

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	89 (1991)
Heft:	12
Artikel:	Complémentarité thérapeutique de la kinésitherapie gynécologique de Thure Brandt et de la technique de Kegel dans la rééducation du périnée
Autor:	Lehmans, Jean-Michel
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950177

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.01.2026

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

Complémentarité thérapeutique de la kinésithérapie gynécologique de Thure Brandt et de la technique de Kegel dans la rééducation du périnée

Jean-Michel LEHMANS

MK, service de chirurgie (Pr D. Berger), CHUV, Lauréat de la Fondation de France, psychomotricien enseignant, Chemin des Fleurettes 41, 1007 Lausanne.
Texte tiré des Annales de Kinésithérapie, 1991, no 7-8, p. 355-361, Ed. Masson, Paris.

Il y a dix ans est apparu en France, sous l'influence du gynécologue américain Arnold Kegel, un puissant courant qui a fait table rase de 150 ans d'histoire de la kinésithérapie gynécologique inaugurée par Thure Brandt. Cet article a pour but de rendre hommage aux pionniers et d'inciter à de nouvelles recherches. Démontrer qu'il existe des débordements d'énergie mais aucune synergie entre les grandes chaînes musculaires et le périnée prouverait que les observations physiologiques de Kegel et celles de Thure Brandt ne sont pas incompatibles et que leurs thérapeutiques se complètent parfaitement. A côté des traitements à prédominance électrothérapeutique actuels en redonnant la première place à des méthodes naturelles longuement éprouvées, on offrirait ainsi aux patients un éventail de techniques considérablement élargi, comme c'est le cas dans tous les autres domaines de la kinésithérapie.

L'objectif de cet article est de relancer la discussion sur les deux options historiques permettant d'aborder la rééducation du plancher pelvien: celle très restreinte, localisée aux seuls pubo-rectaux hypotones dont la contraction isolée s'épuise très vite, préconisée de notre temps par Kegel et celle bien plus ancienne mais globale, choisie par Thure Brandt, basée sur le recrutement d'un grand nombre d'autres muscles qui, en se contractant, viennent renforcer par débordement d'énergie la contraction volontaire d'un périnée affaibli. Démontrer que loin de s'exclure, ces deux options se complètent parfaitement honorerait la mémoire des nombreux prédecesseurs de Kegel et rendrait à leur méthode la place qu'elle mérite.

Certains croient, comme Odile Cotelie, que «la rééducation périnéale est une idée et une technique que nous devons à Kegel (1948)» et qui nous serait venue d'Amérique il y a dix ans (4). Pourtant, cette rééducation est née en Europe il y a près de cent cinquante ans. Le Suédois Thure Brandt en est le père incontestable ainsi que le confirmait déjà H. Stapfer en 1897: «Thure Brandt, le père du massage gynécologique, comme l'a appelé Schauta, et

plus exactement du traitement des maladies des femmes que j'ai qualifié de kinésique¹...» (21).

Gymnastique des muscles releveurs de l'anus selon Brandt et selon Kegel
Bien longtemps avant Kegel, Thure Brandt crée des exercices qui, jusqu'à ce jour, depuis près de cent cinquante ans, ont conservé tout leur prestige et toute leur valeur thérapeutique (13, 17). Il focalise d'emblée cette kinésithérapie sur les muscles releveurs de l'anus; mais, le plus souvent, il obtient la tonification de ces muscles par le «recrutement» d'autres groupes musculaires, alors que Kegel s'en tient à la musculation stricte des seuls pubo-rectaux (*planche I*).

Brandt pense, dès 1864, que «le mouvement des adducteurs fait contracter tous les muscles du plancher pelvien, surtout si la malade soulève haut le bassin. Fortifiés par cet exercice, les dits muscles résistent mieux à la pression des viscères et empêchent que cette pression ne rétroverse² l'utérus ou n'allonge les ligaments. On exécute ces mouvements en cas de prolapsus utérin et vaginal (recto- et cystocèle). On les exécute aussi en cas de rétoversion» (21).

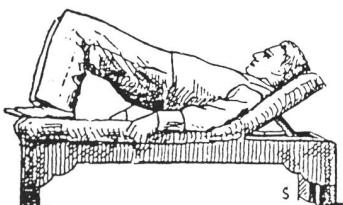
«Contre le relâchement périnéal, j'agis par le mouvement des adducteurs, bassin soulevé, et souvent par une gymnastique que la malade exécute chez elle trois à cinq fois par jour. Voici en quoi elle consiste: debout et appuyée ou couchée sur le dos, la femme croise les jambes, serre fortement les cuisses et contracte son périnée de façon à le tirer en dedans. Le mouvement est répété chaque fois à trois ou quatre reprises.» (21)

F. Vulliet, professeur de gynécologie et d'obstétrique à Genève, au sujet de la gymnastique de T. Brandt, dit, en 1890, que son «utilité s'explique par la solidarité contractile qui existe entre les adducteurs de la cuisse et les muscles intrapelviens, le releveur de l'anus en particulier. Quand les adducteurs se contractent énergiquement, le releveur se contracte aussi³. Si on se rend bien compte du rôle que joue ce diaphragme pelvien dans la contention des organes génitaux, on s'explique qu'il puisse y avoir un avantage à le renforcer...» (25).

