PHYSIOPAED
BULLETIN
40
Décembre 2022

RESPIRER

POUR LES MEMBRES
physiopaed
Association suisse des
physiothérapeutes pédiatriques

physiopaed

3D-DRUCK
BODYFIT TECHNOLOGIE

Scan mich für mehr Informationen

Sensomotorische, atmungsaktive
3D-gedruckte Fussorthesen nach Mass

ORTHO TEAM
WIR BEWEGEN MEHR

INDEX

ÉDITORIAL

3 Éditorial

INFO

4 Rapport du Conseil d'administration et des Départements

THEME

11 Approches de la thérapie respiratoire chez les enfants en situation de polyhandicap sévères

15 La respiration d'un point de vue holistique – Thérapie complémentaire (TC) Méthode de la thérapie respiratoire en complément de la physiothérapie respiratoire de la médecine conventionnelle

20 La respiration, clé du système nerveux autonome

25 Respirer comme les yogis

29 Changements dans la physiothérapie respiratoire chez les enfants atteints de mucoviscidose (CF)

33 Un voyage avec une molécule d'oxygène

RARITÉS

36 Troubles respiratoires fonctionnels à l'adolescence

PHYSIO DU MONDE

40 Aperçu du quotidien de la physiothérapie pédiatrique chez Petra à Hambourg (HH)

ET CETERA

44 Shop

44 Adresses et contacts

45 Annonces et offres

46 Membre

47 Impression

ÉDITORIAL

Chères lectrices, chers lecteurs

Avec un premier cri, nous inspirons. Avec un dernier soupir, nous expirons. Entre les deux, ça entre et ça sort sans arrêt, ça entre et ça sort. Entre les deux, il y a ce que nous appelons la vie. La vie qui ne serait pas possible sans la respiration.

Cependant, tout le monde ne respire pas de manière inconsciente et automatique. Des facteurs physiologiques et psychosociaux ainsi que des maladies peuvent rendre la respiration très difficile. Différentes approches thérapeutiques tentent d'aider ces personnes à respirer suffisamment et à améliorer ainsi leur qualité de vie.

Très tôt, on a découvert que la respiration consciente était un facteur important pour la santé et le bien-être. Dans les exercices d'Extrême-Orient comme le yoga, la respiration consciente fait partie intégrante du déroulement des mouvements. Le yoga aide à retrouver le calme et crée ainsi une pause respiratoire dans la vie quotidienne.

Ce qui a été reconnu très tôt de manière empirique peut aujourd'hui être expliqué sur la base de preuves. Nous comprenons mieux les liens neurophysiologiques entre le corps, le psychisme et la respiration. De nouveaux modèles de pensée expliquent pourquoi nous pouvons influencer positivement aussi bien le corps que l'esprit par le biais de la respiration consciente.

Chez les personnes en situation de polyhandicap lourd, la communication et la coopération sont généralement plus difficiles. Dans ce cas, le thérapeute doit faire preuve d'une présence absolue, d'un œil observateur et explorateur, de patience et de disponibilité pour chercher avec les personnes à traiter une solution individuelle, même au-delà des preuves, afin de faire l'expérience d'une respiration détendue.

Avec la mucoviscidose, respirer devient une question de survie. Les nouveaux médicaments ne sont pas seulement une lueur d'espoir pour toutes les personnes atteintes et leurs familles. Ils modifient aussi durablement le travail thérapeutique avec les personnes atteintes de mucoviscidose.

L'aperçu du quotidien thérapeutique à Hambourg suscite la curiosité pour un projet qui pourrait être porteur d'avenir pour le travail thérapeutique et la pénurie de personnel qualifié qui se dessine.

L'équipe de rédaction pousse également un soupir de soulagement. Sophie Wist (textes en français) et Elisa Garbani-Nerini (textes en italien), qui avaient déjà corrigé les traductions en français et en italien l'année dernière, font désormais partie de l'équipe. Nous sommes très heureuses que vous ayez le temps et le plaisir de vous joindre à nous pour la rédaction du bulletin. Bienvenue à Elisa et Sophie dans l'équipe de rédaction! Nous souhaitons également la bienvenue à Aline Bär (www.atelier-linea.ch). Elle est notre nouvelle maquettiste et nous sommes reconnaissantes qu'elle ait accepté malgré la pression des coûts et la quantité de travail qui l'attend avec le bulletin. Nous nous réjouissons de travailler avec toi!

Comme promis, le bulletin paraîtra cette année encore en trois langues, une version imprimée et une version en ligne.

Nous vous souhaitons à toutes et tous de ne pas vous essouffler dans le sprint de fin d'année, afin que le système social puisse prendre le relais et que vous puissiez profiter et apprécier pleinement ces moments de convivialité et de réflexion.

Barbara Graf-Eckert
Équipe de rédaction

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DES DÉPARTEMENTS

Actualités du comité directeur

Par Judith Graser
→ *praesidium@physiopaed-hin.ch*

MERCI BEAUCOUP!

Je vous remercie du fond du cœur

...à mes collègues du Comité et à tous les membres des départements. C'est un grand défi que de diriger une association comme physiopaed. Un défi que j'ai accepté uniquement parce que je savais que je pouvais compter entièrement sur la collaboration d'une équipe qui fonctionne de manière compétente.

...à ma prédécesseure, Jeannette Curcio, avec qui j'ai eu l'occasion de travailler pendant plusieurs années au sein du comité directeur, ce qui a permis de passer le flambeau de la présidence en douceur.

...aux collaboratrices et collaborateurs du bureau de Rodtegg. J'apprécie beaucoup notre collaboration simple, amicale et efficace.

...à tous les membres de physiopaed. Pour votre fidélité, vos réactions, vos critiques et vos louanges, pour la confiance que vous me témoignez en m'élisant à la présidence de physiopaed.

Au cours des premiers mois de ma présidence, j'ai déjà pu vivre beaucoup de choses. J'ai pu présenter physiopaed aussi bien au Tessin, dans le cadre d'une rencontre d'un Cercle de qualité, qu'aux équipes de physiothérapie de l'hôpital pédiatrique universitaire de Zurich et de la Kinder-Reha Schweiz à Affoltern am Albis. Une bonne occasion de voir de vieilles connaissances et de nouer de nouveaux contacts.

Le 19 mars 2022, le symposium de pédiatrie a eu lieu dans les nouveaux locaux de la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW). Le thème «Power Mobility» a attiré de nombreuses personnes à Winterthour, qui ont ensuite été gâtées par un programme de haut niveau. Une table ronde réunissant entre autres des personnes issues du quotidien clinique, de la recherche et de la technique orthopédique a mis en lumière l'un ou l'autre point délicat en rapport avec la «Power Mobility». D'autant plus qu'une juriste expérimentée, Christine Boldi, a éclairé l'aspect juridique du financement de tels appareils.

L'Assemblée générale (AG) de physiopaed, qui s'est tenue le même jour, a été l'occasion de prendre congé de certaines et de souhaiter la bienvenue à d'autres au Comité: Jeannette Curcio a quitté la présidence de physiopaed après neuf ans d'activité et j'ai été élue pour lui succéder. Je profite de l'occasion pour te remercier encore une fois, chère Jeannette, pour ton précieux travail au cours de ces dernières années. Ma successeure, Lea Meier, a été élue à la tête du département Qualité. Je souhaite à Lea beaucoup de plaisir et d'énergie dans ses nouvelles fonctions.

Une augmentation de la cotisation des membres a notamment été votée lors de l'AG (voir également le domaine d'activité Finances). Tous les membres ont été informés des raisons de cette augmentation. Il y a eu quelques vagues, qui ont pu être quelque peu aplanies entre-temps, comme le montre clairement le nombre de courriels reçus à ce sujet. Au sein du comité, nous sommes très heureux de cette augmentation des cotisations, qui nous permet de disposer de la marge de manœuvre et de la planification financière nécessaires.

Lors de la réunion à huis clos du Comité en juin, nous avons évalué nos moyens de communication au sein du Comité, mais aussi vers l'extérieur (y compris l'image de physiopaed auprès du public). Des adaptations et des optimisations ont été lancées.

Il est très important pour nous de faire un travail de comité transparent. Nous voulons que les membres sachent ce que nous faisons, ce que nous décidons et où physiopaed se dirige. A l'avenir, nous vous ferons parvenir dans les newsletters davantage d'informations sur ce à quoi nous travaillons dans les différents départements.

Collaboration avec Physioswiss

La marge de manœuvre financière susmentionnée, que le Comité de physiopaed a obtenue grâce à l'augmentation de la cotisation de membre, a pris de l'importance pour la première fois en août 2022: Physioswiss a réalisé la saisie des données de l'étude LeDa dans le but de recenser les travaux effectifs d'un-e physiothérapeute. Ces données doivent servir de base aux négociations tarifaires avec les organismes payeurs. Il s'est avéré que l'échantillon

aléatoire comportait trop peu de cabinets de physiothérapie pédiatrique pour générer des données représentatives. Pour remédier à cette situation, un effort supplémentaire a été nécessaire. Le surcroît de travail financier qui en résulte a pu être pris en charge pour moitié par physioapaed et les cabinets de physiothérapie pédiatrique nécessaires ont été recrutés.

Les négociations tarifaires entre Physioswiss, l'association des hôpitaux suisses (H+) et la commission des tarifs médicaux et de l'assurance-invalidité ont débuté en été 2022. Jeannette Curcio continue de travailler dans le cadre d'un mandat pour le comité de physiopaed au sein du groupe d'accompagnement interne de Physioswiss. Les besoins de la physiothérapie pédiatrique peuvent ainsi être directement pris en compte dans les négociations.

Nous sommes convaincus que ce n'est qu'ensemble que nous pourrons faire évoluer la situation économique actuelle de tous les physiothérapeutes.

Physiopaed international

En octobre 2022, le congrès européen de physiothérapie pédiatrique (EUPPT) a eu lieu pour la deuxième fois à Florence. La Suisse était également représentée dans l'organisation: Jeannette Curcio, Brigitte Wehrli et Ruben Forni ont participé à la planification et à la réalisation de l'EUPPT 2022.

Christelle Anyig (responsable du département Formation continue) et moi-même avons particip à l'EUPPT en tant que délégation de physiopaed. Outre le programme scientifique et le réseautage, nous souhaitons galement échanger avec l'équipe organisatrice. En effet, l'EUPPT aura lieu en Suisse en 2024. Nous vous avertissons d'ores et déjà que nous aurons besoin de nombreuses personnes pour nous aider et que nous vous contacterons en temps voulu. Ce sera une grande occasion de montrer au monde de la physiothérapie pédiatrique (ou du moins à l'Europe de la physiothérapie pédiatrique) ce que nous savons faire en Suisse.

Marquerithe Barree s'est retirée du comité de recherche de l'Organization of Physiotherapists in Pediatrics (IOPTP). Un grand merci ici pour ton engagement, chère Marquerithe.

COOPÉRATION AVEC LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)

Les examens pratiques pour le Certificate of Advanced Studies (CAS) en physiothérapie pédiatrique ont eu lieu à la SUPSI en septembre 2021, la présidence de physiopaed y détient un siège. Il s'agissait du premier CAS organisé à la SUPSI. Nous félicitons chaleureusement tous les diplômés!

ZHAW

Lors de la cérémonie de remise des diplômes de Master of Science (MSc) en physiothérapie à la ZHAW, neuf diplômées en pédiatrie ont reçu leur diplôme en novembre 2021. C'est réjouissant, car cela témoigne d'une relève active dans le domaine de la physiothérapie pédiatrique. Deux de ces travaux de MSc en pédiatrie ont été récompensés. Le prix du meilleur travail de master en pédiatrie (offert par physiopaed) a été décerné à Beatrice Hubacher (illustration 1). Dans son travail de master, elle a évalué le PNE4Kids, un outil qui peut être utilisé avec des enfants présentant de la douleur.

Le prix d'encouragement de Physioswiss pour le meilleur travail de master a été décerné à Rachel Cott (figure 2). Elle a étudié la répartition des classifications du mouvement général entre les différents groupes à risque à l'hôpital pédiatrique de Zurich. Physiopaed félicite de tout cœur les deux lauréates ainsi que tou-te-s les autres diplômé-e-s.

Fig. 1 Jeannette Curcio, présidente de physiopaed encore en fonction en 2021, (à gauche) remet à Beatrice Hubacher (à droite) le prix du meilleur travail de master en pédiatrie.

Fig. 2 Rachel Cott reçoit le prix d'encouragement Physioswiss pour le meilleur travail de master 2021.

Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO)

Physiopaed a organisé une rencontre entre la ZHAW et la HES-SO en mars 2022 afin de discuter des possibilités d'organiser le Certificate of Advanced Studies (CAS) en pédiatrie à la HES-SO, sur le modèle de la ZHAW et de la SUPSI. La suite des événements dépend maintenant des hautes écoles spécialisées. Physiopaed serait très favorable à ce qu'un CAS en pédiatrie soit également proposé en Suisse romande.

Sakent / Université de Bâle

Le premier Master of Advanced Studies (MAS) en thérapie neuro-développementale a démarré au printemps 2022 sous la direction de Petra Marsico, MSc en physiothérapie, cand. PhD. Avec neuf étudiants de Suisse et d'Autriche, le lancement a été réussi et nous nous réjouissons des travaux de master passionnants à venir.

Communauté d'intérêts «COPing with and CAring for Infants with Special Needs» (IG COPCA®)

La CI COPCA® est une association de la ZHAW Santé, de la SUPSI et de physiopaed. Elle s'engage pour la mise en œuvre d'interventions précoces basées sur des preuves chez les nourrissons et les enfants en bas âge présentant un trouble du développement ou un risque de trouble du développement. Les données générées par les coachs COPCA® sont collectées par le biais d'un registre et servent en premier lieu à l'assurance qualité. Le rôle de physiopaed se limite à une participation à la gestion opérationnelle.

Autres coopérations et mises en réseau

Le symposium interprofessionnel sur la pratique avancée, a été organisé en avril 2022 sous le thème «Tout ce qui est légal! – Défis juridiques et financiers».

Les physiothérapeutes, les infirmier-ère-s, les ergothérapeutes et les radiologues ont appris, grâce à des exemples tirés de la pratique, que la pratique avancée est réalisable. La redistribution des responsabilités et surtout du financement sont les deux principaux obstacles à une utilisation à grande échelle des praticiens avancés.

Actualités des départements

RESSORT FORMATION CONTINUE

Responsable du ressort: Christelle Anyig
→ *weiterbildung@physiopaed-hin.ch*

Membres du ressort: Careen van Son, Karin Graf, Anna Oeschger

Symposium de pédiatrie 2022

Cette année, le symposium de pédiatrie a été organisé par la ZHAW. Sous la devise «Power Mobility», il y avait beaucoup de nouveautés à admirer et d'informations intéressantes à apprendre. Personnellement, je retiens l'exosquelette et le fauteuil roulant Wizzybug. Quelles possibilités pour nos plus jeunes! Un grand merci à Schirin Akhbari Ziegler et à son équipe pour l'organisation et la réalisation.

Assemblée générale

L'assemblée générale de cette année a eu lieu après le symposium. En raison de l'heure tardive et de la pression du temps, de nombreux sujets n'ont pu être qu'effleurés, ce qui a été frustrant pour tous. Nous avons réfléchi à vos critiques et travaillons à ce que la prochaine AG soit plus transparente.

Groupe d'expert-e-s

Même si le département de la formation continue n'a pas organisé de colloque cette année, nous avons innové et découvert le monde numérique pour notre groupe d'expert-e-s.

Alors que l'année dernière, en novembre, nous avions déjà pu nous réjouir de nombreux-ses participant-e-s sur le thème de la «motivation intrinsèque», cette année, en mai, le thème des «asymétries du nourrisson et du crâne» a fait un énorme tabac. Avec plus de 90 participants! Nous sommes submergées par un tel engouement. Nous allons continuer à développer ce format et vous pouvez vous réjouir de découvrir d'autres thèmes passionnants.

Membres du ressort

Careen van Son, Karin Graf et Anna Oeschger ont soutenu activement le département de la formation continue jusqu'en juillet 2022. En particulier dans les préparatifs et la réalisation des tables rondes d'expertes et d'experts. Nous avons constaté qu'à l'avenir, il serait plus économe en ressources de concevoir les préparatifs avec les participants directs et de contacter également des personnes directement sur place pour les colloques d'experts. Il n'y aura donc plus de membres permanents dans le département de la formation continue, mais des personnes seront sollicitées en fonction des projets ou des journées techniques. Je vous remercie de votre engagement et me réjouis de vous retrouver pour un nouveau projet! Merci beaucoup!

Enregistrement des membres

L'enregistrement des membres a été entièrement revu. J'ai pu vous montrer comment elle fonctionnera à l'avenir lors de la dernière AG. L'entreprise Schweizer Communications (l'agence 1702 jusqu'en 2021) a mis en œuvre avec brio toutes les idées et propositions. Vous recevrez des instructions précises dans la newsletter.

Je me réjouis de l'année prochaine avec des projets passionnants et de notre fête d'anniversaire pour les 25 ans de physiopaed! Restez curieux!

RESSORT RELATIONS PUBLIQUES

Responsable du ressort: Lea Moinat
→*pr@physiopaed-hin.ch*

Membres du ressort:

Site web: Nicole Näf Richiger

Bulletin: Sarah Clausen, Sandra Frauchiger, Elisa Garbani-Nerini, Barbara Graf-Eckert, Claudia Vogel-Ferdinand, Sophie Wist

Et voilà que 2022 est déjà bientôt terminé... L'année dernière a été un peu plus calme pour moi. En ce moment, de grandes adaptations sont en cours sur le site web. Nous avons décidé de reconstruire ou de modulariser la gestion des utilisateurs, l'enregistrement et la gestion des droits.

Nous pouvons désormais définir explicitement différentes valeurs de statut par utilisateur (par exemple: enregistré, adhésion en cours d'examen, adhésion inactive, etc.) et également activer certaines pages de l'espace membres pour un ou plusieurs des groupes. Le déroulement de l'enregistrement et le processus de connexion s'en trouvent également modifiés.

La fonction de recherche dans la zone des membres et le reste du site web est également déjà mise en œuvre sur notre serveur de test.

Enfin, il sera possible de payer les factures des membres en ligne. Wow, ça a encore été une année productive ☺.

Je tiens à remercier la rédaction du Bulletin pour son travail fantastique!

Nicole, merci pour ta constante disponibilité. La même chose va à Sophie Charrière. Un grand merci pour tes traductions pour nos projets!

Je vous souhaite à tous le meilleur pour 2023!

RESSORT FINANCES

Responsable du département: Sabine Burget Richter
→ *finanzen@physiopaed-hin.ch*

Membres du département:

Vérificatrices des comptes: Jeannette Curcio

deuxième vérificateur: vacant

GT Sponsoring: Johanna-Lisa Burget

Nous venons de vivre une assemblée générale 2022 peu ordinaire

Nous vous remercions vivement d'avoir accepté la proposition du comité directeur d'augmenter la cotisation des membres seniors à 250 CHF, avec effet immédiat mais programmé pour les trois prochaines années. Nous disposons ainsi d'un tampon financier qui nous permet d'aborder les projets à venir sans réduire davantage la fortune de l'association. Nous sommes heureux de constater que, malgré l'augmentation de la cotisation, nous avons pu enregistrer quelques nouveaux membres.

Merci de votre confiance.

La numérisation de notre administration se poursuit et nous percevrons désormais la cotisation des membres via notre site web dès 2013. Vous trouverez plus d'informations dans la newsletter de la fin de l'année en cours.

Pour des raisons familiales, je ne me représenterai pas à l'Assemblée générale 2023. De nouvelles tâches m'attendent.

C'est pourquoi nous te cherchons pour collaborer au sein du comité directeur. Nous sommes actuellement en train de revoir les tâches du ressort des finances et de les organiser plus efficacement en collaboration avec le secrétariat. Judith ou moi-même nous réjouissons de ta prise de contact. Je suis à ta disposition pour te conseiller et t'aider à te familiariser avec le nouveau système.

Nous sommes également à la recherche d'un(e) deuxième réviseur(e). Dans ce cas également, nous serions heureux que les membres intéressés nous contactent.

RESSORT POLITIQUE PROFESSIONNELLE

Responsable du ressort: Jasmin Basler
→ *berufspolitik@physiopaed-hin.ch*

Membres du ressort: Thomas Schumacher, Manuela Zgorski, Virginie Silvestrini

Comme toujours, j'aimerais adresser mes premiers mots aux membres des départements. Je vous remercie tous les trois chaleureusement pour votre réflexion, vos bonnes idées, le temps que vous consacrez aux réunions en ligne du soir et votre soutien actif dans la mise en œuvre de nos visions.

Ligne directrice Position tarifaire 7351

Si j'ai appris quelque chose en six ans, c'est qu'un projet prend toujours plus de temps qu'on ne le pense. Il en va de même pour la ligne directrice relative à la position tarifaire 7351. Comme il faut également adapter l'ordonnance pour la physiothérapie pédiatrique, le processus a pris beaucoup de temps. Mais nous sommes bientôt prêts et la ligne directrice pour la facturation de la position tarifaire 7351 sera publiée prochainement.

