

**Zeitschrift:** Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseur, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie

**Herausgeber:** Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseur, Heilgymnasten und Physiopraktiker

**Band:** - (1958)

**Heft:** 163

**Artikel:** La Suspensionthérapie

**Autor:** Ruperti, Alexander

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-930868>

### **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:** 14.03.2025

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

# La Suspensionthérapie

Alexander Ruperti

La suspensionthérapie a pris son essor à la suite des travaux de Mme Guthrie Smith, physiopraticienne anglaise, qui fut décorée par le roi d'Angleterre en recon- et du département de physiothérapie à l'Hôpital de St. Mary, à Londres. Elle fut longtemps directrice de l'Institut Suédois naissance de ce qu'elle avait apporté à la physiothérapie anglaise. Depuis la dernière guerre mondiale, la suspension thérapie s'est répandue hors de l'Angleterre: elle est utilisée dans les hôpitaux militaires des Etats Unis et est enseignée et pratiquée dans les écoles universitaires de physiothérapie d'Afrique du Sud, de Nouvelle-Zélande et du Canada. On l'utilise en Chine, aux Indes, en Perse et actuellement dans plusieurs pays d'Europe: l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France, le Danemark, les Pays-Bas, la Suède. Nous espérons que bientôt elle fera ses preuves en Suisse.

En quoi consiste la suspensionthérapie? Tout simplement dans la suspension, au moyen de sangles et de cordes, de la partie du corps qu'on veut rééduquer, de sorte qu'on élimine la *pesanteur*, la *friction* et, psychologiquement, la *peur* du patient devant un mouvement à faire qui peut être douloureux.

Nous oublions souvent combien les premiers mouvements actifs peuvent être difficiles et pénibles pour un malade. Pensons-nous toujours à l'effet de la pesanteur sur les mouvements d'un membre malade? Un des membres inférieurs d'un corps qui pèse 70 kgs dans son ensemble, pèse autour de 12 kgs; un des membres supérieurs, autour de 5 kgs. Lorsqu'il y a perte de fonction, il y a ainsi une résistance d'autant de kgs à tout mouvement. C'est pour éliminer autant que possible l'action de la pesanteur qu'on suspend le corps ou une partie du corps.

Quand un malade est encore incapable de mouvoir un membre à cause de faiblesse musculaire, nous sommes obligé d'appuyer ce membre d'une manière ou d'une autre pour aider les premiers mouvements

Néanmoins, il y a toujours une résistance à vaincre sous forme de *friction*. Mais si l'on suspend le membre au moyen d'une sangle et d'une corde qu'on attache verticalement au-dessus de l'ax de mouvement de l'articulation qui doit travailler, on peut éliminer tout-à-fait la friction.

Le troisième élément qu'on peut éliminer au moyen de la suspension est celui de la résistance interne due à la peur — et surtout à la peur de la douleur. Quand on a peur, tout le corps est tendu et si le mouvement est douloureux, les muscles actifs. Il existe le patin et la planche polie pour faciliter ces premiers mouvements. les antagonistes au mouvement entrent en jeu et cherchent à l'empêcher, malgré la volonté du malade. Il y a aussi le phénomène de participation de muscles qui normalement n'ont rien à faire pour produire le mouvement considéré et qui empêchent le muscle faible de travailler: exemple: l'action du grand dorsal quand le muscle deltoïde est faible. Enfin, dans les cas où les muscles antagonistes sont plus forts ou spasmodiques, le traitement en suspension permet la relaxation complète de ceux-ci.

Les genres d'exercices en suspension sont: 1) passif; 2) actif sans poids; 3) assisté; 4) avec résistance progressive.

1) *Mouvements passifs*. Là où le sens kinesthésique a été perdu à cause d'une blessure cérébrale ou d'un long manque d'emploi de certains groupes musculaires. le patient ne peut pas facilement isoler les muscles faibles, parésés ou paralysés, dans le but de les rééduquer. Dans ce cas, le membre ayant été suspendu convenablement, le mouvement peut être initié par le physiopraticien et maintenu passivement. De cette manière, le patient peut comprendre *visuellement* ce qu'il faut faire, l'idée du mouvement précis est maintenue et il y a une stimulation des fonctions corticales.