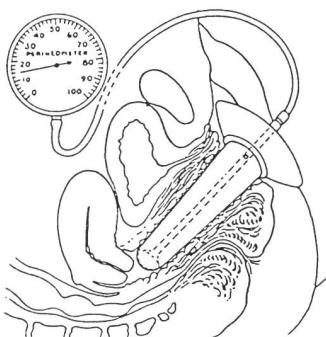
Le professeur Alcide Jentzer de Genève et M. Bourcart, son assistant de clinique, relatent en 1891 que «Von Preuschen (Centralbl. für Gynecol. no 13, 1888)⁴ communique des cas de guérison de prolapsus utérin, et insiste spécialement sur l'influence heureuse de la gymnastique sur la musculature pelvienne, dans le traitement du prolapsus. Il a constaté, sans expliquer ce phénomène intéressant, que la musculature pelvienne se contracte, principalement le releveur de l'anus, lorsque l'on fait travailler les adducteurs avec résistance. L'action du releveur est encore augmentée quand la malade soulève son bassin. Par la contraction du releveur, l'ouverture vaginale du diaphragme pelvien serait rétrécie, et par ce fait, la portion vaginale empêchée de descendre». Jentzer et Bourcart ajoutent que «Brandt fait travailler les adducteurs par l'écartement des genoux en station demi-couchée dorsale avec élévation du bassin et le releveur de l'anus (Kneifungen) en obligeant la malade à le contracter un certain nombre de fois de suite» (10). En 1898, A. Wide, directeur de l'Institut orthopédique de l'Etat de Stockholm, dans son traité traduit par M. Bourcart, décrit ainsi les exercices de Brandt:



«Adduction fémorale active» de T. Brandt, contre résistance (concentrique, à gauche et excentrique, à droite). (Stapfer H. Etude expérimentale raisonnée du système de Thure Brandt. Traité de kinésithérapie gynécologique, Maloine, Paris, 212, 1897) (21).



«Pont bustal» de T. Brandt, sans doute inspiré de la posture du Yoga «Setubandhasana», parfois attribuée à tort à Kegel (même référence, p. 211) (21).



Périnéomètre de Kegel (de 0 à 100 mmHg) (Maly B.J. Rehabilitation Principles in the Care of Gynecologic and Obstetric Patients. Arch. Phys. Med. Rehab. 61, 79, 1980)



Mouvements de gymnastique du releveur de l'anus.
La malade est debout, appuyée fortement contre le mur. Jambes et pieds croisés l'un sur l'autre. Fait plusieurs fois le mouvement de retenir les matières fécales et l'urine (D'après nature).

Autre exercice de T. Brandt: contraction du périnée, debout jambes croisées (Sosnowska H. Thérapeutique gynécologique. Indications et technique de la méthode de Brandt. Contribution personnelle. Doin, Paris, 95, 1922) (18).

Planche I. – les exercices pour le périnée conçus par Thure Brandt sont, depuis plus de cent ans toujours utilisés avec bénéfice. Le périnéomètre a été inventé par Kegel un siècle plus tard.

«Station demi-couchée: Adduction des jambes. La malade demi-couchée soulève le bassin en n'appuyant que sur ses pieds et sur sa nuque (ou ses épaules). Le gymnaste (à l'époque, le gymnaste médical assistait le médecin dans les traitements kinésithérapeutiques) écarte les genoux pendant que la malade résiste, puis la malade rapproche les genoux pendant que le gymnaste lui oppose résistance (mouvement excentrique et concentrique). Cet exercice, outre son action sur la circulation pelvienne, développe la musculature du plancher du bassin: on peut très

bien s'en rendre compte en maintenant un doigt dans le vagin pendant l'exécution du mouvement» (26) (*planche I*).