Évaluation Contact avec l'AI

Après avoir évalué la prise de contact avec les offices AI cantonaux, il est clairement apparu que la majorité d'entre eux sont ouverts à une simplification des procédures ou s'efforcent déjà de les rendre aussi simples que possible. Mais pour parvenir à une uniformisation nationale, nous avons dû prendre contact avec les responsables à Berne.

En octobre 2021, une réunion en ligne a eu lieu avec Martin Gebauer, spécialiste des tarifs médicaux au Département fédéral de l'intérieur (DFI).

Session en ligne avec M. Gebauer

Nous avons abordé les sujets suivants avec M. Gebauer: Simplification des procédures administratives, durée des séances de physiothérapie qui est souvent demandée, nécessité de traitements à domicile et prestations non facturables. Nous avons certes pu clarifier des questions sur ces deux derniers sujets, mais leur traitement doit être intégré dans les négociations tarifaires actuellement lancées avec la CTM. Martin Gebauer s'est exprimé clairement sur

l'habitude de certains offices AI de demander la durée de la séance de physiothérapie. Dans le cas d'un tarif forfaitaire, comme celui de la physiothérapie, cette durée ne doit être ni demandée ni indiquée. Nous pouvons également nous référer ici à Monsieur Gebauer si des discussions devaient avoir lieu. Nous reviendrons sur la simplification des procédures administratives à l'occasion.

Mandat Jeannette Curcio

Comme mentionné ci-dessus, les négociations tarifaires entre la CTM et les fournisseurs de prestations ont commencé. Nous sommes très heureux que l'ancienne présidente Jeannette Curcio ait accepté un mandat pour nous et représente la physiothérapie pédiatrique, avec sa longue expérience dans le domaine de la politique professionnelle.

De nouveau des problèmes croissants avec le 7311

Actuellement, les problèmes de facturation de la position tarifaire 7311 se multiplient, mais pas auprès de toutes les caisses maladie. Si vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à nous contacter. Nous mettrons notre expérience à votre service pour vous aider à déposer une demande de réexamen.

RESSORT QUALITÉ

Responsable du ressort: Lea Meier
→ qualitaet@physiopaed-hin.ch

Membres du département: –

En collaboration avec le département Qualité, une partie du cercle de qualité des physiothérapeutes pédiatriques argoviens a développé un dépliant sur le thème de la position ventrale chez le nourrisson. Nous sommes très heureux que ce magnifique produit final puisse être acheté dans notre boutique et, nous l'espérons, largement utilisé et distribué. Nous remercions chaleureusement les personnes impliquées pour leur précieux travail.

C'est avec plaisir que nous soulignons l'importance de telles initiatives pour faire avancer notre profession. Notre objectif futur est de (re)concevoir d'autres flyers de ce type et d'insuffler une nouvelle vie à notre poster physiopaed. Si vous avez des idées de thèmes possibles pour les flyers et si vous souhaitez collaborer, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse qualitaet@physiopaed-hin.ch.

De plus, en collaboration avec la présidence, nous avons travaillé sur un article sur la physiothérapie pédiatrique pour une revue allemande de sages-femmes. Dès que l'article sera publié, nous vous le ferons savoir.

10. ZIMMT-KONGRESS

Zirkel für Manuelle Medizin
und Entwicklungstherapie

Hybrid! Hybrid! Hybrid!

MANUELLE MEDIZIN · ORTHOPÄDIE · OSTEOPATHIE BEI KINDERN

05. BIS 12. MÄRZ 2023

POTENZIAL ERKENNEN UND ENTFALTEN

ANMELDUNG UND WEITERE INFORMATIONEN UNTER **WWW.ZIMMT-KONGRESS.DE**

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG
Dr. med. Ulrich Göhmann
Martin Knüdeler
Dr. med. Dirk Luthin
Dr. med. Caroline Schlüter

AKADEMIE OTTENSTEIN
Telefon (+49) 05286-1292
info@zimmt-kongress.de

HIGHLIGHTS

- Dr. Robby Sacher
- Dr. Volker Zwingenberger
- Dr. Hans Peter Bischoff
- Prof. Dr. Winfried Neuhuber
- Dr. Hans-Rudolf Weiß

GMs und Early Interventions

- Prof. Dr. Arent F. Bos
- Prof. Dr. Dr. Peter B. Marschick
- Prof. Dr. Bernd Wilken
- Dr. Betty Hutchon

HNO und Manualmedizin

- Dr. Corinna Bergmann
- Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat
- Dr. Marc Wuttke

Osteopathie

- Christian Hartmann
- Jo Buekens, MSc
- Helge Franke, MSc
- Gert Groot Landeweer
- Francesco Cerritelli PhD

und viele andere mehr…

CME

APPROCHES DE LA THÉRAPIE RESPIRATOIRE CHEZ LES ENFANTS EN SITUATION DE POLYHANDICAP SÉVÈRES

ROB VAN BERKUM, PHYSIOTHÉRAPEUTE DIPLÔMÉ BSC, PHYSIOTHÉRAPEUTE PÉDIATRIQUE DIPLÔMÉ (NL), THÉRAPEUTE CRANIOSACRAL DIPLÔMÉ, PROPRIÉTAIRE DE THERAPIETEAM GMBH, ROB.VANBERKUM@HIN.CH, WWW.THERAPIETEAM.CH

C'était au tout début de mon activité de physiothérapeute pour enfants: dans la salle de thérapie, une jeune physiothérapeute était assise en face de moi avec une petite fille sur les genoux. Toutes deux étaient assises sur une balançoire. L'enfant, âgée d'environ deux ans et demi, se trouvait dans un état végétatif après une noyade accidentelle. Il pleurait, transpirait abondamment et luttait contre ses poumons trop pleins de mucus. Les yeux bleus de l'enfant avaient une expression désespérée. Nous ne savions pas exactement comment aider cette petite fille sans défense, si ce n'est en réduisant sa souffrance en essayant de la calmer. J'avais déjà traité plusieurs enfants après des noyades. Mais je ne connaissais pas non plus de thérapie respiratoire permettant d'éliminer les mucosités des poumons sans la participation de l'enfant. Je n'avais aucune technique à ma disposition pour aider un enfant en situation aussi grave de polyhandicap (enfant GPH) à nettoyer ses poumons encombrés de mucosités. Je me suis donc mise à chercher et je suis rapidement tombée sur le nom de Jean Chevallier.

Drainage autogène (DA)

Le DA est une technique de respiration développée depuis 1967 en Belgique par le professeur Alexandre, le docteur Dab et le physiohérapeute Jean Chevallier [1]. Il s'agit d'une méthode utilisée par les physiothérapeutes pédiatriques pour traiter la mucoviscidose (CF). Selon Chevallier, le DA est «un ensemble de principes individuels importants qui permettent au patient d'apprendre une technique de drainage individuelle». En trois phases, les sécrétions sont décollées, puis collectées et enfin expectorées.

Le DA permettrait-elle de résoudre les problèmes de sécrétion chez les enfants GPH? Cette technique d'autonettoyage est considérée comme efficace et douce, ne nécessite que peu de place et peu ou pas d'équipement [2], mais exige de l'enfant beaucoup d'autodiscipline et de concentration [1]. Cela me semblait être une approche passionnante, même si j'étais conscient que tout du DA n'était probablement pas applicable. Mais comme il n'y avait pas d'alternative à l'époque, en 2002, j'ai décidé de suivre un cours de Jean Chevallier et de son équipe.

Dissoudre les sécrétions

Pour obtenir une ventilation derrière les zones pulmonaires obstruées, le DA consiste à inspirer lentement avec une respiration normale, puis à retenir sa respiration pendant environ trois à quatre secondes [3]. Grâce à cette pause post-inspiratoire (PIP), l'air est réparti uniformément dans toutes les zones pulmonaires et derrière le mucus. L'expiration est accélérée mais pas forcée afin de permettre aux sécrétions de se détacher de la paroi bronchique. On essaie de générer un flux d'air maximal partout dans les poumons, sans qu'il y ait de collapsus bronchique. L'enfant apprend à respirer avec trois volumes pulmonaires. La respiration a volume moyen est utilisée pour recueillir les sécrétions. La respiration dans le volume de réserve expiratoire (VRE) est utilisée pour décoller les sécrétions et le volume de réserve inspiratoire (VRI) pour les éliminer [3]. Après plusieurs cycles respiratoires, les sécrétions sont finalement éliminées des poumons au moyen d'un huff ou d'une toux contrôlée [1].

J'ai compris assez rapidement que ce serait difficile. Comment pourrais-je apprendre à un enfant qui n'est pas en mesure de communiquer à faire une pause respiratoire de plusieurs secondes? Comment puis-je générer un débit d'air maximal? Peut-on agir sur le rythme respiratoire? L'enfant peut-il travailler avec trois volumes respiratoires? Serait-ce possible? Les questions s'enchaînent. J'ai d'abord essayé de comprendre pourquoi la fonction pulmonaire des enfants GPH était perturbée.

Troubles de la fonction pulmonaire

1. aspiration

Dès que des substances liquides ou solides pénètrent dans les voies respiratoires pendant l'inspiration, on

parle d'aspiration. Les enfants atteints de paralysie cérébrale (PC) présentent souvent des troubles fonctionnels orofaciaux dès la naissance. 85 pour cent de tous les enfants atteints de PC ont des troubles de la déglutition [4] ; en cas de trisomie 21, 74 pour cent des enfants sont concernés [5].

En cas de trouble de la déglutition ou de dysphagie, une partie des aliments, de la salive ou des liquides pénètre dans les voies respiratoires. La déglutition n'est ni rapide ni sûre, ce qui n'est pas surprenant. La déglutition, tout comme les autres aptitudes motrices, est perturbée et difficile à apprendre. Par expérience, je peux dire que tous les enfants GPH que je traite souffrent de dysphagie. Un traitement axé sur la dysphagie avec des physiothérapeutes ou des logopédistes spécialisés est très enrichissant et utile. Il est également important de veiller à une hygiène buccale optimale. En combinaison avec une désinfection régulière des mains des personnes de référence, cela permet de réduire le risque de pneumonie.

2. reflux gastro-œsophagien (RGO) chez les enfants

Presque tous les enfants GPH ont un RGO. Par le RGO la nourriture et l'acide gastrique peuvent refluer dans l'œsophage et parfois dans la bouche. Cela peut notamment entraîner des problèmes respiratoires et des vomissements.

3. sonde de gastrostomie percutanée endoscopique (PEG)

Lorsque l'activité de déglutition est réduite, la flore buccale est modifiée, ce qui influence en même temps les muqueuses des poumons. Cela peut entraîner une augmentation des pneumonies. La diminution de l'activité de déglutition peut être une raison pour laquelle la déglutition n'est plus entraînée. Le «Time on Task» est réduit, ce qui ne permet pas d'obtenir une meilleure déglutition.

4. le diaphragme (diaphragme)

Une contraction du diaphragme initie l'inspiration. La contraction déplace le centre tendineux du diaphragme d'environ un à deux centimètres en direction caudale. La forme typique de la coupole laisse place à une sorte de toit plat. La pression d'apposition s'en trouve réduite (fig. 1 et 2).

Conjointement à l'augmentation de la pression d'insertion, les côtes inférieures se déplacent vers l'extérieur et vers le haut. Le mouvement de l'anse de seau est effectué. La pression d'apposition peut être expliquée aux parents de la manière suivante: «La paroi thoracique et le diaphragme collent l'un à l'autre comme deux feuilles de plastique d'un rétroprojecteur. La zone dans laquelle les films collent

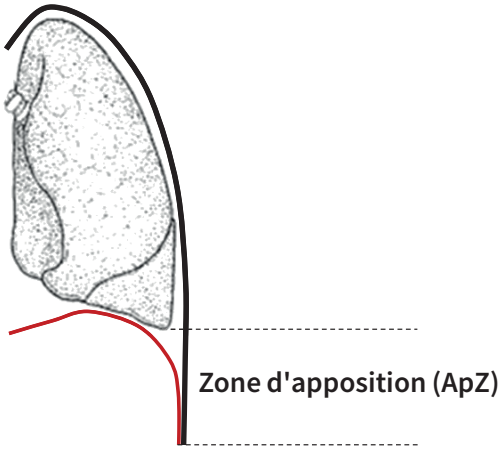


Fig. 1: Zone d'apposition

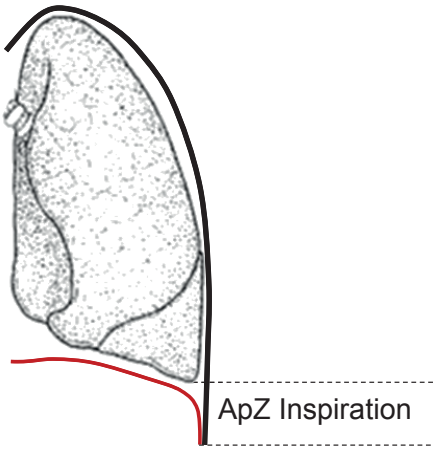


Fig.2: Zone d'apposition après l'inspiration

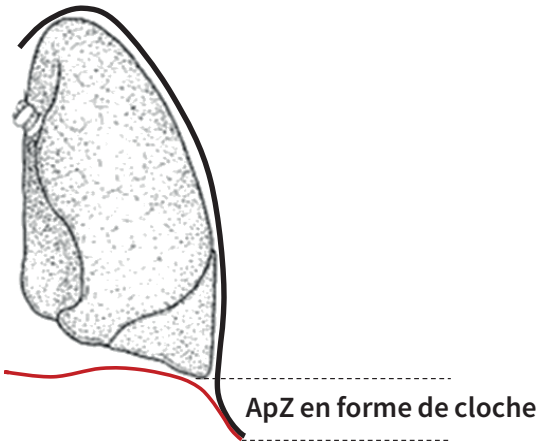


Fig.3: Zone d'apposition en forme de cloche

s'appelle la zone d'apposition. Après l'expiration, le tiers inférieur des deux films est collé. La zone d'apposition est grande. Lors de l'inspiration, le diaphragme s'aplatit et les feuilles se détachent. La zone d'apposition se réduit, la pression d'apposition diminue. Les côtes se déplacent vers l'extérieur». Chez les enfants PC, on peut souvent observer un thorax en forme de cloche. La zone d'apposition est plus petite, le diaphragme est aplati (fig. 3).

La différence entre le volume inspiratoire et expiratoire diminue, car le mouvement caudal du diaphragme est moins important. Les différentes zones pulmonaires sont moins ventilées. Le mécanisme de traction du diaphragme est moins important. Le système cardio-vasculaire est par conséquent moins soutenu.

L'œsophage et les deux principaux troncs du nerf vague passent par l'un des trois orifices du diaphragme, l'hiatus œsophagien. Si le diaphragme est fortement déplacé, l'œsophage et le nerf vague qui entoure l'œsophage sont également déplacés. La stimulation des deux troncs principaux du nerf vague a un effet hypotenseur et stimulant sur l'estomac et les intestins [6]. On peut supposer que cette stimulation est limitée chez les enfants atteints de PC. La constipation entraîne en outre une augmentation de la pression intra-abdominale, ce qui a en outre des effets défavorables sur le mouvement caudal du diaphragme, la ventilation des poumons et le système cardio-vasculaire.

5. mobilité réduite du thorax

Les enfants GPH bougent peu et ont tendance à avoir des contractures dans toutes les articulations. Cela vaut bien entendu aussi pour la respiration avec toutes les articulations impliquées. Une éventuelle scoliose peut en outre limiter les mouvements respiratoires. Il semble judicieux de mobiliser le diaphragme et la cage thoracique [7]. Les muscles respiratoires secondaires sont hypertoniques, raccourcis et présentent des contractures.

6. aspects psychologiques

La peur et les émotions influencent la respiration. Ceux qui ont l'impression d'être étouffés par leur mucus sont à peine capables de respirer calmement. La mobilisation des mucosités peut conduire les enfants GPH, s'ils ne peuvent pas les expectorer immédiatement, à paniquer. L'entourage direct doit être préparé à cette situation afin que toutes les personnes concernées puissent garder leur calme autant que possible. Les enfants GPH qui produisent beaucoup de mucosités luttent presque toute la journée contre les mucosités présentes. Cela s'accompagne inévitablement de beaucoup de souffrance.

J'ai fait l'expérience suivante. Avec mes enfants GPH, c'était comme pour la danse. Si je guidais bien, les enfants se laissaient très bien guider. Cela ne s'appliquait pas seulement à la mobilisation du tronc et de la cage thoracique – j'ai découvert que je pouvais aussi influencer le mouvement respiratoire. J'ai travaillé avec un enfant GPH de quatre ans. Il était assis sur mes genoux, le dos tourné vers moi. J'étais assise sur le tapis de thérapie de mon cabinet, assez penchée en arrière. Mes mains étaient croisées sur le sternum. Mes mains étaient souples et j'essayais de répartir la pression le plus uniformément possible. J'ai laissé le garçon inspirer et expirer calmement quatre fois pour qu'il puisse s'habituer à la pression de mes mains. Après ces quatre cycles respiratoires, mes mains suivaient l'expiration et à la fin de l'expiration, j'établissais une pression minimale. Quatre autres cycles respiratoires ont suivi. J'ai observé comment la respiration se réajustait. Après la cinquième expiration, j'ai pu à nouveau augmenter ma pression à la fin de l'expiration. Pas à pas, je me suis approché du VRE. J'avais l'impression d'avoir un ballon qui se comprimait de plus en plus. Il était passionnant de voir que cette technique n'avait pas d'influence négative sur la saturation en oxygène. Cela ne semblait pas non plus être désagréable pour mon petit patient. Je ne peux évidemment pas dire avec une certitude absolue si j'ai pu atteindre le VRE. Cependant, il n'a pas été possible de s'arrêter après l'expiration et de provoquer une pause respiratoire. Après cinq cycles de respiration dans le VRE, lorsque j'ai détendu mes mains à la fin de l'expiration, quelque chose d'étonnant s'est produit: une inspiration très profonde a suivi. Tous les poumons se sont remplis, comme un enfant qui a nagé un maximum de distance sous l'eau, remonte à la surface et reprend son souffle. L'inspiration était très profonde, reste à savoir si l'on a inspiré jusqu'à la VRI. J'ai immédiatement pris conscience de l'importance de ce moment (fig. 4).

J'ai essayé encore et encore. Je n'ai pas toujours réussi à trouver le bon moment. Mais avec le temps, c'est devenu plus facile. J'étais maintenant capable de respirer dans le VRE avec un enfant GPH, de déclencher une inspiration maximale et d'allonger en même temps les muscles respiratoires auxiliaires sternocléidomastoïdien et scalène.

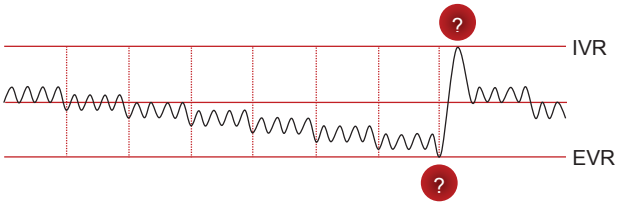


Fig. 4: Cycles respiratoires

Avec l'inspiration maximale, je stimulais les deux branches principales du nerf vague, ce qui entraînait le bien-être du patient. Plus tard, j'ai appris qu'en utilisant mes mains, je pouvais apprendre aux enfants GPH à «faire le petit train». Une sorte de huffling pouvait être effectué après l'inspiration maximale. J'ai découvert que le positionnement des mains à la hauteur du diaphragme permettait d'influencer la zone d'apposition. La position latérale de Postiaux se prête également à cette forme de thérapie respiratoire. J'ai constaté que les enfants dont je m'occupais allaient beaucoup mieux. La respiration s'est améliorée non seulement immédiatement après le traitement, mais aussi plusieurs jours après.

Mon approche thérapeutique n'a pas encore beaucoup de points communs avec la science moderne. Le niveau de recommandation est C et le niveau d'évidence 4, ce dont je suis parfaitement conscient. Mais je suis en bonne compagnie: Hippocrate (460-377 av. J.-C.) a observé l'effet positif des massages et a exigé que chaque médecin maîtrise le massage, sans pour autant pouvoir démontrer l'évidence par une revue systématique d'études randomisées et contrôlées. De telles études sur la thérapie respiratoire chez les enfants en situation grave de polyhandicap sont absolument nécessaires aujourd'hui.

Pour terminer, j'aimerais encore évoquer un champ de tension possible entre les proches, l'enfant GPH et moi-même en tant que thérapeute. La physiothérapie respiratoire me permet d'améliorer rapidement la qualité de vie d'un enfant GPH. La durée de l'effet de l'intervention est très individuelle. Je dois cependant toujours être consciente que je ne sais jamais vraiment si cela correspond à la volonté de l'enfant GPH. C'est pourquoi il est important, à mon avis, d'avoir des échanges étroits avec les proches, les médecins et les autres thérapeutes impliqués, afin de pouvoir juger à chaque fois si la thérapie respiratoire est une mesure judicieuse pour l'enfant concerné ou non.

Références

1 Agostini P, Knowles N
Autogenic drainage: the technique, physiological basis and evidence
June 2007 Physiotherapy – (Vol. 93, Pages 157-163)

2 Burnham P, Stanford G, Stewart R
Autogenic drainage for airway clearance in cystic fibrosis.
Dec 2021 Cochrane Database Syst Rev.