2) *Mouvements actifs sans poids*. Ce genre de mouvement convient spécialement à la plupart des cas de raideur arti-

culaire. Pour le traitement des membres, il vaut toujours mieux les suspendre les deux à la fois, ce qui procure un sens de sécurité et d'équilibre et facilite la coordination. Grâce à la suspension, des mouvements actifs de grande envergure peuvent être faits dans le plan horizontal, malgré la faiblesse musculaire, et ce fait encourage le patient à s'exercer jusqu'à la limite de ses possibilités, sans peur de douleur. De plus, puisque le mouvement est voulu et contrôlé par le patient, il doit y avoir un retour plus rapide à une fonction normale que par les autres méthodes qui n'arrivent pas à éliminer le poids, le spasme et la peur de la douleur.

Avant de parler des mouvements assistés et avec résistance, il faut d'abord expliquer comment fixer la suspension, car tout simplement suspendre un membre, n'importe comment, en l'attachant à n'importe quel point au-dessus, ne donnera pas de bons résultats. Il faut commencer les exercices en suspension à partir d'une position précise choisie pour des raisons anatomiques et mécaniques évidentes. Il y a tout d'abord la *suspension axiale*. Pour cette suspension, il faut un *unique* point de fixation, droit au-dessus de l'axe vrai du mouvement à accomplir, c'est-à-dire, l'articulation. Par exemple, s'il s'agit de l'articulation de la hanche, on mettra une sangle pour soutenir la cuisse et une autre pour le pied. Les cordes fixées à ces deux sangles seront suspendues à un seul crochet fixé droit au-dessus de l'articulation de la hanche. De cette manière, le membre est en équilibre parfait et tout mouvement se passera à travers un arc de cercle et dans un plan horizontal. Il n'y a aucun travail à faire contre la pesanteur et tout effort, aussi minime qu'il soit, sera fait pour commencer ou maintenir le mouvement.

Le deuxième genre de suspension s'appelle *suspension pendulaire*. Si l'on change le point de fixation par rapport à l'axe vrai (l'articulation), on crée un axe artificiel et le plan de mouvement ne sera plus strictement horizontal. Le membre ne sera plus en équilibre et, pendant le mouvement, on verra monter et descendre le membre. On peut changer le point de fixation dans quatre directions : plus près de la ligne médi-

ane du corps ou plus loin de cette ligne et latéralement dans les deux sens par rapport à cette ligne médiane.

Cette suspension pendulaire nous permet soit d'assister ou de résister à un groupe *choisi* de muscles. Le membre, grâce au mouvement de pendule, retourne toujours à son point de départ. Nous pouvons donc instituer un travail dans un seul sens et éliminer totalement l'action des muscles antagonistes au mouvement — puisque le mouvement pendulaire élimine la nécessité de leur travail. Si le patient synchronise son effort musculaire au rythme du balancement de son membre, il y aura une alternance d'effort et de repos, ce qui aura pour effet de stimuler l'innervation *seulement* du groupe musculaire qui travaille. L'effet physiologique d'un tel mouvement sert à augmenter la tension dans les muscles agonistes et à diminuer celle dans les muscles antagonistes.

Prenons l'exemple d'une dislocation d'épaule avec traumatisme au nerf circonflexe. Du moment où le malade essaie de mouvoir son bras, les premiers muscles à se contracter sont ceux dont la fonction est de stabiliser la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde de l'omoplate (sus-épineux, sous-épineux, petit rond, etc.). Puisque ces muscles se trouvent dans la région traumatisée, leur contraction occasionne une forte douleur. Si le patient essaie l'abduction de son bras, il y aura encore le grand dorsal qui opposera son action. La contraction de ces muscles fixateurs et antagonistes est entièrement inconsciente, donc en dehors de la volonté du patient. Mais elle empêche tout effort du deltoïde faible de mettre le bras en abduction.