«Station demi-couchée: Relèvement du sphincter anal. Exercice pratiqué par la malade elle-même, en s'exerçant à faire fonctionner son sphincter anal, c'est-à-dire à faire des mouvements de contraction du sphincter, comme ceux que l'on exécute à la fin d'une selle. Ces mouvements fortifient la musculature du plancher du bassin» (26). Mais, c'est le professeur de gynécologie J.-A. Doléris de l'hôpital Boucicaut,

rédacteur en chef de «la Gynécologie», qui, en 1903, a ouvert le débat repris plus tard par Kegel. Il écrit: «La gymnastique, telle qu'elle est indiquée dans la méthode suédoise et dans les traités qui s'inspirent de cette méthode, m'a toujours paru vaine. Les gestes d'adduction des membres inférieurs combinés à des mouvements plus complexes, sur des appareils appropriés sont d'un effet insignifiant. Il y a un parti meilleur à tirer de quelque mouvements que je ne trouve décrits nulle part et qui répondent spécialement à l'entraînement gymnastique du releveur de l'anus» (5). Pourtant, le texte de A. Wide que nous venons de citer plus haut montre que Brandt, bien avant Doléris ou Kegel, préconisait le travail «isolé» des muscles releveurs de l'anus, à côté de ses exercices mobilisant le corps entier.

Rappelons que le travail isolé des muscles releveurs de l'anus, effectué sans appareillage, à l'aide du biofeedback, tel que le périnéomètre de Kegel ou de l'électrostimulation endocavitaire actuelle, est obtenu par des contractions dynamiques sans résistance ni point d'appui très fatigantes et non tonifiantes, car les disciples de Kegel sont défavorables à tout recrutement musculaire, jugé parasite, alors que les physiologistes savent que les muscles forts viennent en aide aux muscles faibles (7, 23). Au contraire, la contraction complète du périnée, renforcée par le recrutement de nombreux autres groupes musculaires, caractérise la kinésithérapie de Brandt et répond, comme la méthode des contractions statiques intermittentes (12), au travail isométrique contre résistance constante et avec de nombreux points d'appui. Pour ces raisons, elle n'est pas fatigante, n'essouffle pas et favorise électivement le développement des fibres lentes, toniques de type I (slow twitch), prépondérantes dans les muscles releveurs de l'anus (16).

D'une gymnastique périnéale au sens large de Brandt, on est progressivement passé à la microgymnastique stricte des pubo-rectaux de Kegel. Mais, le fait le plus important qui a échappé à beaucoup, est que Kegel, à l'instar de Doléris, a placé d'emblée cette kinésithérapie dans le champ de la psychomotricité de façon explicite et sans équivoque (5, 11).