3 McIlwaine M
Chest physical therapy, breathing techniques and exercise in children with CF
Mar. 2007 Paediatr Respir Rev

4 Benfer K, Weir K, Bell K, Ware R, Davies P, Boyd R
Oropharyngeal dysphagia and gross motor skills in children with cerebral palsy
Mai 2013, Pediatrics

5 Ashley C O'Neill, Gresham T Richter
Pharyngeal dysphagia in children with Down syndrome
Mar. 2013 Otolaryngol. Head Neck Surg. (OTO-journal)

6 van Gestel A, Teschler H
Physiotherapie bei chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen, 2014, 2. Aufl.

7 Rutka M, Myśliwiec A, Wolny T, Gogola A, Linek P
Influence of Chest and Diaphragm Manual Therapy on the Spirometry Parameters in Patients with Cerebral Palsy: A Pilot Study
Feb. 2021 BioMed Research International

LA RESPIRATION D'UN POINT DE VUE HOLISTIQUE –

THÉRAPIE COMPLÉMENTAIRE (TC) MÉTHODE DE LA THÉRAPIE RESPIRATOIRE EN COMPLÉMENT DE LA PHYSIOTHÉRAPIE RESPIRATOIRE DE LA MÉDECINE CONVENTIONNELLE

DENISE GEIER, THÉRAPEUTE RESPIRATOIRE GLOBALE INTÉGRATIVE IKP, INFO@ATEMRAUMLEBEN.CH

Une partie des client-e-s qui viennent dans mon cabinet à Aarau ont reçu une ordonnance médicale pour une thérapie respiratoire. L'ordonnance ne précise pas de quelle forme de thérapie respiratoire il s'agit. Le fait qu'il existe une thérapie respiratoire en physiothérapie et une thérapie respiratoire en tant que méthode de TC ne semble pas encore être connu de tous. Il s'agit ici de montrer la différence aux clients et clientes. Cela commence déjà par le mode de remboursement différent des caisses maladie. De nombreux clients sont financièrement dépendants du remboursement, ce qui, selon les polices d'assurance souscrites (avec ou sans assurance complémentaire), détermine déjà le type de thérapie respiratoire. Pour tous ceux qui ont le privilège de choisir, il est important de déterminer quel type de thérapie respiratoire est le plus approprié ou si une combinaison peut être envisagée. Cette dernière est en effet tout à fait dans l'esprit de la TC (lat. compleare: compléter, remplir, rendre complet). Ainsi, la TC peut être choisie comme approche thérapeutique autonome ou comme complément à la médecine conventionnelle ou aux méthodes alternatives.

De plus en plus de professionnels différents partagent avec moi le besoin d'un accompagnement global et d'une collaboration interdisciplinaire et pluridisciplinaire. Avec ce rapport, je souhaite apporter ma contribution.

Afin de diffuser les connaissances et la compréhension de mon travail et de clarifier la différence entre la thérapie respiratoire orientée vers la médecine conventionnelle et celle orientée vers les thérapies complémentaires, je présente ci-après la méthode de la thérapie respiratoire globale intégrative (Ganzheitlich-Integrative Atemtherapie (GIA) IKP). Un exemple de cas permettra d'en illustrer la mise en œuvre pratique.

Thérapie respiratoire holistique et intégrative IKP

Le GIA IKP est l'une des nombreuses thérapies complémentaires par la respiration enseignée en Suisse et reconnues par l'Organisation du monde du travail des thérapies complémentaires (OrTra TC), thérapie respiratoire. Toutes les thérapies respiratoire TC sont réunies au sein de l'Association professionnelle suisse de la respiration (AFS). Les différentes orientations thérapeutiques travaillent avec différentes priorités et orientations et des ressources spécifiques à leur méthode, qui visent tous les objectifs communs de la TC.

Vous trouverez une description détaillée de la méthode TC de thérapie par la respiration sous *https://www.oda-kt.ch/fileadmin/user_upload/pdf/F/METID/METID_Atemtherapie_201221_fr.pdf*

Concept thérapeutique

Le GIA PCI est un travail thérapeutique centré sur les processus et les ressources, qui tient compte de l'être humain dans ses expériences respiratoires individuels et ses dimensions de vie.

Le principe de globalité est illustré par le modèle anthropologique du cube IKP (fig. 1) selon le Dr Yvonne Maurer: toutes les dimensions de la vie sont liées entre elles (fig. 2). Dès que nous agissons dans une dimension, cela se répercute également sur toutes les autres. Selon les situations de vie, différentes dimensions peuvent être plus ou moins marquées. Des déséquilibres prolongés dans les dimensions de la vie entraînent un malaise, peuvent provoquer des blocages, des symptômes et des maladies. L'objectif est, pour notre bien-être global et notre santé, d'y trouver un équilibre dynamique.

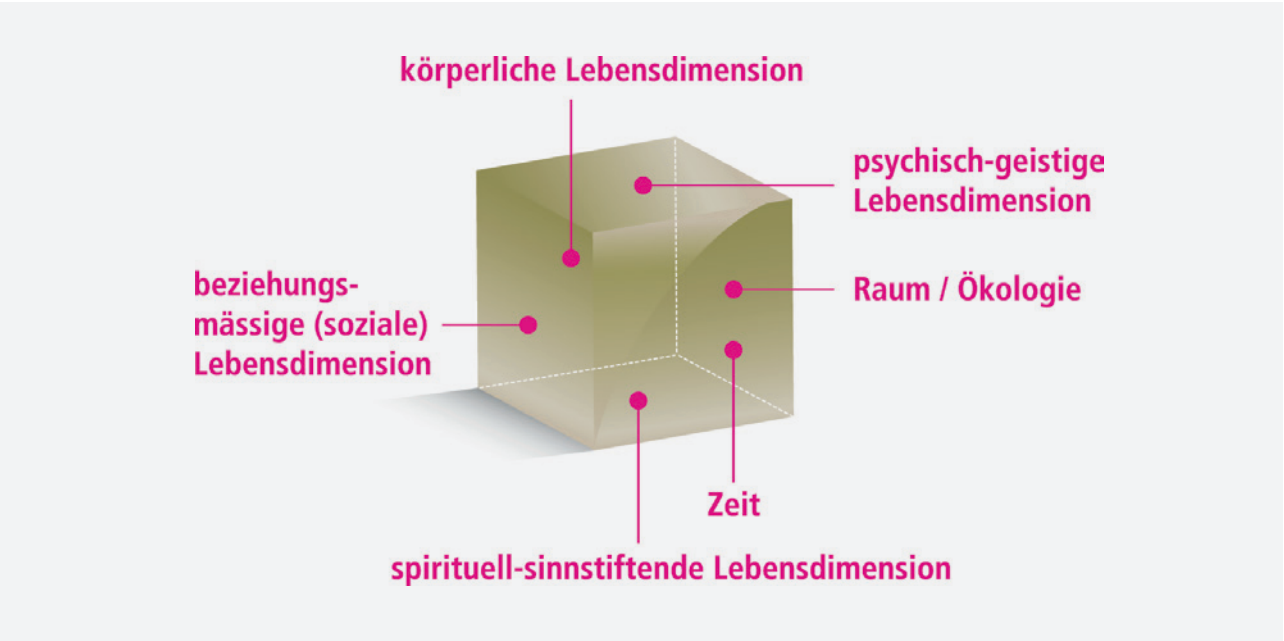


Fig. 1: Modèle de cube

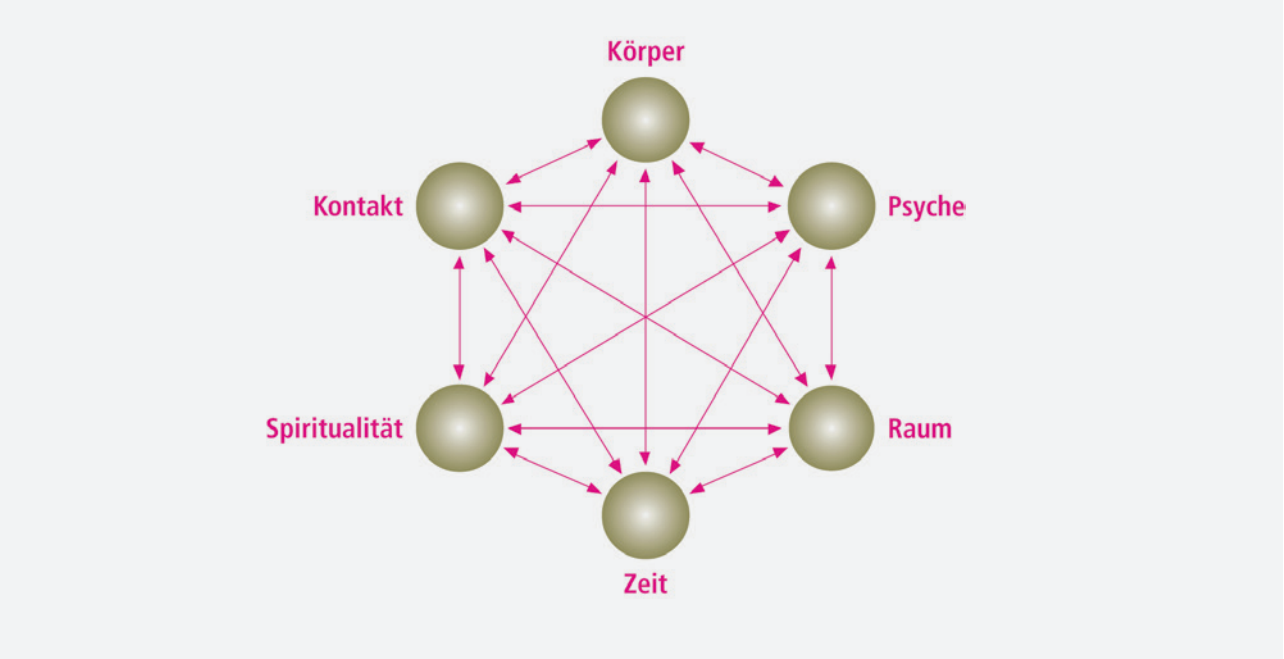


Fig. 2: Le modèle de cercle hexagonal montre que les six dimensions de la vie sont reliées entre elles et qu'elles sont interdépendantes.

La respiration est l'une de nos ressources les plus précieuses pour notre bien-être global. Elle est notre lien entre le corps, l'esprit et l'âme, ainsi qu'avec notre environnement. La respiration est donc présente dans les six dimensions de notre vie et agit comme un lien. Le travail avec la respiration sert à la connaissance de soi, au maintien de la santé et peut soutenir des processus de guérison en cas de maladies et de crises existentielles.

Il s'agit de découvrir tous les phénomènes de l'être humain à travers le souffle perceptible, les associations de sensations corporelles et d'émotions. Ce qui se manifeste pendant la thérapie par la respiration est repris dans la discussion, fait l'objet d'une réflexion et contribue au développement global.

La thérapie par la respiration peut être expérimentée en séances individuelles ou en groupe.

Possibilités d'intervention et outils du GIA IKP

- Exercices centrés sur la respiration et le corps en position assise, debout, couchée ou en mouvement, en silence ou avec des sons, avec ou sans utilisation de différents médias / objets
- Exercices d'expérience centrés sur le corps, entre autres issus de la Gestalt-thérapie
- Imaginations et méditations sensorielles
- Traitements respiratoires sur le corps habillé et massages respiratoires directement sur la peau
- Conduite d'entretiens

Objectifs

- Retrouver l'accès à tous les espaces respiratoires
- Retrouver son rythme respiratoire naturel
- disposer d'une respiration naturelle et adaptée à la situation disposer au quotidien

Comme pour toutes les méthodes TC, les objectifs généraux des séances de respiration sont de promouvoir la perception de soi et la capacité d'autorégulation ainsi que de renforcer la compétence de rétablissement.

Le travail sur et avec la respiration dans le GIA IKP

Nous travaillons principalement avec la respiration expérientielle, c'est-à-dire en laissant la respiration autonome s'exprimer et en la percevant consciemment. Notre respiration nous montre comment nous nous sentons en ce moment: **nous respirons comme nous nous sentons, et nous nous sentons comme nous respirons.**

Contrairement à la médecine traditionnelle qui divise en deux espaces respiratoires (la respiration thoracique et la respiration abdominale), nous divisons en cinq espaces respiratoires: l'espace inférieur, moyen et supérieur du corps, qui forment ensemble notre espace intérieur, ainsi que l'espace extérieur (espace frontalier perceptible autour de nous). Ces espaces de respiration présentent des qualités différentes qui s'adressent au corps, à l'esprit et à l'âme et qui peuvent être expérimentées et utilisées grâce à l'accès et à la conscience de ces espaces.

Notre respiration nous montre d'une part où se trouvent nos ressources, c'est-à-dire les espaces respiratoires et les qualités auxquels nous avons actuellement accès. D'autre part, où se trouve notre potentiel, c'est-à-dire la possibilité de nous épanouir. Nos expériences de vie individuelles modifient la forme et la configuration de la respiration. Il peut en résulter des blocages et des schémas physiques et psychiques qui nous servaient autrefois de protection, mais qui nous contrarient aujourd'hui. La perception attentive de la respiration permet de prendre conscience des handicaps et des blocages physiques et psychiques, d'y réfléchir et de les réduire ou de les dissoudre au moyen de différentes interventions sur la respiration.

J'aime comparer le fait d'affronter consciemment de tels blocages et schémas à un «cadeau mal emballé» de la vie. L'ouvrir demande de l'effort et du courage. La plupart du temps, nous le percevons sous forme de résistance, de peur ou d'insécurité. Mais celui qui développe le courage et la curiosité d'ouvrir ce cadeau sera richement récompensé, car c'est dans ce cadeau que se cache le véritable trésor. Chaque fois que j'ai l'occasion d'en faire l'expérience en accompagnant mes clientes et clients ou en moi-même, je suis profondément touchée, reconnaissante, humble et émerveillée par la vie. Dans ces moments-là, une transformation se produit et les forces d'autoguérison circulent librement. La perception de soi nous permet de puiser dans notre sagesse innée, qui nous fait prendre conscience de la voie de solution individuelle.

Une fois les blocages levés, la respiration peut de plus en plus se répandre d'elle-même dans tous les espaces. De nouvelles ressources et de nouveaux facteurs de résilience sont développés, intégrés et transférés dans la vie quotidienne. La compétence de rétablissement et l'autonomisation de la personne sont renforcées.

Étude de cas

Un homme d'une soixantaine d'années s'est présenté à mon cabinet avec un diagnostic de paralysie diaphragmatique unilatérale. L'infection de Corona qu'il avait subie auparavant a été suspectée comme cause, mais n'a pas été confirmée. Depuis, il souffrait de difficultés respiratoires, surtout dans les moments de stress de la vie quotidienne, lorsqu'il s'allongeait ou se penchait en avant, lorsque le diaphragme exerçait une pression sur les poumons et le cœur. Dans les moments de détresse respiratoire, il souffrait d'angoisses qui pouvaient se transformer en attaques de panique avec peur de mourir. Il devait encore se soumettre à une évaluation en vue d'une éventuelle opération visant à corriger l'hypertrophie du diaphragme. Au début de notre collaboration, il avait l'intention de se faire opérer pour guérir le plus rapidement possible. Son premier objectif pour la thérapie respiratoire était de faire des exercices d'urgence pour la situation aiguë de la dyspnée et de retrouver plus de calme et de sérénité pour passer le temps jusqu'à l'opération.

J'ai clarifié avec lui que nous ne travaillerions pas en fonction des symptômes, mais que nous prendrions en compte toutes les dimensions de sa vie, que nous utiliserions ses ressources existantes et que nous en développerions de nouvelles afin de pouvoir relever ce défi de manière efficace et autodéterminée. J'étais heureuse qu'il soit prêt à le faire, ce qui n'allait pas de soi avec son attitude «vouloir faire disparaître le symptôme». Après cette clarification et une anamnèse globale dans les six dimensions de la vie (détermination des ressources et du potentiel), il était prêt à s'engager dans la thérapie par la respiration.

Pour poursuivre l'analyse, je l'ai guidé verbalement dans la perception de sa respiration autonome. Il est apparu clairement qu'il sentait bien son mouvement respiratoire dans le dos, moins dans la partie avant et seulement très superficiellement dans la poitrine. C'est là que s'est révélée sa ressource dans l'espace arrière, qui représente entre autres le soutien et la force du dos. Il l'a confirmé et a dit qu'il se sentait bien maintenu et redressé dans le dos. Lorsque j'ai abordé la zone avant, il a immédiatement réagi en l'activant, sa fréquence respiratoire a augmenté. Il a été surpris de constater qu'il n'osait pas aller vers l'avant, de peur que l'essoufflement ne réapparaisse. Il a ainsi pris conscience de son schéma de protection par le biais de la perception de soi et nous a montré son potentiel. Je lui ai proposé un exercice de respiration pour stimuler son autorégulation et continuer à explorer ensemble.

Exercice de respiration pendule pelvien (monts et vallées)

Nous sommes assis dans le tiers avant sur un tabouret, redressés sur nos ischions. Jambes à largeur de hanches, pieds en contact avec le sol. Bras détendus et mains posées au repos sur les cuisses. Nous prenons conscience de notre respiration naturelle, sans vouloir la modifier. Lorsque nous prenons progressivement conscience de notre rythme respiratoire actuel, nous déplaçons notre poids sur un de nos ischions (montagne) en même temps que notre première impulsion d'inspiration, nous laissons venir l'inspiration et nous nous balançons avec l'expiration pour revenir au centre (vallée), en relâchant toute tension, en nous reposant et en attendant que l'inspiration suivante revienne d'elle-même. Avec cet inspiration, nous déplaçons notre poids sur l'autre ischion (montagne). Ainsi, l'exécution répétée crée un mouvement de balancier à notre propre rythme respiratoire. Pendant l'exercice, nous sommes présents, conscients de la respiration et des autres sensations (sensations, sentiments, émotions, images intérieures, pensées, impulsions) qui peuvent éventuellement se manifester. C'est dans cette attitude de présence que nous suivons chaque exercice. Le suivi est aussi important que l'exercice lui-même. L'expérience est alors intégrée dans le corps et sert de base à la réflexion qui suit (intégration mentale). Ce n'est que lorsqu'une expérience est intégrée qu'elle peut avoir un effet durable.

Après cet exercice, le client a signalé que la respiration était maintenant nettement plus profonde et perceptible jusque dans son bas-ventre, le rythme était lent et régulier. Il a remarqué qu'une pause respiratoire s'installait, pendant laquelle il percevait un calme profond. Il se sentait ancré, calme et serein, ce qu'il appréciait visiblement. Sa pression sur la poitrine avait quelque peu diminué, bien que la respiration dans la partie avant de la poitrine se montrait encore hésitante et prenait peu de place (potentiel). La peur pouvait déjà se réguler, la perception de l'espace thoracique ne l'activait plus comme auparavant. Une nouvelle ressource s'est ajoutée à sa force dorsale avec l'accès à son espace inférieur (qui représente entre autres la sécurité, la stabilité, l'enracinement et la confiance primaire). Cela lui a permis de passer de l'implication de la peur à une position d'observateur plus distante, ce qui a entraîné une désactivation du système nerveux végétatif (homéostasie). Sur cette base, je l'ai guidé vers l'exercice de l'entonnoir, afin de dynamiser encore plus l'espace avant et supérieur (potentiel), en plus des ressources de la force dorsale et de l'espace inférieur.

Pour des raisons de place, je ne décrirai pas davantage cet exercice, mais je rapporterai volontiers comment le client s'est senti après. L'effet a été très impressionnant pour nous deux et a posé les bases de la suite de la thérapie et de ses compétences en matière de rétablissement. Lorsque nous avons ressenti et réfléchi ensemble à l'effet de l'exercice, le client était visiblement touché. Les larmes aux yeux, il m'a dit qu'il respirait à nouveau comme avant et qu'il ne se sentait plus oppressé. Tout naturellement, sa respiration habitait désormais aussi son espace avant et supérieur, qu'il avait évité auparavant par peur d'une nouvelle détresse respiratoire. Cette expérience a éveillé en lui une grande confiance et une grande motivation pour participer à son rétablissement. Au cours de cette séance, nous avons adapté son objectif thérapeutique: Retrouver confiance en sa respiration et en son corps.

Au cours des séances suivantes, nous avons travaillé sur les défis quotidiens posés par la maladie, sur l'acceptation et la prise en compte de sa situation et de son vieillissement. En effet, la peur de mourir (la peur de mourir ainsi que la peur d'avoir besoin de soins), qu'il vivait depuis sa paralysie du diaphragme, l'accompagnait inconsciemment depuis bien plus longtemps. Au lieu de fonctionner selon le système d'évaluation social et le système d'évaluation personnel qui en découle, il a appris – en lien avec son corps – à vivre davantage selon son rythme (de respiration). Il s'est

rendu compte qu'en s'écoutant lui-même et en écoutant son corps, il avait le plus de chances d'atteindre son objectif de vieillir en bonne santé et de rester souple. Il a décidé de renoncer provisoirement à l'opération prévue.

