCR: Population of concern to UNHCR. A statistical overview, 1994. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 1995.
- 3) OFFICE FÉDÉRAL DES RÉFUGIÉS: Statistiques en matière d'asile 1994. Bern: Office Fédéral des Réfugiés 1995.
- 4) SUBILIA L., LOUTAN L., BOLLINI P., PAMPELONA S.: La santé des requérants d'asile: des parasites au stress post-traumatique. *Schweiz Med Wochensh* 1995; 125: 932.
- 5) MOLLICA R., DOLENAN K., TOR S., LAVELLE J., ET AL.: The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *JAMA* 1993; 270: 581-6.
- 6) LUNDE I., BOYSEN G., ORTMANN J.: Rehabilitation of torture victims. Treatment and research. Health hazards of organized violence: Proceedings of a working group on health hazards of organized violence. Veldhoven, April, 22-25, 1986. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1987. p. 136-148.
- 7) SUBILIA L., BERTRAND D., LOUTAN L.: Séquelles de violences et de torture: L'importance du constat médical. *Schweiz Med Wochensh*.
- 8) RASMUSSEN O.V.: Medical aspects of torture. *Dan Med Bull* 1990; 37:1-88.
- 9) PRIP K., TIVED L., HOLTEN N.: In: *Physiotherapy for Torture Survivors*. Edition IRCT 1995.
- 10) GENEKKE I.K., LUNDE I., ORTMANN J., SORENSEN B.: Rehabilitation of torture victims. Principles for treatment and follow-up research. In *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture* 1992; (suppl.1): 57-9.



Oedèmes et hématomes des deux pieds après torture par falacca (phase aiguë) tiré de «Physiotherapy for Torture Survivors» (IRCT).

MASSAGETISCHE UND PRAXISZUBEHÖR



OAKWORKS bietet eine Vielzahl von zusammenlegbaren, transportablen oder stationären Massagetischen aus Holz in verschiedenen Modellen, Breiten und Farben an.

Die ästhetisch sehr ansprechenden, höhenverstellbaren Behandlungstische sind leicht und doch sehr stabil.

Unser Angebot und das vielseitige Zubehör befriedigen auch höchste Ansprüche zu einem vergleichbar günstigen Preis.

Bitte fordern Sie unverbindlich unsere Informationsmappe an und /oder vereinbaren Sie telefonisch einen Besichtigungstermin in unserem Ausstellungsraum in Zürich-Oerlikon.



OAKWORKS - G.Dawson
Berninastr. 9+11
CH - 8057 Zürich
Tel./Fax: 01 - 312 26 07

Coussin CorpoMed®

pour un meilleur appui dans beaucoup de situations

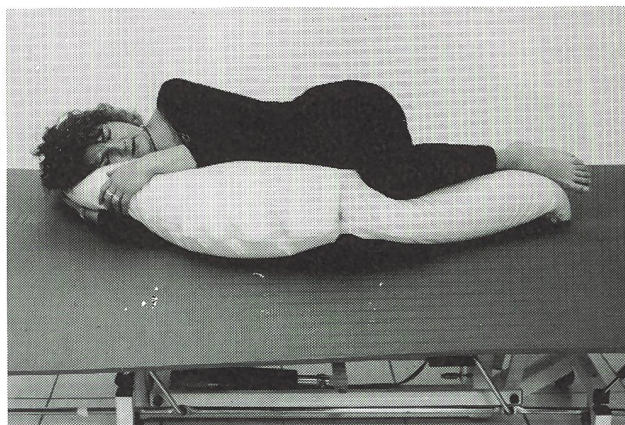
Les coussins CorpoMed® sont extrêmement modelables grâce à leur rembourrage unique: de toutes petites billes remplies d'air. Ces coussins s'adaptent immédiatement à toutes les positions du corps, mais ils ne changent pas de forme si l'on ne le veut pas.



l'escargot: pour réduire les efforts sur la colonne vertébrale lombaire



pour réduire les efforts sur la ceinture cervicale et scapulaire



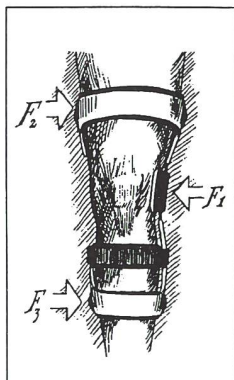
position latérale, sans rotation de la colonne vertébrale

MEDIZIN
TECHNIK
KONRAD
LÜDI AG

Nimmt den Schmerz:

Die Orthese für eine konservative Behandlung von unikondylärer Gonarthrit/Gonarthrose.

DONJOY MONARCH™



Gewerbezentrum «am Grabacker», Hans-Huber-Strasse 38, CH-4502 Solothurn,
Telefon 065 22 17 30, Telefax 065 22 27 30

Veuillez envoyer:

Timbre:

- prospectus
 prix, conditions

BERRO SA

case postale, 4414 Füllinsdorf, tél. 061 - 901 88 44