Maintenant, couchez le patient sur le dos, enlevez le poids du bras et de l'épaule au moyen de sangles attachées par des cordes à un point au-dessus de l'articulation de l'épaule et faites balancer le bras dans le sens de l'abduction. *Il n'y a plus aucun besoin* pour les muscles ficateurs et antagonistes d'intervenir. Bientôt les muscles arrivent à suivre le rythme du balancement, le patient réussit à synchroniser l'action de son deltoïde avec le mouvement en abduction. Les faibles contractions du deltoïde provoquent un raccourcissement des fibres

musculaires au lieu de lutter sans espoir contre la force trop considérable des antagonistes. De cette manière, il y aura progrès au lieu d'efforts vains et douloureux.

Les mouvements assistés et résistés en suspension, possibles pour les débuts de traitements par déplacement du point de fixation par rapport à l'axe vrai (l'articulation), peuvent être progressés au moyen de ressorts à boudins, spécialement créés pour ce genre de travail, ou au moyen de l'adjonction de la pouliothérapie. Nous parlerons une autre fois de cette technique.

Pour terminer cette courte introduction, résumons la technique de suspensionthérapie. *Rééducation musculaire* : 1) Mouvements en suspension dans le plan horizontal; balancement rythmique avec fixation pendulaire pour assister le mouvement désiré, ensuite, avec fixation axiale. 2) Fixation axiale; un mouvement précis, *lent*, avec arrêt à la limite du mouvement, suivi d'un retour *lent* au point de départ. 3) Fixation pendulaire pour créer une résistance; d'abord balancement rythmique

avec travail musculaire *seulement* dans le sens contre résistance. Ensuite, mouvements précis, lents, avec arrêt à la limite avant de retourner au point de départ.

*Mobilisation articulaire* : Le point de fixation doit être toujours exactement au-dessus de l'articulation à travailler. 1) Mouvements, sans heurts, rythmiques, genre de balancement, mais seulement jusqu'au seuil de la douleur. 2) Mouvements isolés, contrôlés, dans un sens précis, jusqu'au seuil de la douleur. 3) Pour le genou et l'épaule, on peut ajouter de petits mouvements rythmiques de pression au mouvement principal. Exemple : flexion du genou : a) fléchir lentement autant que possible; b) étendre un peu; c) fléchir un peu plus que la première fois; d) étendre un peu; e) fléchir encore un peu plus et tenir la position extrême un moment avant de l'étendre complètement et lentement.

Bibliographie : Rehabilitation, re-education and remedial exercises par Olive F. Guthrie Smith  
Baillièrè, Tindall and Cox (1952)

## La collaboration entre la kinésiste et l'occupational therapist

par Mrs. M. S. Jones, M.C.S.P.

M.A.O.T., Chef du Service de Récupération Fonctionnelle au Recuperative Home. Farnham Park  
(Grande-Bretagne)

C'est mon devoir, cette après-midi, et cela m'est un plaisir, de vous parler de la collaboration entre la kinésithérapie et l'occupational therapy, O. T. C'est une collaboration qui doit être de plus en plus développée si l'on veut étendre les services de réadaptation à tous ceux qui sont diminués au point de vue physique, à quelque catégorie qu'ils appartiennent.

Avant de parler de ce développement, je veux vous exposer brièvement mon histoire personnelle, et vous dire pourquoi je crois pouvoir me permettre de vous parler d'un sujet aussi vaste et aussi peu connu. En l'abordant, on a la même impression que quelqu'un qui, voulant entrer

dans une vaste chambre noire, n'y a introduit encore que la pointe du pied.

J'ai commencé ma vie professionnelle comme physiothérapeute et j'ai débuté à l'hôpital Saint Thomas à Londres, en 1921. A cette époque la formation d'une physiothérapeute anglaise durait deux ans. Nous avons étudié l'anatomie, la kinésiologie, la physiologie, le massage, l'électrothérapie et la gymnastique médicale suédoise. Actuellement, avec en plus, l'étude des traitements par radiations lumineuses et encore d'autres matières, le cours dure trois ans.

En 1921, quand j'ai débuté à Saint Thomas, le Docteur J. B. Mennel était chef de