Différence et délimitation entre la thérapie par la respiration orientée vers la médecine conventionnelle et la thérapie par la respiration complémentaire

Les approches à orientation clinique sont axées sur les troubles fonctionnels des poumons, les symptômes restrictifs des organes respiratoires ou sont proposées sous forme d'entraînement respiratoire, qui servent à stabiliser les fonctions respiratoires ou à la prophylaxie. Pour ce faire, on utilise souvent des techniques de respiration qui font appel à la respiration contrôlée volontairement.

La thérapie respiratoire TC n'utilise pas de remèdes, d'appareils techniques ni de mesures blessant la peau, elle n'applique en principe aucune technique, elle est centrée sur le processus et tient compte de la respiration inconsciente ainsi que des expériences respiratoires consciemment perçues.

Agir ensemble et de manière complémentaire pour la santé de notre société

L'utilisation complémentaire de différentes disciplines est une voie que de plus en plus de patients souhaitent, reconnaissent et expérimentent comme judicieuse et efficace. Toutefois, il existe encore un grand potentiel à plusieurs niveaux: au niveau professionnel, dans l'échange et la mise en réseau de spécialistes de différentes disciplines, ce qui vise d'une part la compréhension et la connaissance mutuelles du champ d'intervention et d'action respectif, et d'autre part l'échange individuel de cas. Avec l'accord des client(e)s, qui lève le secret professionnel entre les spécialistes concernés, les différents types de thérapie et de traitement peuvent être harmonisés et complétés avec les ressources respectives orientées vers la méthode et le client.

Au niveau des clients et des patients, l'information sur ces possibilités et le soutien pour trouver les méthodes qui leur conviennent personnellement présentent encore un grand potentiel. Nous, les professionnels de la santé, pouvons apporter une contribution importante grâce à notre connaissance des différentes disciplines. Nous sommes déjà liés par notre objectif général et commun, qui est d'œuvrer pour la santé des personnes et de la société. Sur cette base, nous pouvons continuer à développer ce potentiel ensemble. C'est pour moi une préoccupation majeure, porteuse de sens. Un symptôme, une maladie, des défis psychiques, des blocages physiques et psychiques, etc. influencent toujours l'ensemble de la personne et se répercutent sur son environnement. Il s'ensuit que différentes disciplines spécialisées peuvent être indiquées pour obtenir des progrès durables et bénéfiques. Pour nous aussi, professionnels, il est finalement soulageant et enrichissant de savoir que nos clients sont bien accompagnés au-delà de notre domaine de compétence personnel, voire même au-delà des limites de nos capacités.

LA RESPIRATION, CLÉ DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

ROLF DUDA, ENTREPRENEUR, EXPERT EN NUMÉRISATION, INSTRUCTEUR WIM HOF ET BIOHACKER,
WWW.PEAKWOLF.CH, INFO@PEAKWOLF.CH

Les enfants et les adolescents sont en pleine phase de croissance, tant sur le plan physique que mental. Dans nos jeunes années, nous posons les bases physiques et psychiques et établissons ainsi un fondement. Pour le reste de notre vie, nous pouvons toujours regarder en arrière et nous en souvenir. Dans le meilleur des cas, nous soutenons ce processus de croissance de notre mieux en tant que parents, thérapeutes ou autres personnes de confiance. Nous veillons entre autres à une alimentation saine, à une activité physique suffisante, à un ton de voix correct et aidons les enfants à trouver leur place dans la société.

MAIS QUELLE IMPORTANCE ACCORDONS-NOUS À UN SCHÉMA RESPIRATOIRE CORRECT OU DU MOINS UTILE POUR LA VIE FUTURE DES ENFANTS?

J'affirme que l'on accorde encore trop peu d'attention au thème de la respiration, même dans les cabinets thérapeutiques, et j'aimerais partager quelques réflexions à ce sujet. Grâce à la respiration, un œil averti peut se faire une idée de l'état général d'une personne en quelques secondes. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le schéma respiratoire pour savoir dans quel état se trouve le système nerveux d'une personne.

Le modèle respiratoire comme mesure du bien-être psychique et physique

La manière dont nous respirons, comme toutes les fonctions vitales de base, est contrôlée par le système nerveux autonome (SNA), qui se trouve dans le centre respiratoire du tronc cérébral. Autonome signifie dans ce contexte que nous n'avons pas besoin de prendre conscience de ces processus, mais que nous pouvons utiliser une sorte de pilote automatique. Selon la situation, le SNA commande la sécrétion d'hormones, régule le rythme cardiaque et la digestion ou modifie notre respiration. Comme ces processus échappent à notre perception consciente, ils reflètent avec la plus grande précision l'état constitutionnel momentané de notre système nerveux ou subconscient.

Pour simplifier, nous pouvons retenir ici que notre système nerveux autonome connaît trois états.

1. Rest and Digest (socialisation)
2. Fight or Flight (mobilisation)
3. Freeze (immobilisation)

Tant que nous sommes en mode «repos et digestion», tout notre organisme se sentira détendu. Dans cet état, nous disposons de ressources mentales abondantes, nous pouvons nous consacrer à l'alimentation et à la digestion et nous lançons des travaux de réparation et de nettoyage. Tout cela est confirmé par notre respiration calme et profonde et renvoyé au SNA dans une sorte de boucle de rétroaction.

Si l'excitation ou le stress ressenti augmente, le corps soutient cet état appelé «Fight or Flight» (lutte ou fuite) au niveau physiologique. La digestion et les travaux de réparation sont réduits ou complètement arrêtés, notre rythme cardiaque s'accélère et nous recevons un peu d'adrénaline pour nous préparer à une activité. Notre respiration va également participer à ce processus et devenir un peu plus rapide et tendanciellement un peu moins profonde.

Tous ces effets se renforcent au fur et à mesure que le filtre individuel perçoit l'excitation et le stress. Cela se produit jusqu'à ce que le seuil dit de résilience soit atteint. C'est le point le plus élevé où notre cerveau peut encore gérer le niveau d'excitation perçu individuellement. Tout ce qui dépasse ce seuil entraîne un engourdissement immédiat et nous atteignons un état d'immobilisation que nous appelons «freeze». À ce stade, notre cerveau et notre subconscient trouvent la situation actuelle tellement stressante qu'aucune stratégie ou ressource ne semble appropriée pour y faire face. L'ensemble du corps est alors ralenti et les battements du cœur et la respiration sont réduits au minimum.

Nous supposons ici que notre cerveau a toujours le meilleur intérêt pour nous. La tâche la plus importante de notre cerveau est sans doute d'éviter les dangers et de

Fig.1: Apprentissage par l'expérience

nous maintenir en vie. En tant que centre de contrôle de l'ensemble de notre corps, il veut donc nous aider le mieux possible dans chaque situation. Pour accomplir cette tâche, il a besoin d'un cadre et de certaines règles du jeu. Des règles du jeu qui ne sont pas universelles, mais individuelles, et que nous devons établir dès notre plus jeune âge. Avant de nous pencher sur le «schéma respiratoire», il est donc pertinent de comprendre les mécanismes sous-jacents.

Le système nerveux autonome fonctionne sans notre intervention, mais son activité est soumise à des mécanismes de filtrage individuels.

Comment les expériences sont intégrées et modifient notre respiration

Chaque expérience vécue dans la vie d'une personne favorise la neuroplasticité et est enregistrée dans le cerveau. Ce processus fonctionne particulièrement bien lorsque l'expérience vécue peut être associée à une émotion forte. Toutefois, le choix d'une émotion appropriée doit d'abord faire l'objet d'un apprentissage. Comme chaque expérience est neutre en soi, elle doit toujours être mise en relation avec quelque chose. Par exemple, selon l'expérience vécue, un chien peut être perçu comme quelque chose de très agréable et de rassurant, ou au contraire comme une menace imminente.

Les règles du jeu, ou plutôt les critères de filtrage et les croyances, que nous ancrons dans notre subconscient, surtout lorsque nous sommes jeunes, remplissent cette fonction. Au cours de notre vie, nous y faisons ensuite régulièrement appel et essayons de confirmer ou de falsifier une nouvelle expérience à l'aide de ces règles. La profondeur de ce mécanisme devient évidente lorsque nous prenons en compte la respiration.

Imaginons, à l'aide de l'exemple ci-dessus, comment les émotions influencent nos fonctions corporelles. Que nous soyons calmes et détendus ou tendus et anxieux à la vue du chien, cela a une influence profonde sur nos fonctions internes. En fonction de notre perception, nous produirons soit des hormones de bonheur, soit des hormones de stress. De même, nous aurons un rythme cardiaque un peu plus lent ou un peu plus rapide. Mais surtout, nous observerons une modification de notre respiration.

La vie est faite d'une multitude d'expériences et de situations. Chacune d'entre elles est évaluée individuellement, accompagnée d'une émotion appropriée, puis stockée dans les couches les plus intimes de notre cerveau. Parallèlement, notre physiologie s'adapte à chaque situation individuelle et forme en fin de compte une sorte de «somme d'émotions» qui, à son tour, devient une partie de nous-mêmes.

La question passionnante dans ce processus est donc la suivante: ai-je vécu, en tant qu'être humain, davantage de situations apaisantes au cours desquelles l'ensemble de mon système a appris à se détendre, à se réparer ou à se purifier, ou ai-je acquis, grâce à mes expériences passées, un modèle de base d'excitation, d'hormones de stress et d'activation?

Chez les enfants et les adolescents en particulier, ces mécanismes sont encore en cours de construction et déterminent de manière décisive la manière dont le schéma respiratoire général et même la résilience de ces personnes vont s'établir.

Aide à l'intégration des émotions

Demandons-nous combien d'efforts nous consacrons à l'intégration et à l'interprétation des expériences vécues, d'abord chez nous-mêmes? Dans de nombreux cas, nous n'acceptons pas cet effort. Car cela implique de réfléchir sur soi-même et d'être attentif à soi-même. C'est un luxe que nous ne nous accordons malheureusement plus ou que nous ne nous permettons plus guère avec des agendas bien remplis.

En fin de compte, seule l'interprétation d'une situation permet de lui attribuer une signification. Il est donc très important, surtout chez les jeunes, d'apporter une sorte d'«aide à l'intégration» pour la mise en place de mécanismes de filtrage utiles. Plus une personne est jeune, moins il y a de filtres et de croyances déjà programmés dans son cerveau. C'est aussi la raison pour laquelle les enfants peuvent agir et faire des expériences de manière si insouciante. En fonction des expériences faites, les «filtres» se forment ensuite et favorisent ainsi l'émergence d'une personnalité propre.

Si nous intégrons ces pensées dans les entretiens avec les enfants et les adolescents, les modèles respiratoires à reconnaître permettent une première estimation de l'état d'excitation du système nerveux autonome. En outre, les thérapeutes, les parents ou les enseignants peuvent ainsi exercer une influence directe sur le développement de la personnalité de ces personnes en leur proposant des «alternatives d'interprétation».

La respiration buccale superficielle comme indication pour les enfants stressés

C'est avec cette idée en tête que j'observe, dans mon travail de thérapeute par la respiration, le schéma respiratoire général de mes clients. Entre le moment de la première rencontre et l'anamnèse, j'ai déjà une assez bonne estimation et je peux la vérifier en posant des questions ciblées. Il n'est pas surprenant que j'observe presque toujours une suractivation du système nerveux sympathique, c'est-à-dire un mode de lutte ou de fuite. La multitude de facteurs de stress dans notre société moderne a certes un effet légèrement différent sur chaque personne, mais le résultat de la suractivation est en fin de compte toujours le même. Notre SNA ne se soucie pas de savoir si le stress ressenti est provoqué par notre activité professionnelle, notre relation, la situation politique générale ou par la recherche d'une performance toujours plus grande. Le stress est synonyme d'excitation du SNA et cette excitation entraîne à son tour toute une cascade de processus physiologiques, entre autres un schéma respiratoire frappant, focalisé sur l'inspiration superficielle.

Ce qui est encore bien compréhensible chez les adultes, je l'observe cependant aussi de plus en plus chez des clients assez jeunes. Une respiration rapide et superficielle, surtout par la bouche. Cela indique une suractivation chronique du SNA de ces clients et m'amène à la conclusion que ces enfants développent déjà leur schéma respiratoire de base dans le stress. Je laisse délibérément à d'autres experts le soin de déduire la cause de cette sensation de stress. Ce qui est à la fois pertinent et effrayant pour moi, c'est le fait que de très jeunes personnes considèrent déjà comme «normal» un schéma respiratoire plat causé par le stress.

Guider un esprit stressé vers la détente

Dans ma pratique, j'essaie de faire comprendre aux personnes âgées comme aux plus jeunes ce que je considère comme un lien élémentaire entre l'état d'excitation et le schéma respiratoire. En effet, seule la compréhension de ce mécanisme permet, à mon avis, d'influencer ou de reprogrammer ultérieurement notre schéma respiratoire. Une fois le mode de fonctionnement compris, les techniques de respiration que je transmets ensuite ne sont pas seulement appliquées de manière abstraite, mais peuvent être décomposées et attribuées aux différents mécanismes d'action par le ou la client(e) lui-même(e). Cela augmente à son tour la motivation à effectuer les séances d'entraînement et donc le taux de réussite.

Une fois que j'ai compris les bases, j'utilise diverses techniques de pleine conscience. Ce n'est qu'après une réflexion sur moi-même que je peux constater où je me trouve inconsciemment et mettre cette perception en relation avec l'état d'esprit que je souhaite. Si je constate une différence, c'est précisément cet «acte de connaissance» qui me permet de passer volontairement à un autre état émotionnel.

Pour illustrer cette thèse, j'aimerais donner un bref exemple tiré de mes bains glacés. Chaque fois que j'entre dans une eau dont la température est d'environ trois degrés Celsius, mon SNA me met dans un état d'excitation élevé en raison du danger de mort imminent que j'ai identifié.

Mon système nerveux n'acceptera pas de me dire que l'eau n'est pas froide et que le danger n'est donc pas réel, car il reçoit en permanence d'autres signaux via mes perceptions sensorielles. Au lieu de cela, je peux consciemment provoquer un moment de vigilance. Dans l'eau glacée, je me sens brièvement à l'intérieur de mon corps, puis je tiens un dialogue intérieur comme celui-ci: «L'eau est glacée et potentiellement dangereuse pour la vie. Merci au corps et à l'esprit de le percevoir ainsi pour moi et de me préparer en conséquence à cette situation extrême. Je suis conscient de cette situation, mais je veux réagir différemment et je te le communique par ma respiration calme et contrôlée!» Ensuite, j'utilise une technique de respiration très calme et détendue et je m'autorise un moment de relaxation dans l'eau glacée.

Ce dialogue de pleine conscience signale à mon SNA l'acceptation et indique à mon cerveau que je suis en accord avec ses perceptions. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'un changement peut être provoqué par la respiration utilisée consciemment.

La physiothérapie comme opportunité

Chaque action consciente ou subconsciente est ensuite évaluée par notre cerveau en fonction de son succès. Pour ce faire, le cerveau dépend du feedback de nos sens et l'interprète afin de pouvoir évaluer l'action en termes de succès.

Les effets de notre respiration ne font pas exception et sont également contrôlés dans le cadre de différentes boucles de rétroaction. L'ensemble de la musculature intercostale revêt une importance particulière dans ce contexte. Si le système se trouve dans un état d'excitation élevé, notre schéma respiratoire se modifie et se déplace vers le haut de la cage thoracique. Cela signifie à son tour moins d'activité dans notre diaphragme et en même temps moins de feedback de la partie inférieure de notre cage thoracique. La partie inférieure de la musculature intercostale est moins utilisée et le cerveau reçoit davantage de signaux de la partie supérieure. Dans une sorte de cercle vicieux, la situation s'auto-alimente dès lors. La respiration superficielle entraîne un feed-back de la partie supérieure de la poitrine, ce qui confirme à son tour le cerveau dans sa perception du «danger» et déclenche en outre une nouvelle activation du cordon sympathique de notre SNA. Plus le niveau d'excitation perçu augmente, plus nous pouvons également suivre notre respiration. Dans le pire des cas, ce sont même les zones des muscles de la nuque et des épaules qui sont activées.

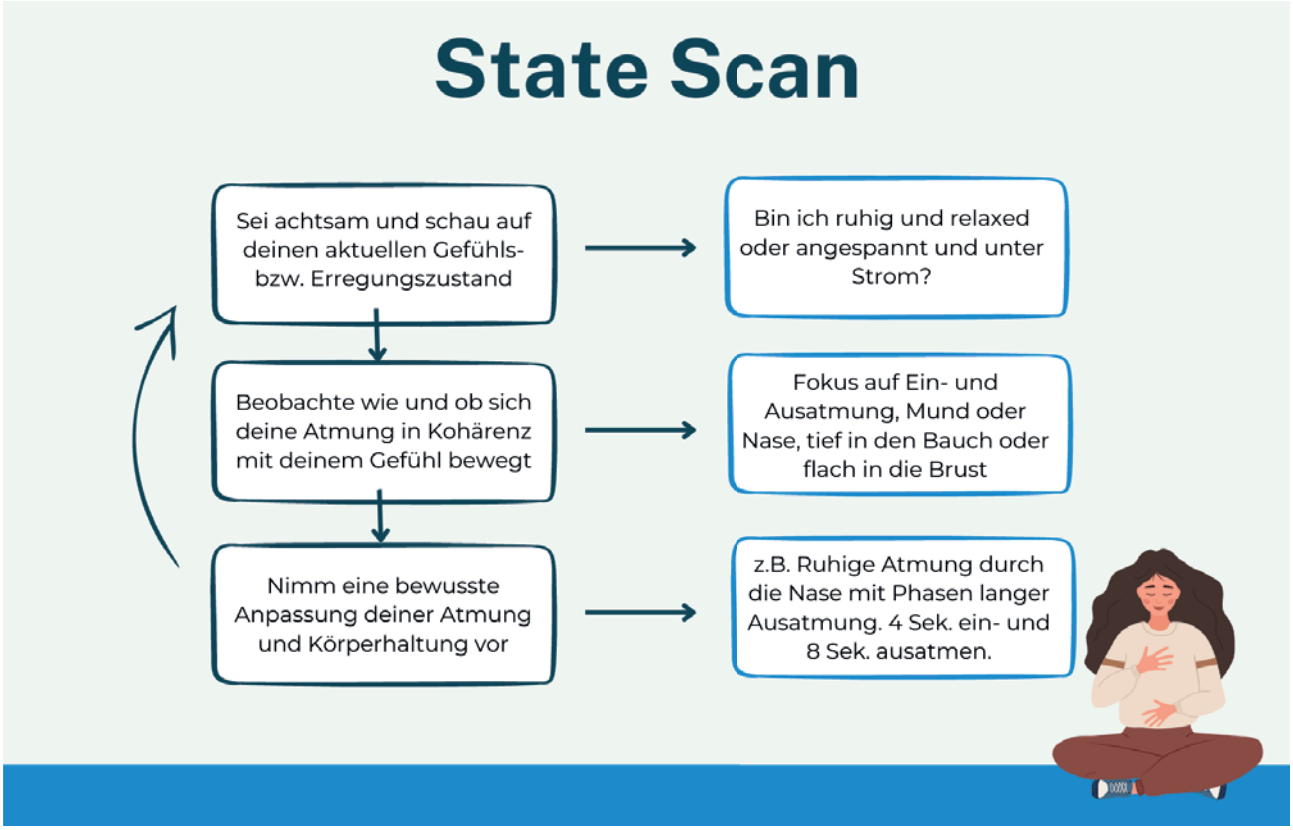


Fig. 2: State Scan

Dans le cadre de la thérapie, il est donc particulièrement important, outre les exercices de respiration actifs et surtout effectués avec attention, de s'occuper également de la boucle de rétroaction musculaire de notre corps. Dans ma pratique, les exercices qui permettent une plus grande mobilité du torse ont fait leurs preuves. Les exercices d'activation du diaphragme et des muscles intercostaux inférieurs peuvent aider à briser le cercle vicieux et à amener l'ensemble du système à un état de détente.

Un exemple

Dès l'entrée dans ma salle de traitement, je fais attention à la respiration de l'enfant et j'essaie de percevoir jusqu'à quel point il y a du mouvement dans la partie supérieure de la cage thoracique. Souvent, un système nerveux suractivé se manifeste déjà par un mouvement induit par la respiration, jusqu'en haut des épaules. A cette occasion, j'utilise des exercices simples et je laisse l'enfant faire une première constatation. Si l'enfant est par exemple couché sur le dos et qu'il tend les deux bras au-dessus de la tête, il est possible de «mesurer» la mobilité de la cage thoracique, diaphragme compris. Je documente cette «valeur de départ» de mobilité par une photo. Ensuite, j'effectue des exercices de mobilisation tels que des exercices de la langue, des massages du diaphragme ou encore ce que l'on appelle la «respiration sous pression» et je demande toujours à l'enfant de me donner un feedback. Dans la plupart des cas, je parviens à produire une amélioration visible (preuve photographique) de la mobilité de la cage thoracique de mon client ou de ma cliente après quelques exercices. De cette manière, j'ai en outre établi chez le client une première ancre positive sur les possibilités de ma thérapie. Ensuite, divers exercices de respiration et des boucles de feedback sont effectués.

D'après mon expérience, les exercices pratiques de mobilité (avec comparaison avant/après) apportent une grande valeur ajoutée en termes de motivation. Si quelqu'un a fait une expérience positive dès les premières minutes de l'entraînement ou de la thérapie à venir, cela facilitera très probablement la réalisation des devoirs.

Comme il est plus facile de parler aux gens dans une situation en mouvement, la cause réelle de l'hyperactivité du système nerveux apparaît rapidement au cours de ces quelques minutes.

Conclusion

Grâce au fonctionnement de notre SNA, nous disposons de différentes possibilités pour traiter les enfants et les adolescents. En plus de la thérapie manuelle, les exercices de pleine conscience et de respiration peuvent aider à proposer un traitement global. Si nous prenons également en compte l'état actuel du système nerveux, cela nous permet finalement de disposer d'une sorte de levier dans la thérapie des personnes de tous âges.

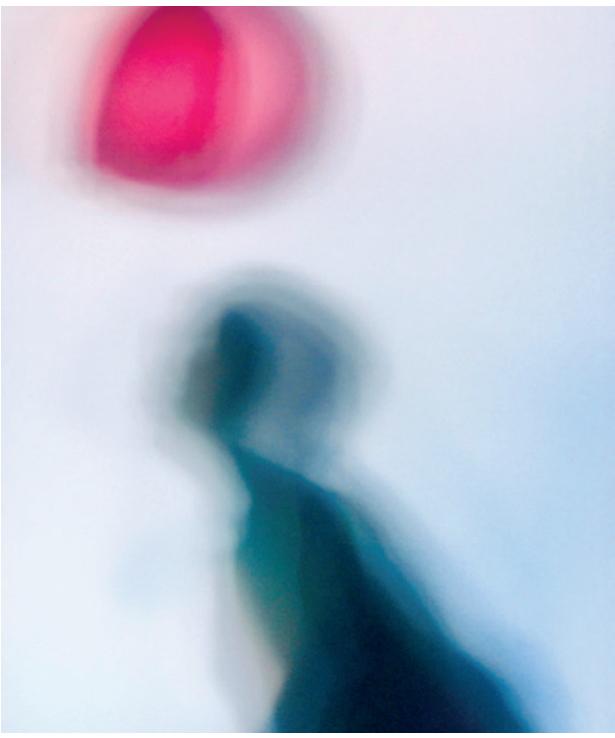
RESPIRER COMME LES YOGIS

FRANZISKA STERCHI, PROFESSEURE DE YOGA DIPLÔMÉE (YCH/EYU), PROFESSEURE DE YOGA POUR ENFANTS, ENSEIGNANTE POUR LES FORMATIONS DE YOGA POUR ENFANTS, YOGATHÉRAPEUTE SELON SVASTHA, DR G. NIESSEN, ENSEIGNANTE À L'ÉCOLE PRIMAIRE, F.STERCHI@GMX.CH, BALA-YOGA@GMX.CH, WWW.BALA-YOGA.CH

«La première chose que l'être humain doit apprendre, c'est à respirer. La respiration se situe au début et à la fin de la vie. Avec le premier souffle, nous voyons la lumière du monde, avec le dernier, nous expirons la vie».

Le Bouddha Siddhartha Gautama

Comme la citation du Bouddha nous l'indique, le souffle est notre compagnon constant et fidèle depuis le moment de notre naissance. Sans respiration, pas de vie. L'être humain peut survivre plusieurs semaines sans nourriture, quelques jours sans liquide, mais seulement quelques minutes sans oxygène. La respiration n'est pas seulement essentielle à notre survie, elle est aussi un baromètre de notre état physique et psychique. Elle est un lien entre le corps et l'esprit, car elle est dirigée inconsciemment par le système nerveux végétatif, mais peut aussi être contrôlée consciemment par nous-mêmes. C'est pourquoi nous avons la possibilité d'exercer une influence positive sur le corps et l'esprit en respirant consciemment. Il est prouvé que notre état d'esprit a une grande influence sur notre respiration. La colère, la peur et le stress nous font par exemple respirer rapidement et superficiellement. Dès que nous prenons un moment pour respirer profondément, nous pouvons nous calmer. Des expressions connues montrent à quel point le sujet est présent dans notre quotidien: J'en ai le souffle coupé, ou tenir quelqu'un en haleine.



De nombreuses études [par ex. 2, 4, 5, 6] menées ces dernières années ont montré que le yoga a un effet positif sur notre bien-être général. Cela concerne surtout les styles de yoga qui mettent l'accent sur la respiration. En effet, outre les exercices physiques (asana) et la méditation, le yoga propose également de nombreux outils utiles pour promouvoir une respiration saine. Pour les anciens yogis, un exercice de respiration, appelé pranayama, ne consiste pas seulement à absorber de l'oxygène et à évacuer du dioxyde de carbone. Le prana signifie plutôt «énergie vitale» et le yama «contrôle» ou «direction» de cette même énergie.

Ces dernières années, j'ai pu constater de près que les enfants peuvent déjà utiliser des outils issus du yoga dans leur quotidien scolaire et surtout lors des cours de yoga hebdomadaires.

Yoga pour enfants: mon champ d'expérience

En tant qu'enseignante primaire, je travaille depuis plus de 20 ans avec des enfants de la 1ère à la 9ème. Les formations de professeure de yoga diplômée (EYU/YCH) et de professeure de yoga pour enfants me permettent d'enseigner le yoga en option à l'école Pestalozzi de Berne depuis plus de huit ans. L'offre rencontre un succès croissant d'année en année, si bien que j'accompagne aujourd'hui plus de 70 enfants et adolescents dans différents groupes de yoga chaque semaine. Les nombreuses et précieuses expériences faites pendant les cours de yoga ainsi que les réactions

positives des élèves et de leurs parents m'encouragent et me motivent toujours à nouveau.

Comment peut-on s'imaginer une séance de yoga pour enfants? Le yoga pour enfants est plus ludique et plus mouvementé que le yoga pour adultes. Outre les exercices corporels (asana) exécutés de manière dynamique, il y a aussi des histoires, des jeux, des exercices avec un ou une partenaire, des discussions et des exercices de coopération. Nous commençons généralement le cours par le même rituel récurrent, qui donne aux élèves le temps de se plonger dans une pause yoga pendant leur journée d'école: Les enfants s'allongent sur les tapis de yoga et s'installent confortablement sur le dos. Les jambes sont légèrement écartées et les mains ouvertes vers le haut sont posées le long du corps ou avec les paumes sur le ventre. Nous entreprenons maintenant un voyage de perception du corps et de la respiration. Pour les enfants qui commencent le cours, il est encore inhabituel au début de s'allonger tranquillement, les yeux fermés si c'est possible, de se sentir à l'intérieur et d'être attentif à la respiration. Mais après peu de temps, ils s'y sont habitués et apprécient cette possibilité de détente. Car c'est la raison la plus souvent citée par les enfants et les adolescents pour s'inscrire à un cours de yoga: «Je veux pouvoir mieux me détendre et réduire mon stress». Cette entrée en matière est suivie d'exercices de yoga, de courtes méditations, d'exercices de respiration et de nombreux contenus ludiques correspondant à un thème précis. Il n'y a pratiquement aucune limite dans le choix des thèmes. Des histoires et des livres d'images au théâtre de yoga, en passant par la philosophie du yoga et les stratégies utiles issues de la recherche sur le bonheur, tout trouve sa place dans une séance de yoga.

Cela vaut la peine de travailler ainsi avec les enfants et de leur offrir une oasis dans leur quotidien scolaire, pendant laquelle ils ont l'espace et le temps d'être eux-mêmes et d'entraîner leur perception du corps et de la respiration.

Ils obtiennent ainsi des outils utiles qu'ils peuvent également utiliser dans des situations difficiles de la vie quotidienne. Comment puis-je me calmer lorsque je suis en colère, triste ou stressé? Qu'est-ce qui peut m'aider à m'endormir? Comment réussir à développer une vision plus positive des choses? Mon travail de fin d'études «Yoga Tools für Kinder», que j'ai élaboré dans le cadre de ma formation d'enseignante de yoga à l'école de formation Tapas de Berne, répond précisément à ces questions. J'ai commencé par rassembler avec les enfants différents thèmes qui les préoccupaient au quotidien et j'ai conçu pour chaque problème un outil de yoga approprié, deux leçons et une carte d'outils de yoga à emporter. Après avoir réalisé toutes les leçons (environ 20), j'ai évalué les réactions des élèves et des parents et j'en suis arrivée à la conclusion que les outils étaient efficaces et qu'ils soutenaient les élèves de manière positive au quotidien. Tant les parents que les élèves ont le sentiment que les outils de yoga ont un effet fondamentalement positif. Dans chacun des outils, la respiration occupe une place importante et a un effet de soutien sur l'enfant.

Chez les bébés, par exemple, on observe encore une respiration diaphragmatique/abdominale détendue. En règle générale, les enfants de maternelle respirent également de manière naturelle et décontractée. Mais dès que les enfants entrent à l'école, qu'ils sont soumis à une pression et à un stress croissants, qu'ils bougent moins et restent souvent longtemps dans une mauvaise position assise, les muscles respiratoires commencent à se contracter [2, 3, 4, 5, 6]. Les écoliers prennent l'habitude de ne plus respirer de manière détendue dans le ventre, mais uniquement dans la cage thoracique. La respiration devient alors plus superficielle et plus rapide. Certains enfants respirent davantage par la bouche afin d'obtenir suffisamment d'oxygène. La respiration par la bouche peut entraîner un risque accru de rhume, de caries, de malposition dentaire, de troubles du sommeil, de ronflements et de problèmes de concentration [1, 7]. Dans le yoga, on respire habituellement par le nez, ce qui présente de nombreux avantages par rapport à la respiration par la bouche. La respiration nasale purifie, humidifie et réchauffe l'air respiré, protégeant ainsi les poumons. L'oxygénation du corps est également améliorée lorsque l'on respire par le nez.

«J'inspire et je me calme. J'expire et je souris. De retour à l'instant présent, ce moment devient un miracle».

Thích Nhất Hạnh

Exercices de respiration dans le yoga pour enfants

Ci-dessous, j'explique quelques exercices de respiration que j'utilise régulièrement dans mes cours de yoga pour enfants. Tous les exercices de respiration ont un effet merveilleusement apaisant sur nos pensées. Certains exercices sont bons pour se détendre, d'autres au contraire ont un effet stimulant et activent la circulation. Pour travailler avec des enfants, il vaut la peine d'ajouter une note ludique aux exercices de respiration.

Position assise

Pour la plupart des exercices de respiration, il convient d'adopter une position assise agréable, droite et stable.

Séance de yoga pour enfants: Thème de la mer

Certains exercices peuvent être effectués en position allongée. Les enfants peuvent très bien s'asseoir un moment en tailleur ou sur les talons. Sinon, une chaise, un coussin ou un banc de méditation conviennent bien pour cela. Le sommet de la tête tend vers le haut, le sternum vers l'avant et vers le haut. Les épaules sont détendues. Les traits du visage sont doux, les yeux et les lèvres doucement fermés, les mâchoires relâchées, le menton légèrement incliné vers la poitrine. Les mains reposent souplement sur les genoux ou les cuisses. La respiration se fait de manière détendue par le nez. Il est utile pour les enfants d'être d'abord rendus attentifs aux différents espaces respiratoires de leur corps.

Exemples d'instructions:

Pose les mains sur le ventre, sur les côtes, sur les clavicules et sens le souffle qui te fait bouger.

Sens l'air que tu respires entrer par tes narines et se répandre dans tout ton corps. Chaque cellule est ainsi nourrie.

Accompagne l'air sur son chemin vers ton corps. Sens comment l'air entre par tes narines. Imagine que l'air entre par ta gorge, ta trachée, tes bronches, tes poumons et jusqu'aux plus petites alvéoles pulmonaires et qu'il alimente ton corps et chaque cellule en oxygène. Imagine que l'air vicié quitte ton corps par le même chemin lorsque tu expires.

Formation de yoga pour enfants

Je partage volontiers mon enthousiasme et mon expérience du yoga avec les enfants et les adolescents et propose depuis quelques années, avec Barbara Streit, une formation de yoga pour enfants à l'école de formation Tapas Yoga à Berne. L'offre s'adresse aux personnes ayant une pratique personnelle du yoga et de l'expérience avec les enfants. Les

PRANAYAMA	EXÉCUTION/ VARIANTES	EFFETS/REMARQUES
Respiration par ballon Respiration complète de yoga	Les élèves sont allongés sur le tapis. «Pose tes mains doucement sur ton ventre. Imagine que tu y gonfles un ballon de baudruche. Laisse la paroi abdominale se soulever et s'abaisser. Pose maintenant tes mains sur ta cage thoracique / sur tes côtes. Sens comme les côtes se dilatent à l'inspiration et retombent à l'expiration. Pose tes mains sur tes clavicules et sens le mouvement subtil sous tes mains. Accompagne l'air lors de l'inspiration en passant par le nez, la trachée, les poumons et en revenant. Perçois sur tes narines les différences de température.»	Apaise et fait prendre conscience des différents espaces de respiration.
Bourdons d'abeilles Brahmari	«Respire profondément par le nez. Aux expirations, tu commences à fredonner. Tu peux choisir toi-même le son. Tu peux aussi te boucher les oreilles, afin d'être tout seul et que les autres ne te distraient pas.»	Peut soulager la tension, la colère et l'anxiété. Soulage les maux de tête légers. Stimule la capacité de concentration et la mémoire.

nouvelles dates pour la formation de yoga pour enfants en 2023 sont les suivantes:

1er bloc de cours: 03.02.23 au 05.02.23
2e bloc de cours: 17.03.23 et 18.03.23
3e bloc de cours: 01.04.23 et 02.04.23

Le travail de projet mentionné «Yoga Tools für Kinder» peut être commandé sur demande auprès de moi. Tous les exercices décrits dans l'article, et bien d'autres encore, sont tirés du script de la formation de yoga pour enfants.

Si vous êtes intéressés, vous trouverez de plus amples informations sur: www.bala-yoga.ch.

Franziska Sterchi

Le début de cette année avec les nouveaux groupes de yoga pour enfants me montre une fois de plus à quel point les cours de yoga peuvent être bénéfiques et reposants pour les enfants. Après son deuxième cours de yoga, une fillette m'a dit: «Aujourd'hui, j'ai déjà beaucoup mieux réussi à me détendre et maintenant je me sens vraiment bien et je me réjouis de l'après-midi!» En disant cela, elle rayonnait de tout son visage.

Je suis extrêmement reconnaissante de pouvoir vivre de nombreux moments de ce type dans mon travail quotidien. C'est une activité merveilleuse que de créer un espace dans lequel les enfants apprennent à mieux se connaître et de leur donner des outils, tels que des exercices de respiration, de concentration, d'expression corporelle et de perception, afin qu'ils puissent naviguer avec efficacité dans leur quotidien.

Références

1 https://www.sprachgold-online.de/post/warum-sie-handeln-sollten-wenn-ihr-kind-durch-den-offenen-mund-atmet

2 https://medizindoc.de/studie-wirkung-von-yoga-und-atemuebungen-bei-kindern-mit-adhs/

3 https://www.spektrum.de/news/yoga-und-meditation-die-entschleunigung-des-atems/1636754

4 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26142611/

5 https://www.hindawi.com/journals/ecam/2011/932430/

6 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309518/

7 Nestor, James, Breath (Atem), ISBN 978-3-492-05851-3, 10e édition 2021. Piper Verlag GmbH Munich, p.ex. p.59-168

CHANGEMENTS DANS LA PHYSIOTHÉRAPIE RESPIRATOIRE CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE MUCOVISCIDOSE (CF)

INTERVIEW ÉCRITE DE FRÄNZI FÜRRER, PHYSIOTHÉRAPEUTE HES, RESPONSABLE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE RESPIRATOIRE À L'HÔPITAL PÉDIATRIQUE DE LUCERNE, ENSEIGNANTE DE LA «AIRWAY CLEARANCE TECHNIQUES» (ACT), WWW. CF-PHYSIO.CH; FRANZISKA.FUERRER@LUKS.CH

QUESTIONS DE SANDRA FRAUCHIGER, MAS PHYSIOTHÉRAPIE PÉDIATRIQUE ET MEMBRE DE LA RÉDACTION DU PHYSIOPAED BULLETIN, REDAKTION@PHYSIOPAED-HIN.CH

Un grand merci à Christina Schläppi (Berne), au professeur Nicolas Regamey (Lucerne) et à Peter Suter (Bâle) pour leur réflexion et leur remise en question critique.

EST-CE QUE TU TRAVAILLES DEPUIS LONGTEMPS AVEC DES PERSONNES ATTEINTES DE MUCOVISCIDOSE?

Je travaille depuis près de vingt ans avec des bébés, des enfants et des adolescent-e-s atteint-e-s de mucoviscidose, depuis 2004 à l'hôpital pour enfants (HE) de Lucerne. J'ai pu accompagner certain-e-s patient-e-s atteint-e-s de mucoviscidose depuis leur naissance et ils ont déjà quitté le HE. Je suis celle qui est restée.

COMMENT TON TRAVAIL A-T-IL ÉVOLUÉ DURANT CETTE PÉRIODE?

Au début, j'ai eu affaire à quelques patient-e-s très gravement atteint-e-s, surtout dans le secteur stationnaire de l'hôpital pour enfants, et j'ai malheureusement dû assister au décès d'une de nos jeunes patientes au début de son adolescence. Je n'oublierai jamais sa lutte pour respirer. Elle m'a beaucoup impressionnée par la manière dont elle a essayé jusqu'à la fin de mener une vie d'enfant normale et, déjà sous oxygène, de se rendre à l'école à vélo et de devoir s'y rebrancher immédiatement à son arrivée. Son attitude positive et son rire resteront inoubliables.

Entre-temps, j'ai vu et accompagné de très nombreux enfants atteints de mucoviscidose. Cette grande diversité apporte toujours de nouveaux défis, tant du point de vue professionnel que pédagogique.

Les choses ont changé. Depuis quelques années, nous avons nettement moins de patients CF hospitalisés qui viennent à l'hôpital pédiatrique pour une cure intensive de deux semaines. D'une part, il existe depuis quelques années la possibilité d'effectuer certaines cures d'antibiotiques par voie intraveineuse en ambulatoire (avec le service d'aide et de soins à domicile pour enfants) et, d'autre part, les progrès réalisés dans le domaine des médicaments ont également entraîné un changement. En 2002, les premiers essais d'inhalation d'antibiotiques au moyen du Pari E-flow ont été réalisés en Allemagne. L'inhalation d'antibiotiques pour lutter contre les pseudomonas a marqué le début d'une nouvelle ère dans le traitement de la mucoviscidose. Pour la première fois, il a été possible d'éradiquer les pseudomonas par inhalation sans qu'une hospitalisation soit nécessaire.

En 2011, le dépistage néonatal de la mucoviscidose a été introduit en Suisse. Depuis, nous avons régulièrement hospitalisé des nouveau-nés sans symptômes pour informer, conseiller et les initier aux thérapies et à la vie quotidienne avec la mucoviscidose. Au début, ce n'était pas si simple. Je me suis souvent demandée à quel point il était bon pour le lien entre les parents d'apprendre que leur bébé asymptomatique était atteint d'une maladie aussi grave. Il y avait toujours des moments qui me faisaient personnellement douter. Mais ce n'est que depuis quelques années que l'on sait, grâce à l'IRM et au scanner, que les nourrissons asymptomatiques peuvent déjà avoir des poumons encombrés. Cette visualisation (également par des images de bronchoscopie) peut impressionner durablement les personnes atteintes de mucoviscidose et leurs parents.

Depuis que les nouveaux modulateurs (Trikafta®, etc.) sont sur le marché, une nouvelle perspective, jusqu'alors inimaginable, s'est ouverte pour les personnes atteintes de mucoviscidose. Lors du Congrès CF 2019 à Würzburg, on pouvait lire pour la première fois sur toutes les affiches: nous vaincrons la mucoviscidose!

Toutes les personnes présentes ont eu un frisson à cette vue. C'était un moment très émouvant.

DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, IL Y A TOUJOURS DE NOUVEAUX MÉDICAMENTS (PAR EX. KALYDECO®, SYMDEKO® OU ORKAMBI®) QUI APPORTENT SURTOUT UN SOULAGEMENT AUX PERSONNES CONCERNÉES PAR LEUR SITUATION PULMONAIRE. PEUX-TU NOUS EXPLIQUER BRIÈVEMENT COMMENT CES MÉDICAMENTS AGISSENT?

Les modulateurs CFTR ont tous pour objectif d'améliorer ou de rétablir la fonction du canal CFTR afin de rééquilibrer l'équilibre sel-eau dans la cellule.

Les médicaments n'agissent pas seulement sur la muqueuse bronchique, mais sur toutes les glandes sécrétrices exocrines du corps. Ils n'influencent donc pas seulement la fonction pulmonaire, mais aussi d'autres organes (par exemple le pancréas, les glandes sudoripares, la muqueuse nasale...).

Kalydeco® n'est efficace que chez un petit nombre de personnes atteintes de mucoviscidose présentant des mutations génétiques rares, Orkambi® et Symdeko® chez les personnes présentant deux mutations F508del (1).

ET DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE, TRIKAFTA® EST AUTORISÉ EN SUISSE. L'EFFICACITÉ DE CE MÉDICAMENT EST-ELLE LA MÊME?

Trikafta® est une trithérapie qui combine deux correcteurs et un potentialisateur.

COMMENT PRENDRE TRIKAFTA®?

Sous forme de comprimés, deux fois par jour, si possible à 12 heures d'intervalle.

TOUS LES ENFANTS ET ADULTES ATTEINTS DE MUCOVISCIDOSE EN SUISSE PEUVENT-ILS BÉNÉFICIER DE CE MÉDICAMENT?

Non, seulement les personnes atteintes de la mutation appropriée, Delta 508, qui est heureusement la mutation la plus fréquente en Suisse. Environ 20% des personnes atteintes de mucoviscidose présentent une autre mutation ou ont subi une transplantation pulmonaire et ne peuvent donc pas prendre le médicament (2).

Des études sont actuellement en cours sur le traitement par Trikafta® de personnes atteintes d'autres mutations. Aux États-Unis, sur la base de données in vitro, le médicament est déjà autorisé pour certaines autres mutations.

À PARTIR DE QUEL ÂGE TRIKAFTA® EST-IL AUTORISÉ EN SUISSE?

Jusqu'à présent, à partir de 12 ans (si les conditions étaient remplies). Depuis début mai 2022, à partir de 6 ans pour toutes les personnes atteintes de mucoviscidose avec la mutation F508del correspondante (sans limitation). Après six mois, une amélioration de la fonction pulmonaire doit pouvoir être démontrée pour que la poursuite du financement soit garantie. Certains centres CF (entre autres à Lausanne et chez nous à Lucerne) documentent en plus l'évolution de la maladie sous Trikafta® par imagerie (IRM).

LA PHYSIOTHÉRAPIE RESPIRATOIRE A-T-ELLE CHANGÉ CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE MUCOVISCIDOSE QUI REÇOIVENT TRIKAFTA®?

D'après mon expérience et celle de mes collègues de travail, je peux dire que ce sont surtout les personnes plus fortement touchées par la mucoviscidose qui présentent un changement impressionnant. Les deux premières semaines après le début de la prise, elles ont parfois une très forte toux avec des expectorations massives de sécrétions.

Par la suite, leur état s'améliore continuellement et ils ressentent nettement moins de sécrétions qu'avant le début de Trikafta®. A tel point que les personnes concernées n'expectorent presque plus de sécrétions.

Une proche m'a également raconté que son mari ne toussait soudainement plus la nuit, alors qu'il avait passé sa vie à mal dormir à cause de cela. La fonction pulmonaire s'améliore également chez beaucoup de personnes!

Revenons à la physiothérapie respiratoire: de nombreuses personnes atteintes de mucoviscidose réduisent la fréquence de leurs thérapies après en avoir pris. Au lieu d'une fois par semaine, elles ne viennent éventuellement plus qu'une fois par mois en thérapie. Cette réduction ne devrait toutefois pas se faire de leur propre chef, mais en concertation avec la-e pneumologue traitant et la-e physiothérapeute respiratoire. J'ai quelques patient-e-s qui n'ont jamais pu expectorer beaucoup de sécrétions et qui ne ressentent pratiquement aucune différence après la prise de Trikafta®. Si nous inhalons ensemble pendant la thérapie et que je veille à une technique respiratoire correcte,

je peux malgré tout (et à la surprise des personnes concernées) détecter de temps en temps des sécrétions et même les rendre audibles de l'extérieur, de sorte qu'elles peuvent ensuite mobiliser les sécrétions. Cela signifie que les sécrétions peuvent toujours se trouver à la périphérie des poumons. L'objectif est toujours d'examiner le spectre des germes dans ces crachats. Mais cela s'avère plus difficile d'un point de vue pratique, car de nombreuses personnes concernées ne peuvent plus cracher autant de sécrétions grâce aux nouveaux médicaments. Actuellement, les pneumologues continuent de s'appuyer sur les prélèvements de gorge. Si la fonction pulmonaire se détériore de manière inexpliquée, un lavage bronchique est effectué. Mais comme de nombreuses personnes concernées vont désormais nettement mieux, les lavages bronchiques sont globalement beaucoup moins fréquents. Il ne faut pas non plus oublier les voies respiratoires supérieures. Ces sécrétions doivent également être examinées régulièrement.

La physiothérapie respiratoire comprend, outre l'inhalation et la mobilisation des sécrétions, les mesures d'hygiène globales, le contrôle des appareils, l'introduction d'éventuels nouveaux moyens auxiliaires et, bien entendu, les soins intensifs des voies respiratoires supérieures. Une grande attention est également accordée au statut musculosquelettique (mobilité, force, longueur des muscles) et à la performance d'endurance. Il est passionnant de constater que les personnes atteintes de mucoviscidose qui se décrivaient auparavant comme très performantes perçoivent encore une fois une nette amélioration de leurs performances après la prise de Trikafta®. Elles signalent également qu'elles récupèrent plus rapidement après un effort.

Le programme à domicile a gagné en importance. Beaucoup de nos patient-e-s suivent un entraînement physique en plus (et de plus en plus à la place) de la thérapie, qui devrait être accompagné au début par un-e physiothérapeute. Les enfants et les adolescents devraient être initiés à un programme sportif régulier et toujours être motivés à participer à des activités dans des clubs de sport. C'est également un point important d'un point de vue social.

QUELS CHANGEMENTS LES PERSONNES ATTEINTES DE MUCOVISCIDOSE TE RAPPORTENT-ELLES LORSQU'ELLES PRENNENT TRIKAFTA®?

Comme nous l'avons déjà décrit, ce sont surtout les personnes les plus gravement atteintes qui font état d'une nette diminution des sécrétions et d'une amélioration frappante de leur état général, d'une plus grande endurance au quotidien, de beaucoup moins de toux et de plus de temps libre, car les thérapies et les mesures d'hygiène nécessitent moins de temps. De nombreuses personnes concernées font en outre état d'une nette prise de poids, car l'alimentation hautement calorique est maintenue telle quelle au début et les personnes concernées se sont également habituées aux nombreuses collations. Ce changement n'est pas aussi facile pour tout le monde!

Pour certaines familles, il ne semble pas non plus facile que l'enfant concerné se définisse soudainement différemment, qu'il quitte pour ainsi dire son rôle d'enfant particulièrement vulnérable et planifie son propre avenir. Il en résulte une nouvelle compréhension des rôles et une autre dynamique familiale qui doit d'abord être comprise et apprise. Soudain, les personnes qui s'occupent principalement de l'enfant (ici, en Suisse, ce sont encore souvent les mères) ont également beaucoup plus de temps pour elles et peuvent réorienter leur vie.

Il est également merveilleux d'entendre comment les adultes atteints de mucoviscidose commencent soudain à s'interroger sur leur avenir et leur âge.

J'ai toutefois déjà entendu parler de personnes atteintes de mucoviscidose qui sont prises au dépourvu par la nouvelle situation – tout leur monde est soudainement sens dessus dessous. Il peut en résulter des problèmes psychiques.

QUEL POURRAIT ÊTRE L'AVENIR DES PERSONNES ATTEINTES DE MUCOVISCIDOSE QUI PRENNENT DU TRIKAFTA®? DEVRONT-ELLES CONTINUER À SUIVRE UNE PHYSIOTHÉRAPIE RESPIRATOIRE QUOTIDIENNE?

Cela dépend de l'état de santé et surtout de l'état des poumons au début du traitement par Trikafta®. Les bronchectasies, par exemple, ne disparaissent pas facilement, mais elles peuvent se résorber partiellement. Les tissus déjà détruits ne redeviennent toutefois pas sains.

Tous les effets et les effets secondaires doivent être strictement observés, évalués et documentés au cours des prochaines années. Il existe également des études qui ont montré qu'un an après le début de la prise de Kalydeco®, les pseudomonas étaient à nouveau présentes dans les poumons!

Il me semble également important d'observer attentivement les schémas respiratoires. Lorsque les sécrétions sont abondantes, les personnes concernées respirent en position haute. Ce n'est pas comme si la respiration s'abaissait automatiquement lorsqu'il y a moins de sécrétions grâce aux modulateurs CFTR.

QU'EST-CE QUI RESTERA IMPORTANT DANS LE TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE AVEC LES PERSONNES ATTEINTES DE MUCOVISCIDOSE ET LEURS FAMILLES?

Il sera surtout important de bien s'occuper des nouveau-nés atteints de mucoviscidose et de leurs parents et de continuer à les initier à tous les thèmes physiothérapeutiques importants (inhalation, techniques de thérapie respiratoire, positionnements, étirements, aides respiratoires, hygiène, etc.) et de leur faire comprendre l'importance et le plaisir de l'activité physique et du sport.

Et tant qu'il n'y aura pas de traitement modulateur pour toutes les personnes concernées, notre travail professionnel restera nécessaire. Et c'est pour cela que je vais m'engager!

En résumé, si avant les modulateurs CFTR, la physiothérapie était davantage axée sur la mobilisation des sécrétions, elle l'est désormais davantage sur les aspects musculosquelettiques et l'entraînement.

Mais il ne faut en aucun cas négliger le résultat de la physiothérapie respiratoire, qui doit également être contrôlé régulièrement.

La formation des physiothérapeutes spécialisés dans la mucoviscidose et les autres maladies respiratoires restera très importante. Elle devra toutefois s'adapter en permanence aux nouvelles connaissances. Ainsi, d'autres points forts passeront au premier plan.

ET QUE VOUDRAIS-TU DIRE EN CONCLUSION?

Je suis très curieuse de voir comment les choses vont évoluer à l'avenir pour nos patient-e-s atteint-e-s de mucoviscidose. J'espère bien sûr que le contenu de ma physiothérapie évoluera de la physiothérapie respiratoire la plus intensive vers davantage de conseils et de coaching dans les diverses thérapies (voir ci-dessus).

D'ici là, je continuerai à m'engager pour la formation de physiothérapeutes spécialisés dans la mucoviscidose et je me battrai pour mes propres patients. Et cela vaut pour tous, qu'il-elle-s soient traités ou non par une thérapie modulatrice, jusqu'à ce que l'on n'ait plus besoin de moi à l'avenir dans la thérapie de la mucoviscidose!

MERCI BEAUCOUP, FRÄNZI, D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE RÉPONDRE À MES QUESTIONS.

Référence de la source:

1 mukobw.de, 2022
www.cystischefibroseschweiz.ch

2 (ensemble, numéro 1, 2022).

UN VOYAGE AVEC UNE MOLÉCULE D'OXYGÈNE

SARAH CLAUSEN, PHYSIOTHÉRAPEUTE POUR ENFANTS, MEMBRE DE LA RÉDACTION DU BULLETIN DE PHYSIOPAED, SARAH.CLAUSEN@GMX.NET

Wohou je suis là! «Oxygenus» Nommé par les Grecs (*Oxygen*, formé de «piquant, pointu, acide» avec «générateur d'acide») et toujours par deux (O2), je voyage à travers le monde sans couleur et sans odeur. Nous représentons 20,942% de l'air, il n'y a que des molécules d'azote en plus, mais ce n'est pas toujours la quantité qui compte...

Détendu, je dérive dans l'atmosphère, écoutant le bruissement des feuilles dans le vent, quand une puissante inspiration m'arrache à l'air – dans un nez. Cette aspiration est meilleure que n'importe quel jet-stream et résulte de l'utilisation des muscles respiratoires, de l'expansion de la cage thoracique et de la contraction du diaphragme de cette grande chose qu'on appelle l'homme. Partout, ces colosses se tiennent debout et ont besoin de moi pour toutes leurs histoires cellulaires et leurs actions de reconstruction.

10.000 À 20.000 LITRES

Chaque jour, nous inspirons et expirons entre 10.000 et 20.000 litres d'air. Pour ce faire, les poumons humains doivent se mouvoir environ 20 000 fois afin d'inspirer environ un demi-litre d'air à chaque respiration. Un cinquième de l'air inspiré est constitué d'oxygène. Si nous faisons des efforts physiques, la fréquence respiratoire augmente, mais la quantité d'air inhalée diminue en raison du processus respiratoire raccourci.

Ce processus respiratoire du porteur de nez est commandé par le bulbe rachidien, qui a ses récepteurs – pour ainsi dire ses détectives – à différents endroits du corps et mesure à chaque fois combien d'entre eux sont présents et commande ensuite la respiration. Pour que ce processus normal et involontaire puisse se dérouler, il faut beaucoup de choses! Un pilote dans le tronc cérébral (bulbe rachidien), une bonne alimentation des muscles respiratoires, un diaphragme intact et un thorax bien mobile.

Mais revenons à mon nez, où je me trouve actuellement. Dans les voies respiratoires supérieures, il fait bon, humide et toutes les molécules de poussière qui voulaient s'y faufiler sont filtrées. Un peigne de poils surdimensionné, un humidificateur et un réchauffeur. Une visite dans un spa de grande capacité, en quelque sorte! Bien réchauffé et nettoyé, j'explore le nez, les sinus et la gorge. De grandes pièces avec beaucoup d'espace et de largeur et un courant d'air régulier qui apporte de l'air frais.

12 – 18 RESPIRATIONS

Inspirer et expirer – dès le premier cri après la naissance, nous avons un rythme respiratoire propre et individuel. Un adulte effectue 12 à 18 respirations par minute. Les bébés ont une fréquence respiratoire plus élevée et respirent 40 à 50 fois par minute. Un coup d'œil dans le règne animal montre que les fréquences respiratoires y varient beaucoup plus: Les colibris respirent 250 fois par minute, alors qu'un éléphant ne fait que six respirations pendant ce temps. Comment cela se fait-il? Les petits animaux ont besoin de plus d'oxygène que les grands, car leur fréquence cardiaque est plus élevée. Leur cœur bat plus vite, de sorte qu'ils doivent respirer plus souvent et consomment plus d'oxygène. De plus, pour maintenir sa température corporelle, un éléphant doit consommer moins d'énergie qu'un petit animal qui doit produire de la chaleur en permanence.

Comme dans tout bon spa, le nettoyage et l'entretien des voies respiratoires supérieures sont très importants et facilitent la respiration. Se moucher n'en fait toutefois pas partie.

Je continue dans la trachée, tout au fond de la gorge et je fais bien attention à ne pas me tromper d'entrée. L'œsophage n'est pas pour moi, je ne tarderais pas à remonter bruyamment. Après avoir passé le larynx, qui sépare les voies respiratoires supérieures des inférieures, je me retrouve dans la trachée. Elle est bien épaisse, tendue par des cartilages annulaires et rien ne peut la faire s'effondrer aussi rapidement. Vue de l'extérieur, à la hauteur de la quatrième à la cinquième côte, elle se divise en deux bronches principales. À droite ou à gauche? Quel côté choisir? Du côté gauche, il y a encore le cœur, qui prend une bonne place et pompe le sang dans le corps toute la journée. Il bat sans arrêt, il est solide!

DEUX POUMONS

Nos poumons sont constitués de deux poumons. Mais savais-tu que le poumon droit de l'homme est légèrement plus grand que le gauche? La raison en est que le poumon gauche doit partager l'espace de la cage thoracique avec le cœur. Chaque poumon est à nouveau divisé en lobes. Le poumon droit est composé de trois lobes, le poumon gauche de deux.

Cette répartition signifie aussi qu'il y a une scissure oblique à gauche et deux à droite, une oblique et une transversale, qui séparent les lobes. De toute façon, tout est enveloppé dans des gaines, les différents lobes comme le poumon entier.

Cette fois-ci, je pivote vers la droite, le cœur est trop bruyant! A partir de la trachée, pourtant bien ordonnée, tout devient de plus en plus petit et ramifié, d'abord les bronches lobaires, puis les bronches segmentaires et toujours plus loin. Bien sûr, je prends le chemin de la moindre résistance, je ne dois pas me fatiguer inutilement en route. Les ramifications créent un grand volume, comme les branches d'un arbre qui poussent de tous les côtés.

700 MÈTRES

... c'est la longueur des bronches avec leurs ramifications dans les poumons de l'homme, presque deux fois la hauteur de la tour de télévision de Berlin.

Ces voies de conduction de l'air sont tapissées d'un épithélium portant des cils qui contribuent à la défense immunitaire et au nettoyage des poumons. Les intrus sont donc détectés et amenés vers le tronc de l'arbre par le biais d'un battement de cils (comme les algues dans la mer, qui se déplacent de manière rythmique), puis expulsés vers l'«extérieur» par un puissant toussotement. Et tchaaaoo!

10 000 BACTÉRIES

Si les rhumes peuvent nous toucher en toute saison, c'est surtout en automne et en hiver que notre corps lutte contre la toux, le rhume et l'enrouement. Ainsi, en période de rhume, nous introduisons en moyenne 10 000 bactéries et 100 000 virus dans notre système respiratoire en l'espace d'une heure seulement! C'est uniquement grâce aux muqueuses que tous les agents pathogènes n'affaiblissent pas notre système immunitaire.

Les parties conductrices des poumons ont trois couches et «stockent» naturellement un peu d'air. Cet espace mort est d'environ 150 ml. La couche la plus «interne», la tunique muqueuse, contient les cellules en gobelet. La structure de soutien, la tunique fibromusculocartilagineuse, est formée de plaques de cartilage hyalin irrégulières, de muscles lisses et de tissu conjonctif. De petits morceaux de cartilage élastique peuvent également se trouver dans les petites bronches. Les morceaux de cartilage irréguliers se trouvent à l'extérieur, la couche continue de cellules musculaires en forme d'anneau (tunica muscularis) se trouve à l'intérieur. Entre les morceaux de cartilage se trouvent des glandes séro-muqueuses. Elles synthétisent de la mucine pour le tapis muqueux qui recouvre l'épithélium. Le tissu conjonctif péribronchique lâche, tunica adventitia, constitue un continuum qui accompagne les branches de l'arbre bronchique depuis leur confluence (hile) jusqu'aux bronchioles. C'est là que passent les vasa privata de l'arbre bronchique, les vaisseaux lymphatiques et les nerfs.

Au fur et à mesure que nous avançons dans le labyrinthe, la nature de l'environnement change et devient plus étroite. À partir de la bronchiole terminale, la paroi est très fine, de sorte que la barrière sang-air est levée et que nous, les molécules, pouvons changer de côté sans effort. C'est quasiment un passage de frontière sans douanier. On voit aussi régulièrement des protubérances en forme de sac, celles-ci se multiplient à mesure que les bronchioles se ramifient. Ces alvéoles s'alignent comme des grappes de raisin.

300'000 MILLIONS

d'alvéoles pulmonaires, sont des éléments importants des poumons. C'est dans les alvéoles pulmonaires qu'ont lieu les échanges gazeux d'oxygène et de dioxyde de carbone. Les alvéoles absorbent l'oxygène de l'air inspiré et le transportent à travers le sang dans toutes les parties du corps. Parallèlement, le dioxyde de carbone est libéré lors de l'échange gazeux. On estime à 300 000 millions le nombre d'alvéoles pulmonaires chez l'homme.

Les alvéoles d'une bronche terminale sont appelées acinus («grain de raisin», «framboise»), terme latin désignant une cavité épithéliale, c'est-à-dire la partie terminale en forme arrondie des canaux glandulaires (séro)muqueux dans lesquels la sécrétion est produite. L'acinus est le lieu d'échange des gaz, mais il a les caractéristiques d'une glande grâce à ses épithéliums qui produisent le surfactant. Le surfactant est un mélange de lipides et de protéines et vient de l'anglais (surface active agent). Cet agent fait en sorte que les alvéoles ne s'affaissent pas (la couche s'épaissit) lors de l'expiration et que, lors de l'inspiration, le film de mucus s'amincit suffisamment pour permettre le passage des molécules. Les alvéoles ont une capacité de déploiement folle: à l'inspiration, elles peuvent devenir cinq fois plus grandes qu'à l'expiration.

Les bourgeons pulmonaires se forment dès la sixième semaine de grossesse à partir de l'intestin antérieur ventral (endoderme), c'est-à-dire uniquement les voies de conduction de l'air. Les alvéoles, l'unité respiratoire, se développent au cours du dernier trimestre. L'alvéolisation se poursuit jusqu'à l'âge de deux ans.

Je saute dans cette petite cavité (alvéole), je me blottis contre le mur et hop, comme Harry Potter, je change d'espace et je me retrouve dans les capillaires pulmonaires. Diffuser, pas apparaître!

80 MÈTRES

carrés Bien que chaque alvéole pulmonaire n'ait qu'un diamètre de 0,2 mm, la multitude d'alvéoles donne une surface d'environ 80 m². La surface totale est donc 40 à 50 fois plus importante que la surface corporelle d'un homme adulte, qui est en moyenne de 1,9 m².

Tandis que je me laisse emporter par ce flux sanguin, je vois les veines revenir vers les poumons, recracher l'oxygène et le dioxyde de carbone qu'elles ont transportés avec elles et les laisser repartir. Cette interaction entre les alvéoles et les capillaires pulmonaires, la barrière sang-air qui permet l'échange de gaz et l'interaction entre le cœur et les poumons qui répartit l'oxygène dans le corps, est incroyablement intelligente.

1.600 KILOMÈTRES

Pour que notre corps puisse faire le plein d'oxygène frais, les alvéoles pulmonaires transmettent l'oxygène à des vaisseaux sanguins microscopiques appelés capillaires. En contrepartie, les capillaires libèrent du dioxyde de carbone dans les alvéoles pulmonaires. Si nous mettions les capillaires des poumons bout à bout, ils couvriraient une longueur d'environ 1.600 kilomètres!

Après un magnifique voyage fluvial à travers le corps, je suis emporté vers ma destination finale. Je me glisse à nouveau à travers les capillaires et je peux m'y rendre utile!

Au revoir!

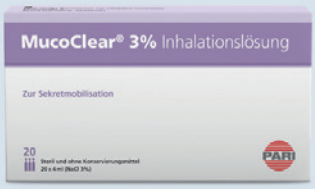
PARI

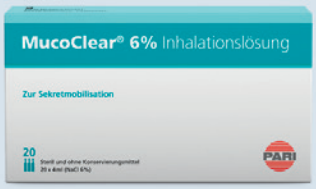
Inhalation mit Salzlösung –

die wirkungsvolle Therapieoption

für die kleinen Patienten

PARI BOY® Junior





PARI Swiss AG, Alte Steinhauserstrasse 19, 6330 Cham Tel: 041-740 24 24, info-ch@pari.com www.pari.com

TROUBLES RESPIRATOIRES FONCTIONNELS À L'ADOLESCENCE

NICOLE MARTIN SANTSCHI, PHYSIOTHÉRAPEUTE À L'INSTITUT DE PHYSIOTHÉRAPIE, SPÉCIALITÉ PÉDIATRIE DE L'HÔPITAL DE L'ÎLE BERNE, NICOLE.MARTIN@INSEL.CH. THÉRAPEUTE CRANIOSACRALE CRANIOSUISSE EN CABINET DE GROUPE

Belinda (nom modifié), 15 ans, a passé une semaine auparavant un examen pneumologique à la clinique pédiatrique. Elle vient maintenant, à la demande, pour ses problèmes respiratoires et pour des «conseils pour la respiration» en physiothérapie. Elle décrit des difficultés respiratoires récurrentes et une sensation de pression sternale angoissante à l'effort, notamment dans les sports de loisirs. Belinda joue au total quatre fois par semaine comme gardienne de but dans un sport de balle. La respiration lui pose parfois problème dans le sport scolaire d'endurance, mais surtout lors de l'échauffement avant les entraînements et les matchs. Le mieux est de faire une pause en position assise en tailleur, ce qui lui permet en général de respirer plus calmement en quelques minutes, mais elle ne se sent pas tout à fait détendue avant le début du match.

Je résume brièvement ce que je sais des rapports et des documents d'examens et demande à Belinda de les compléter:

- une prédisposition accrue aux réactions allergiques (atopie) est connue. C'est pourquoi, en plus de l'examen physique habituel, la fonction pulmonaire a également été testée. Au repos (comme l'année précédente), les résultats sont normaux et n'indiquent pas de problème bronchique (asthme bronchique/ bronchoconstriction). L'effort sur tapis roulant a dû être interrompu au bout de quelques minutes (donc avant l'effort maximal) en raison de difficultés respiratoires (selon le rapport médical, le plus probable est un «trouble respiratoire fonctionnel» (respiration dysfonctionnelle de type thoracique avec ventilation insuffisante – DATIV)).
- Les housses de lit et l'aménagement intérieur sans moquette (encasing complet) protègent déjà contre les acariens (sensibilisation cliniquement significative selon la liste de diagnostics).
- Le rhume et parfois la conjonctivite (rhinoconjonctivite, classification ARIA «allergic rhinitis and its impact on asthma» mild) surviennent toute l'année.

Belinda a compris lors du contrôle médical: Ses poumons sont en bonne santé. Depuis qu'elle s'efforce de boire davantage et qu'elle a commencé à utiliser le fluticasone en spray nasal (corticostéroïde), ses voies respiratoires supérieures (VRS) vont un peu mieux, mais elles sont en fait toujours un peu étroites et souvent bouchées.

Belinda est assise presque en permanence dans une position affaissée, sans force, avec une protraction/réclinaison marquée de la tête. Lors de l'échange, Belinda parle un peu timidement et doucement, mais en se tournant vers les autres. Son gros appareil dentaire semble contribuer à une articulation peu claire et à une respiration buccale prédominante. En position debout, on observe une colonne vertébrale plate au niveau thoracique, une lordose lombaire et cervicale renforcée, avec des segments thoraco-lombaire et thoraco-cervical immobiles, une légère scoliose en S convexe au niveau thoracique gauche avec un shift thoracique vers la gauche, ainsi qu'une musculature de la ceinture scapulaire nettement hypertrophiée. La distance doigts-sol est de quatre centimètres.

Sur le vélo ergométrique, Belinda se détend et pédale spontanément. Un début d'essoufflement et bientôt une légère sensation de pression sternale lui rappellent rapidement ses problèmes, mais elle peut se rétablir à temps en faisant une courte pause. Allongée, Belinda parvient ensuite à laisser sa respiration s'écouler et à percevoir des mouvements sans effort sur toute la partie supérieure du corps en respirant au repos. Pendant que Belinda dirige sa respiration vers les flancs et le ventre dans de légères positions d'étirement, je lui explique tout ce qui fera partie de la physiothérapie si elle décide de poursuivre.

Lors de la séance de physiohérapie suivante, je mets l'accent, dans le cadre d'une instruction unique, sur le nettoyage des VRS, y compris le rinçage nasal, sur l'inspiration nasale et sur l'observation sans jugement des mouvements respiratoires et de la posture, aussi en mouvement. Afin de prévenir le risque d'hyperventilation pour la «vie quotidienne sans supervision», j'encourage, lors des premières séances de physiothérapie, les modulations au repos, d'abord expressément sans manœuvres d'inspiration approfondies. J'explique: «Au repos, le métabolisme n'a de loin pas besoin d'un remplissage maximal des poumons». Les éléments suivants font partie de l'ensemble du traitement, en fonction des résultats et dans le cadre d'un échange avec Belinda:

- clarification supplémentaire «Tes poumons sont en bonne santé. Ta difficulté à respirer n'est pas dangereuse. Des problèmes similaires ne sont pas rares chez les jeunes».
- explication simplifiée des processus végétatifs
- développement continu et interactif des connaissances sur l'anatomie et la fonction de l'appareil respiratoire, physiologique et déviant. Remarque sur le «tissu conjonctif très mobile dans et à travers tout le corps» (fascias)
- Relâchement de la nuque/ceinture scapulaire, colonne lombaire, étirement des structures myofasciales dorsales de l'ischiocrural au cervical (chez d'autres jeunes atteints de DATIV, souvent aussi du muscle droit de l'abdomen)
- Mobilité thoracique, mobilisation active de la colonne vertébrale thoracique
- chez Belinda, surtout la stabilité dynamique du tronc en combinaison avec la respiration (vivre la variabilité)
- Perception de la respiration/posture: «Des processus défavorables se produisent, ce n'est pas ta faute».
- Expérimenter et pratiquer la respiration nasale et diaphragmatique
- Rythmer la respiration à l'effort, montée en charge progressive, comme pour l'asthme bronchique: «échauffement des systèmes de régulation».
- Ressources pour une récupération rapide en cas d'«épisodes de détresse respiratoire», tester différentes positions de récupération
- thérapies craniosacrales (TCS) équilibrant les tensions (chez Belinda surtout diaphragme-thoracolombaire, muscle psoas, atlantooccipital-cervical, costoverterbral, tubes auriculaires) et soutenant la régulation végétative
- Exercices d'auto-assistance, sélection des favoris (meilleure variante subjective parmi trois propositions d'exercices)

Après six séances, Belinda ne ressent plus de douleurs. Elle souhaite revenir à un intervalle plus long pour d'autres exercices utiles, c'est-à-dire «libérateurs», et souhaite terminer par un traitement de la nuque TCS. La qualification de Belinda pour le groupe régional de sa discipline sportive pendant la période de traitement n'est pas sans importance pour son état subjectif. Objectivement, la stabilité dynamique de Belinda pourrait encore être améliorée. En général, j'essaie de ne pas me focaliser sur la structure des jeunes souffrant de troubles respiratoires (risque d'erreur de classification), c'est-à-dire de ne procéder au début qu'à des examens sommaires et de soutenir leur autodétermination. Un an après la fin du traitement, Belinda passe le contrôle pneumologique final.

Il n'y a pas de bon modèle de respiration. Un «bon» modèle de respiration se fait avec un mouvement dans les trois dimensions, «avec une inspiration et une expiration équilibrées, avec un flux léger et mobile à travers le corps et avec la capacité de s'adapter rapidement et efficacement aux changements d'événements internes et externes» [1]. En complément du mouvement respiratoire physiologique expérimenté de manière cognitive et en mouvement, certains jeunes font plus facilement l'expérience de la détente («Je me sens bien, plus calme, tout à fait là»), souvent aussi d'une respiration plus calme et plus libre, dans des offres de relâchement passive (p. ex. CST).

L'essoufflement perçu à l'effort est considéré comme le symptôme le plus fréquent qui limite les performances et le plaisir de pratiquer une activité sportive chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes [2]. Les

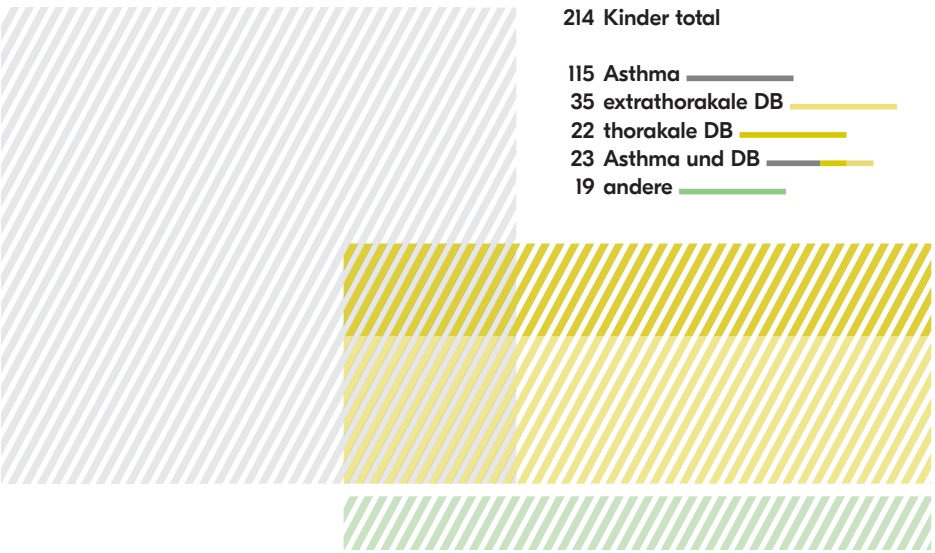


Fig.1: Diagnostic de 214 enfants présentant des symptômes liés à l'effort par cinq centres suisses de pneumologie pédiatrique. DB = respiration dysfonctionnelle. D'après [6].

troubles respiratoires fonctionnels sont souvent détectés lors d'examens complémentaires en cas «d'asthme bronchique résistant aux traitements». La plupart des jeunes sont très motivés par ce que l'on appelle la physiothérapie respiratoire fonctionnelle après avoir reçu une réassurance médicale (reassurance) et en cas de souffrance importante.

Les symptômes respiratoires dysfonctionnels (ou breathing pattern disorders BPD) sont décrits comme des «déviations des schémas respiratoires biomécaniques normaux pouvant entraîner des symptômes respiratoires ou non-respiratoires intermittents ou chroniques» [3]. Les schémas respiratoires anormaux vont de la respiration thoracique à, à l'extrême limite, l'hyperventilation [3]. Une respiration dysfonctionnelle peut déstabiliser l'esprit, les muscles, l'humeur et le métabolisme [4].

Le plus souvent, on observe des schémas respiratoires dysfonctionnels thoraciques (DATIV), avec ou sans hyperventilation, et extrathoraciques «inducible laryngeal obstruction ILO» (ou «exercise inducied laryngeal obstruction EILO»).

L'extrathoracique peut également entraîner une dysfonction respiratoire thoracique [2]. Des tableaux mixtes sont souvent observés: entre différentes formes de dysfonctionnement respiratoire [2], mais aussi en cas de chevauchement avec l'asthme bronchique, notamment «exercise induced bronchoconstriction EIB» [5].

Le terme «vocal cord dysfunction VCD» ne décrit, à proprement parler, que les cordes vocales. Des études montrent cependant que les structures supraglottiques sont plus souvent impliquées dans l'obstruction laryngée induite [7]. C'est pourquoi le terme ILO (OLI en français) (dysfonctionnement respiratoire «avec corrélat structurel» CIM-10) s'est établi à la place de VCD [8].

L'EILO (OLIE en français) est une forme d'ILO qui ne pose problème qu'à l'effort [8]. La bronchoconstriction induite par l'effort (BIE) est le diagnostic différentiel de l'EILO: Typiquement, les épisodes de nycturie respiratoire sous EILO ou BIE se distinguent comme le montre la Fig. 2.

Le plus souvent, les adolescents atteints d'EILO rapportent des difficultés respiratoires, un stridor et/ou une respiration sifflante, un serrement de la gorge, de la toux, une sensation de pression au niveau du sternum/thorax, de l'anxiété, un enrouement/une modification de la voix, parfois une douleur thoracique pendant le sport [10], et ceux atteints de DATIV un essoufflement même au repos, l'impression de ne pas pouvoir respirer suffisamment d'air dans les poumons, des soupirs répétés, des raclements de gorge, des fourmillements, des vertiges, de la fatigue [3].

Il n'existe pas de données pédiatriques sur la fréquence de la dysfonction respiratoire thoracique en particulier. Les données concernant la prévalence varient pour la dysfonction respiratoire thoracique de 10% de la population

Fig. 2: Caractéristiques de «l'obstruction laryngée induite par l'effort» versus «la constriction bronchique induite par l'effort» basé sur (9) et (10).

	EILO	EIB
Localisation	Larynx	Bronches
Bruit de respiration	inspiratoire (ou biphasique)	expiratoire
Durée	une à quelques minutes, rarement plus	variable
Début de la plainte	1.5 – 2min. après le début de l'effort physique	5 – 10min. après le début de l'effort physique
Fin de la plainte	rapidement après la fin de l'effort physique	variable
Pic de plaintes	au point culminant de la charge	après la charge
Bêta2-mimétiques	inefficace	efficace
Spirométrie	Courbe F/V normale ou avec oscillations inspiratoires, éventuellement aplatie	Courbe F/V avec courbe expiratoire déformée de manière concave

à 30% des personnes souffrant d'asthme bronchique [2], pour l'EILO de cinq à huit pour cent chez les adolescents non sélectionnés du Nord global [11] à plus de 20% chez les jeunes sportives de compétition [5], la prévalence féminine existe probablement dans le cadre des petites voies respiratoires après la puberté [12].

Les adultes suspectés d'EILO sont examinés à l'aide d'un laryngoscope flexible à l'effort («continuous laryngoscopy during exercise CLE»). Le lien suivant permet d'accéder à des vidéos mémorables sur les réactions laryngées anormales à l'exercice (EILO) [10].: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152605421630063X.

Les mécanismes d'émergence de l'ILO/EILO ne sont pas entièrement compris. Une présentation allemande du concept de pathogenèse de l'ILO peut être consultée sur https://doi.org/10.1007/s00112-021-01159-z. [9]. On suppose que des facteurs aérodynamiques, un déséquilibre musculaire, une sensibilité neuronale et mécanique anormale ainsi que des facteurs environnementaux sont à l'origine de la maladie dans la région du larynx (d'après le review [10]). Les adolescents dont l'EILO est confirmé ne sont pas considérés comme plus anxieux, mais plutôt comme très ambitieux. La panique est considérée comme une réponse au sentiment d'oppression provoqué par l'ILO plutôt que comme un facteur déclenchant [10].

Des maladies respiratoires ou autres, un dysfonctionnement musculo-squelettique, des douleurs, une forme de cage thoracique différente ou un stress physiologique lors d'un sport compétitif peuvent déclencher le diaphragme et conduire à une utilisation accrue habituelle des muscles respiratoires auxiliaires. En cas de DATIV, une position hypertonique plate du diaphragme avec une faible réserve inspiratoire [2] et des rapports de tension qui peuvent favoriser entre autres des douleurs cervicales, dorsales [13], [14] et des troubles digestifs [4] sont typiques.

Des études randomisées pour des stratégies de traitement solides font défaut. Des travaux de recherche portant sur un petit nombre de sujets adolescents montrent un effet positif de la physiothérapie (réduction/contrôle des symptômes) axée sur le rétablissement du schéma respiratoire physiologique «breathing retraining» [3], en combinaison avec un traitement de la nuque [13] et avec un entraînement des muscles inspiratoire EMI avec de légères (!) résistances [12].

Je remercie chaleureusement Barbara Haldemann pour ses suggestions il y a des années, Alicja Gulinska et Regula Vetsch pour la formation continue avec Dorothea Pfeiffer-Kascha et le Dr M. Hitzler il y a un an, les jeunes et les personnes qui les ont adressés pour leur confiance et notre équipe pour l'opportunité d'acquérir de l'expérience.

Références des sources:

1 Victoria, Himmat Kaur & Caldwell, Christine (2013) Breathwork in body psychotherapy: Clinical applications, Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice, 8:4, 216-228

2 Depiazzi J, Everard ML. Dysfunctional breathing and reaching one's physiological limit as causes of exercise-induced dyspnoea. Breathe 2016 ; 12: 120-129

3 Barker NJ, Elphick H, Everard ML. The impact of a dedicated physiotherapist clinic for children with dysfunctional breathing. ERJ Open Res. 2016 Sep 26;2(3):00103-2015

4 Bradley H, Esformes J. Breathing pattern disorders and functional movement. Int J Sports Phys Ther. 2014 Feb ; 9(1):28-39

5 Nielsen, Emil Walsted1 ; Hull, James H.2 ; Backer, Vibeke1. Forte prévalence de l'obstruction laryngée induite par l'exercice chez les athlètes. Medicine & Science in Sports & Exercise: Novembre 2013 – Volume 45 – Issue 11 – p 2030-2035

6 Pedersen ESL, Ardura-Garcia C, de Jong CCM, et al. Diagnostic chez les enfants présentant des symptômes respiratoires induits par l'exercice: une étude multicentrique. Pédiatrie de la pneumologie. 2021;56:217-225.

7 Jansrud Hammer I, Halvorsen T, Vollsæter M, et al. Conundrums in the breathless athlete ; exercise-induced laryngeal obstruction or asthma? Scand J Med Sci Sports. 2022;32:1041-1049

8 Christensen PM, Heimdal JH, Christopher KL, Bucca C, Cantarella G, Friedrich G, Halvorsen T, Herth F, Jung H, Morris MJ, Remacle M, Rasmussen N, Wilson JA ; ERS/ELS/ACCP Task Force on Inducible Laryngeal Obstructions. ERS/ELS/ACCP 2013 international consensus conference nomenclature on inducible laryngeal obstructions. Eur Respir Rev. 2015 Sep;24(137):445-50

9 Dillenhöfer, S., Hinrichs, B., Kohl, A. et al. L'obstruction laryngée inductible (ILO) – causes, présentation clinique, diagnostic et traitement. Monatsschr Kinderheilkd 169, 1075-1082 (2021)

10 Ola Drange Røksund, John-Helge Heimdal, Hege Clemm, Maria Vollsæter, Thomas Halvorsen, Exercise inducible laryngeal obstruction: diagnosis and management, Paediatric Respiratory Reviews, Volume 21, 2017, Pages 86-94, ISSN 1526-0542

11 Johansson H, Norlander K, Berglund L, et al Prevalence of exercise-induced bronchoconstriction and exercise-induced laryngeal obstruction in a general adolescent population Thorax 2015;70:57-63.

12 Sandnes A, Andersen T, Clemm HH, et al. Exercise- induced laryngeal obstruction in athletes treated with inspiratory muscle training. BMJ Open Sport & Exercise Medicine 2019;5:e000436.

13 Dareh-deh, H.R., Hadadnezhad, M., Letafatkar, A. et al. Therapeutic routine with respiratory exercises improves posture, muscle activity, and respiratory pattern of patients with neck pain: a randomized controlled trial. Sci Rep 12, 4149 (2022)

14 CliftonSmith, T., & Rowley, J. (2011). Breathing pattern disorders and physiotherapy: inspiration for our profession. Physical therapy reviews, 16(1), 75-86.

APERÇU DU QUOTIDIEN DE LA PHYSIOTHÉRAPIE PÉDIATRIQUE CHEZ PETRA À HAMBOURG (HH)

PETRA ERDMANN, PHYSIOTHÉRAPEUTE PÉDIATRIQUE, PETRA@SPRUNGBEREIT.DE

Moin zusammen! C'est la salutation que l'on peut dire toute la journée à Hambourg. C'est aussi ainsi que j'ai salué le chauffeur de bus avec lequel j'ai fait le trajet de HH-Alsterdorf à HH-Horn.

À Horn, mon lieu de travail se trouve à l'Institut de neuropédiatrie et de pédiatrie sociale de Hambourg-Est.

Il y en a trois en tout à Hambourg, également appelés centres de pédiatrie sociale. Je travaille dans l'un d'entre eux. L'objectif est de prendre en charge, de traiter et d'encourager les enfants de manière globale dans un centre.

Nous sommes une grande équipe composée de pédiatres, d'un neuropédiatre, de psychologues, d'une éducatrice sociale, d'ergothérapeutes, de logopédistes, d'un musicien-pédagogue, d'une danse-thérapeute, de secrétaires et de physiothérapeutes pédiatrique, comme moi par exemple (fig. 1).

Fig. 1: Petra Erdmann (Fotostudio Brambrink/Hanna Karstens)

J'utilise le terme physiothérapeute pédiatrique parce que j'ai suivi diverses formations complémentaires, que je travaille depuis 36 ans avec des enfants et que j'ai moi-même eu deux filles.

Jusqu'à présent, ma vie professionnelle a été très variée: Travail dans mon propre cabinet de physiothérapie pédiatrique, dernièrement avec une autorisation de caisse élargie pour le domaine de l'ergothérapie à Itzehoe/Allemagne, travail à l'hôpital de l'Île à Berne/Suisse dans l'équipe de physiothérapie pédiatrique, travail dans le service d'orthopédie pédiatrique de la clinique Schön à Hambourg-Eilbek, dans divers cabinets spécialisés en kinésithérapie pédiatrique et maintenant à l'Institut de neuro – et socio-pédiatrie de Hambourg-Est.

Je suis en train de préparer le matériel de test pour le test de développement de six mois à six ans (ET 6-6-R*) pour 30-42 mois de vie. Dans quelques minutes, Lasse, 2,4 ans, viendra passer le test avec ses parents.

Le matin, j'ai des heures de test fixes pour l'ET 6-6-R, le Movement Assessment Battery for Children (M-ABC) et pour les bilans physiothérapeutiques ainsi que des conseils aux parents sur les questions de manipulation de leur nourrisson.

Certains parents profitent de mes conseils et viennent à des rendez-vous plus espacé dans le temps en physiothérapie, car j'ai un autre regard sur leur enfant que la collègue établie qui travaille avec lui chaque semaine.

Les heures de l'après-midi sont planifiées pour des traitements physiothérapeutiques normaux.

Je dispose de 60 minutes par enfant, que je répartis de manière à travailler 45 minutes sur l'enfant et avec les parents, et à utiliser les 15 minutes restantes pour aérer, désinfecter le matériel, effectuer des tâches administratives et plus encore.

Lasse a bien collaboré ce matin pendant le test, il est maintenant fatigué et quitte ma salle avec ses parents. Je profite de ce temps pour traiter numériquement les premiers résultats. Lasse reviendra la semaine prochaine pour continuer le test. L'étendue du test est très grande et ne peut pas être réalisée en une seule visite pour les jeunes enfants.

Des enfants de la naissance à 18 ans présentant un large spectre de maladies sont pris en charge par notre institut. Une fois par semaine, nous avons une grande réunion d'équipe. Pendant ces 60 minutes, nous discutons des

enfants à problèmes et rassemblons les informations de toutes les disciplines. Toutes les quatre à six semaines, nous utilisons ce temps en petites équipes, c'est-à-dire que nous, les thérapeutes, avons notre propre réunion, nous choisissons différents thèmes de formation continue et nous échangeons nos idées. C'est très agréable de faire partie de cette grande équipe.

Ce qui est particulièrement agréable, c'est que j'ai ma propre grande salle, beaucoup de matériel de travail, mon propre poste de travail informatique et mon propre téléphone. Je passe 36 heures par semaine, quatre jours par semaine, à l'Institut de neuropédiatrie et de pédiatrie sociale de Hambourg-Est.

Pendant mon temps libre, j'aime faire du sport comme la marche, le triyoga, le gyrotonic (que j'ai découvert en Suisse), danser le fintango et apprendre des langues comme le français pour les avancés et le turc pour les débutants.

En outre, je propose un coaching bébé en ligne le week-end. Les parents peuvent réserver ces coachings directement sur mon site sprungbereit.de.

J'ai imaginé cette plateforme de conseil pour ma période de retraite. Comme je suis une aventurière et que j'aime voyager, je peux proposer ce service depuis n'importe quel endroit de la planète disposant d'une connexion Internet. Maintenant, je le lance à l'heure, tantôt le vendredi, tantôt le samedi, tantôt le dimanche. Ma poupée Leonie est ma compagne. Mes années d'expérience professionnelle m'ont montré que les jeunes parents ont beaucoup de questions. J'aimerais répondre à ces questions et leur donner des indications ciblées sur la manière de stimuler au mieux leur bébé pendant sa première année de vie.

POUR VOUS DONNER UNE IDÉE, VOICI COMMENT SE DÉROULE UNE CONSULTATION INDIVIDUELLE EN LIGNE SPRUNGBEREIT (PRÊT-E À BONDIR):

Kerim dort encore dans son petit lit. Il a cinq mois et ne remarque pas les préparatifs autour de lui. Ses parents sont en train de tout préparer pour que son aire de jeu au sol soit prête. Dès que Kerim se réveille et qu'il a reçu une nouvelle couche, les parents savent que Kerim a envie de bouger sur le sol. Ils ont réservé via mon site Internet un rendez-vous qui s'intègre bien dans leur emploi du temps. En quelques minutes, ils sont reliés à moi en tant que coach et peuvent montrer par vidéo-chat («la consultation médicale») tout ce que Kerim sait déjà faire en termes de développement moteur et peuvent poser leurs questions.

De l'autre côté du chat vidéo, je me prépare pour le baby-coaching en ligne à venir. En compagnie de ma poupée réaliste «Léonie», je montrerai aux parents de Kerim les mesures dont nous avons discuté, afin qu'ils puissent les mettre en œuvre immédiatement à l'échelle 1:1 (fig. 2).

Avec un regard exercé, la coach donne aux parents des indications sur la manière d'encourager Kerim dans son environnement familial, dans son développement de la motricité globale et fine ainsi que dans son développement du jeu. Et aussi comment ils peuvent le porter dans leurs bras maintenant qu'il a cinq mois. La coach gardera un œil sur la manière de prendre et de porter Kerim en ménageant son dos, dans l'optique de la santé des parents.

Fig. 2: Kerim et sa mère (Eva-Maria Petersen, designer graphique diplômée)

Ce coaching de Sprungbereit permet des conseils flexibles qui sont très personnalisés. Je suis convaincue qu'il est particulièrement utile pour le bébé de pouvoir rester dans l'environnement familier de son foyer. Les rendez-vous peuvent être réservés de la manière qui convient le mieux aux parents. Il est également possible de réserver un moment pour poser exclusivement des questions sur le développement moteur ou sur un autre thème lié au développement du bébé et pour obtenir des conseils.

J'attache une importance particulière à ce que les ressources du foyer familial soient reconnues et utilisées. Un tel coaching peut être un cadeau particulièrement apprécié à l'occasion de la naissance ou du baptême d'un bébé par les grands-parents, les parrains et marraines ou les amis de la jeune famille.

Ainsi, mes journées sont multicolores comme la Reeperbahn. À l'institut, j'ai beaucoup de tests, de constats et nous construisons un réseau pour ces enfants, le coaching en ligne offre une variation flexible et numérique au quotidien et me relie au monde entier.

Fig. 3: Flyer «Sprungbereit»

Et depuis où à Hambourg peut on le mieux voyager et saluer le monde entier? Eh bien, du port de Hambourg, bien sûr!

Fig. 4: Le port de Hambourg (Petra Erdmann)

* L'ET 6-6-R est la révision de l'ET 6-6 qui a fait ses preuves. La procédure illustre six domaines de développement dans un profil de développement: la motricité corporelle et manuelle, le développement cognitif et le développement du langage, ainsi que le développement social et le développement émotionnel via les renseignements fournis aux parents. Le profil est complété, à partir de l'âge de 4 ans, par le sous-test Traçage. Des tâches de test spécifiques à l'âge sont utilisées pour chaque groupe d'âge. Les fiches de protocole fournissent déjà des recommandations pour les séquences de tâches à effectuer, qui sont adaptées aux particularités de chaque constellation de tâches et de matériel ainsi qu'aux besoins des enfants, en s'appuyant sur les connaissances générales de l'examen des nourrissons, des petits enfants et des enfants d'âge préscolaire. Ainsi, l'ET 6-6-R peut généralement être réalisé de manière complète et motivée, même avec des enfants difficiles à examiner. Le résultat est un profil de développement avec des quotients de développement spécifiques à chaque domaine. En outre, les tâches résolues permettent de vérifier les étapes limites du développement. Dans le cadre de la révision, la composition des épreuves a été élargie de 180 à 245 épreuves. De plus, le degré de standardisation de la procédure a été considérablement augmenté et de nombreuses aides ont été formulées pour les problèmes qui surviennent fréquemment (par exemple, les comportements typiques des enfants).

SAVE THE DATE

Symposium / Assemblée Générale

18.03.2023

Coups de coeur à l'hôpital pédiatrique Zürich - Eleonorenstiftung

25 Ans

physiopaed

SHOP

Tous les produits tels que les affiches, les brochures, les dépliants, les lettres types et le bulletin peuvent être obtenus sur la boutique en ligne de physiopaed! **www.physiopaed.ch/shop**

Boîte RP
Il est possible d'emprunter du matériel tel que des dépliants ou des brochures faisant la promotion de la physiothérapie pédiatrique à la boîte RP pour des manifestations, des formations ou tout autre événement.

Vous pouvez vous faire envoyer ces documents par la poste ou les retirer en personne. Veuillez contacter Lea Moinat au moins 30 jours avant l'événement prévu:

pr@physiopaed-hin.ch
Tél: 076 685 53 43

Produits des cercles de qualité et des groupes de travail
La physiothérapie respiratoire chez les nourrissons et les jeunes enfants atteints de mucoviscidose (CF). Disponible sur **www.cf-physio.ch**

ADRESSES ET CONTACTS

Adresse	**physiopaed**	9000 St. Gallen
Secrétariat	**siège administratif de physiopaed bürowerkstatt** Rodteggstrasse 3a 6005 Luzern	Tel: 041 368 40 36 ppgeschaeftsstelle@rodtegg.ch www.rodtegg.ch
Rédaction	**Claudia Vogel-Ferdinand**	redaktion@physiopaed-hin.ch
Site web	**Nicole Näf Richiger**	website@physiopaed-hin.ch
Sponsoring	**Johanna-Lisa Burget**	sponsoring@physiopaed-hin.ch

COMITÉ DIRECTEUR

Présidente	**Judith Graser**	praesidium@physiopaed-hin.ch
Groupe Formation Continue	**Christelle Anyig**	weiterbildung@physiopaed-hin.ch
Groupe Qualité	**Lea Meier**	qualitaet@physiopaed-hin.ch
Groupe Finances	**Sabine Burget Richter**	finanzen@physiopaed-hin.ch
Groupe Relation Publique	**Lea Moinat**	pr@physiopaed-hin.ch
Groupe Politique Professionnelle	**Jasmin Basler**	berufspolitik@physiopaed-hin.ch

Vous ne savez pas à qui vous adresser? Utilisez le formulaire de contact sur la page internet:
www.physiopaed.ch/fr/contact/

ANNONCES ET OFFRES

PUBLICITÉ ET PETITES ANNONCES DANS LE BULLETIN

Veuillez envoyer vos annonces à l'adresse suivante:
redaktion@physiopaed-hin.ch

Annonce et position	Taille	Prix
Dos de la couverture intérieur et extérieur (coloré) A4 1050.–	A4	1050.–
Couverture intérieure devant (coloré) A4 900.–	A4	900.–
1 page (noir / blanc)* A4 600.–	A4	600.–
1 / 2 page (noir / blanc)* 170 × 117 mm (format paysage) 300.–	170 × 117 mm (Querformat)	300.–
1 / 4 page (noir / blanc)* 82 × 117 mm (format portrait) 150.–	82 × 117 mm (Hochformat)	150.–
Supplément publicitaire Après consultation 1200.–	Nach Absprache	1200.–

*le bulletin imprimé apparaît en noir et blanc à l'intérieur, le bulletin en ligne est en couleur sur toute sa surface.
Tous les prix sont en francs suisses

Remise répétée (numéros consécutifs): 2 ×: 10 %, 3 ×: 15 %, 4 ×: 20 %

Soumissions en format PDF par e-mail, wetransfer.com ou Dropbox-file

Photos min. 300 dpi ou la photo originale ou le papier à lettres original avec logo

D'AUTRES POSSIBILITÉS DE FAIRE DE LA PUBLICITÉ SONT DISPONIBLES SUR LA SITE WEB

Les **annonces de cours, de congrès** et de symposiums peuvent être publiées sur la site web,
les informations et les prix se trouvent sous:
Pour les professionnels / Informations sur la formation continue

Offres d'emploi: Les prix ainsi que les conditions de soumission peuvent être consultés sous:
Association / Publier une annonce d'emploi

Publicité: Vous avez la possibilité d'informer tous les membres de physiopaed de votre offre par voie électronique. Le bureau coordonnera l'envoi électronique de votre offre. Informations et prix sous:
Vereinigung / Werbung und Sponsoring

Sponsoring: Les exposants ont la possibilité de promouvoir leurs produits lors du symposium annuel et de l'assemblée générale. Les prix et le formulaire de contact se trouvent sous:
Association / Publicité et sponsoring

Physiopaed se réserve le droit de ne publier que les annonces dont le contenu répond aux objectifs de l'Association.

WWW.PHYSIOPAED.CH

MEMBRE

DEVENIR MEMBRE

L'association physiopaed renforce la position de la profession des physiothérapeutes pédiatriques et patronne le domaine spécialisé de la physiothérapie pédiatrique ainsi que la mise en réseau des thérapeutes. L'association représente les intérêts et les préoccupations professionnelles de ses membres au niveau public et auprès des instances politiques.

Comme membre, vous bénéficiez de notre large offre de services:

Assemblée générale annuelle et journée annuelle de formation continue

physiopaed-bulletin

Informations sur le développement de la physiothérapie pédiatrique dans le pays et à l'étranger

Liste des membres actuels des thérapeutes pratiquantes ayant une formation complémentaire spécifique en pédiatrie

Site web avec accès à l'espace interne et diverses options de téléchargement

Conseil et soutien sur les questions de politique professionnelle et des problèmes tarifaires

Cotisations annuelles

Membre «Senior» Formation continue spécialisée référencée, figure dans le registre des membres	fr. 250.–
Membre «Junior» sans formation spécialisée, ne figure pas dans le registre des membres	fr. 110.–
Membre institutions au moins 1 membre de l'équipe ayant une formation complémentaire en pédiatrie; membre sans droit de vote	fr. 250.–
Patronage	à partir de fr. 50.–

INSCRIPTION

Pour le traitement d'une demande, l'association a besoin d'un délai de 3 à 4 semaines.
Merci de votre compréhension.

Veuillez trouver le formulaire d'inscription sur la site web
www.physiopaed / association / comité directeur / devenir membre

IMPRESSION

Editrice
physiopaed – schweizerische Vereinigung
der Kinderphysiotherapeutinnen und -therapeuten

Equipe de rédaction
Sarah Clausen, Sandra Frauchiger, Elisa Garbani-Nerini,
Barbara Graf-Eckert, Claudia Vogel-Ferdinand, Sophie Wist

Adresse de la rédaction
Claudia Vogel, Riedlistrasse 20, 3123 Belp
redaktion@physiopaed-hin.ch

Mise en page
Aline Bär — www.atelier-linea.ch

Photo de couverture
www.shutterstock.com

Imprimerie
Druckerei Odermatt AG — www.dod.ch

Traductions
deepL Übersetzer — www.deepl.com

Contrôle du texte
Équipe de rédaction

Date limite de rédaction
1er août

Soumissions
Fichier Word par e-mail, sans formatage
Photos / logos etc. par e-mail / Dropbox / wetransfer.com
(environ 9 cm / 300 dpi)

Publié une fois par an, multilingue, 700 exemplaires

www.physiopaed.ch

Quand la sécurité engendre la confiance

Que les données des patients et clients doivent être protégées est pour vous une évidence en tant que physiothérapeute pédiatrique. Leur confiance en vous mérite la protection la plus efficace possible, surtout dans le monde numérique.

Conseils faciles à mettre en œuvre

Mieux vaut prévenir que guérir. Commencez dès aujourd'hui!

Comportement

- **Utiliser des mots de passe longs** avec aides mnémotechniques et/ou gestionnaire
- **Se méfier des expéditeurs inconnus**
  Ne pas ouvrir les pièces jointes suspectes
- **Transmettre les données sensibles sous forme cryptée** avec l'abo PP HIN:
  www.hin.ch/fr/pp

Organisation

- **La sécurité concerne le chef**
  Publier des directives, contrôler les processus et montrer le bon exemple
- **La sécurité concerne tout le monde**
  Chaque collaborateur est co-responsable dans son domaine
- **Sensibiliser le personnel**
  Avec des formations de sensibilisation régulières

Technologies

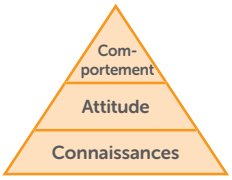
- **Maintenir constamment les systèmes à jour**
  Utiliser des anti-virus et installer rapidement les mises à jour
- **Sauvegardes régulières**
  Conserver celles-ci dans un endroit sûr
- **Restreindre les autorisations utilisateurs**
  Ne pas travailler avec le compte d'administrateur

La sécurité est une question de sensibilisation

La sécurité de l'information et des données va au-delà du seul aspect technologique. La clé réside dans la conscience du personnel, dans leur sensibilisation.

La gestion sécurisée des données numériques est très simple, et aucune connaissance informatique approfondie n'est nécessaire pour protéger son cabinet.

Nous vous formons, vous et votre personnel: www.hin.ch/academy



Pyramide de sensibilisation:
Connaissances, attitude et comportement sont interdépendants.

NOUS PROTÉGEONS VOS DONNÉES · HIN

Responsabilité assumée clairement visible
En tant que membre HIN, vous échangez des données de santé sensibles dans l'espace protégé de la communauté HIN et assumez votre responsabilité. Le label HIN vous permet de montrer en toute transparence votre engagement à vos patients et à vos partenaires.

Charte HIN sur la sécurité des données
Le label HIN se fonde sur cinq règles de base pour être entièrement protégé.

Pour en savoir plus sur la charte et le label HIN: www.hin.ch/label

HEALTH INFO NET SA – Av. des Sciences 13 – 1400 Yverdon-les-Bains – www.hin.ch – HIN Call Desk 0848 830 741

sportho gmbh

swiss made · bellwald

Wir unterstützen und helfen, die wirkliche Helden im Leben

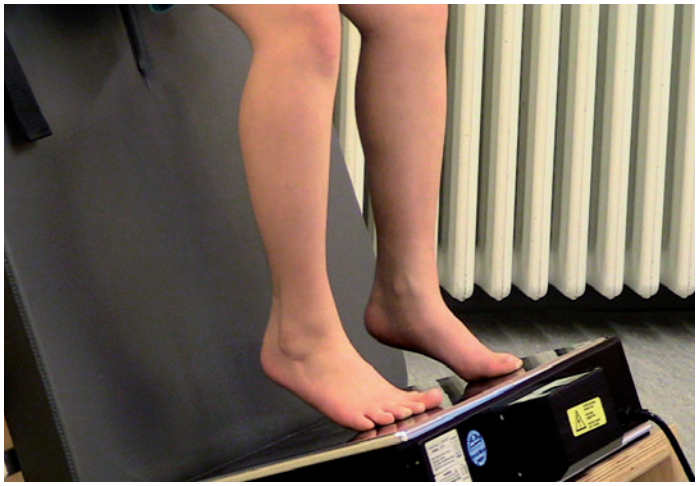
www.sportho.ch

sportho_gmbh
Bellwalderstrasse 471, Postfach 24, CH-3997 Bellwald

Galileo® in der Pädiatrie

Wann wird Galileo® Training in der Pädiatrie eingesetzt?

- Bewegungsstörungen aufgrund einer frühkindlichen Hirnschädigung
- Muskelerkrankungen, die mit Muskelschwund oder Muskelschwäche einhergehen, beispielsweise die spinale Muskelatrophie (SMA) oder die myotone Muskeldystrophie
- Unspezifische Muskelschwäche
- Zehenspitzengang
- Rheuma
- Haltungsprobleme, insbesondere Wirbelsäulenfehlhaltungen wie Rundrücken oder Skoliosen
- Verhaltensauffälligkeiten mit allgemeiner Bewegungsunlust
- Glasknochenkrankheit (Osteogenesis Imperfecta)
- Offener Rücken (Spina Bifida)



Galileo® Training

Remeda GmbH
Brahmsstrasse 18
8003 Zürich
Tel. +41 (0) 44 491 30 27
Fax +41 (0) 44 401 10 32
info@galileo schweiz.ch
www.galileo-schweiz.ch