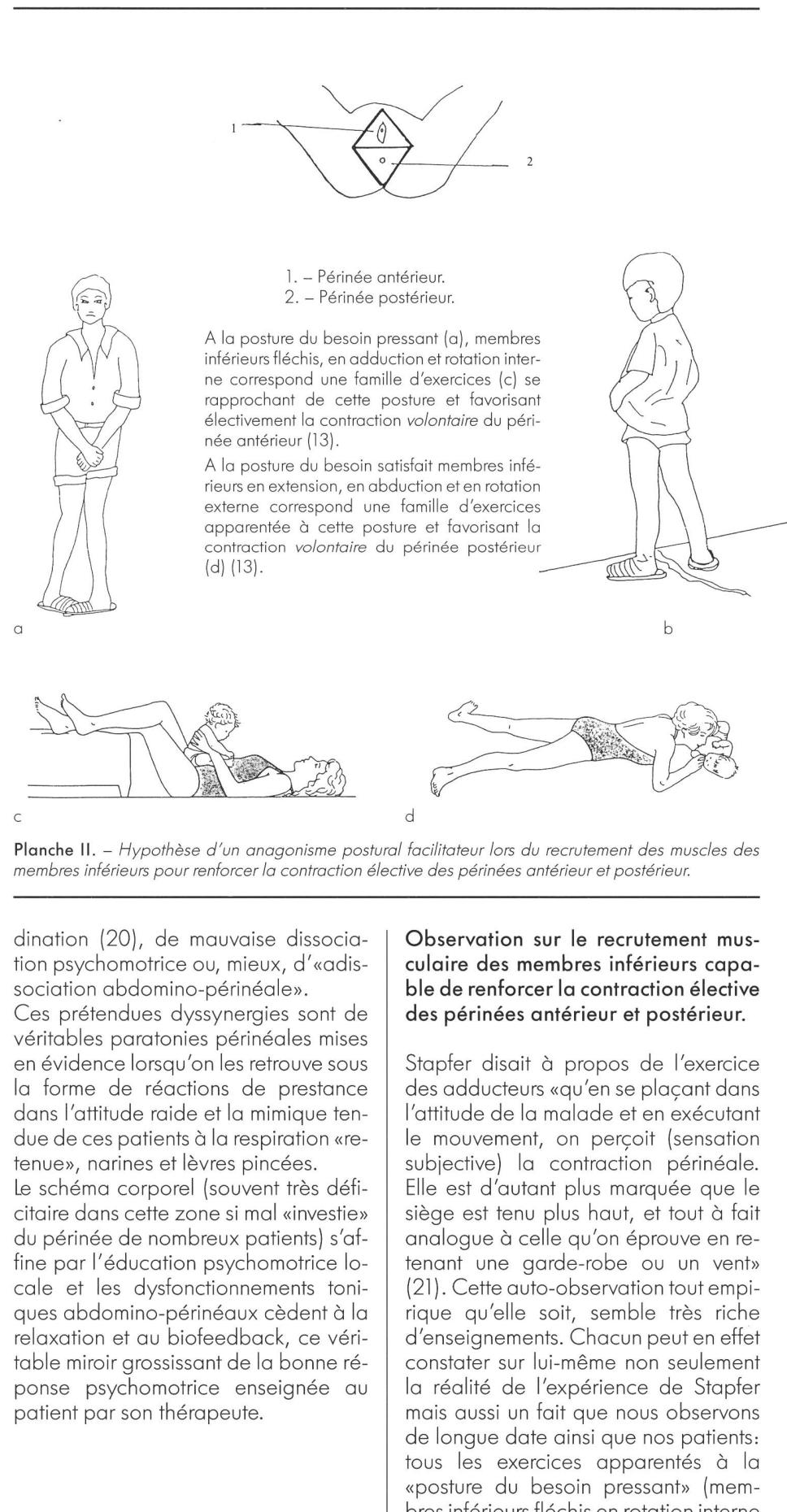
Kegel, biofeedback et psychomotricité

Arnold H. Kegel ne connaissait pas Thure Brandt et n'avait sans doute pas lu H. Vineberg (24) qui, parmi tant d'autres auteurs américains du siècle passé, ont parlé de Thure Brandt, mais il avait étudié H. Frenkel de Heiden (11), très officiellement déclaré père de la rééducation psychomotrice. Quand Kegel envisage le biofeedback en 1948, il se réfère en premier à Frenkel et à son programme d'exercices pour le traitement de l'ataxie locomotrice (6). Son périnéomètre est, par définition, comme tous les biofeedbacks, une technique strictement psychomotrice. (Tout ce qui est sensori-moteur et passe par la conscience pour aboutir à un acte moteur volontaire est par définition psychomoteur.)

Brandt, nous l'avons vu, demande à la malade «debout et appuyée ou couchée sur le dos, de croiser les jambes, de serrer fortement les cuisses et de contracter son périnée de façon à le tirer en dedans...» (21). Cela montre clairement qu'il avait constaté que la contraction des adducteurs était insuffisante à entraîner «elle seule celle du périnée mais qu'elle renforçait considérablement sa contraction volontaire. Par nécessité fonctionnelle, il n'existe heureusement pas de synergies vraies entre le périnée et tout autre groupe musculaire du tronc ou des membres. C'est pourquoi, l'inversion de commande abdomino-périnéale gynécologique, ainsi que l'anisme des constipés, ne sont pas des dyssynergies abdomino-sphinctériennes comme on le dit si improprement. Dans le premier cas, à la demande de serrer son périnée (vêrouillage) en relâchant ses abdominaux, la patiente, en percevant mal ce qu'elle contracte et en voulant trop bien faire, commet un véritable «lapsus corporel»: elle réalise l'inverse, contracte le ventre, relâche son périnée et perd ses urines!

Dans le cas de l'anisme, alors que le patient effectue une poussée thoraco-abdominale défécatoire en hypertension, il contracte simultanément l'anus qu'on lui demande de relâcher, et entretient ainsi sa constipation.

Au lieu de dyssynergie abdomino-sphinctérienne ou d'asynchronisme (puisque la mauvaise réponse est synchrone), il faudrait parler d'incoor-



dination (20), de mauvaise dissociation psychomotrice ou, mieux, d'«adissociation abdomino-périnéale».

Ces prétendues dyssynergies sont de véritables paratonies périnéales mises en évidence lorsqu'on les retrouve sous la forme de réactions de prestance dans l'attitude raide et la mimique tendue de ces patients à la respiration «retenue», narines et lèvres pincées. Le schéma corporel (souvent très déficitaire dans cette zone si mal «investie» du périnée de nombreux patients) s'affine par l'éducation psychomotrice locale et les dysfonctionnements toniques abdomino-périnéaux cèdent à la relaxation et au biofeedback, ce véritable miroir grossissant de la bonne réponse psychomotrice enseignée au patient par son thérapeute.

Observation sur le recrutement musculaire des membres inférieurs capable de renforcer la contraction élective des périnées antérieur et postérieur.

Stapfer disait à propos de l'exercice des adducteurs «qu'en se plaçant dans l'attitude de la malade et en exécutant le mouvement, on perçoit (sensation subjective) la contraction périnéale. Elle est d'autant plus marquée que le siège est tenu plus haut, et tout à fait analogue à celle qu'on éprouve en tenant une garde-robe ou un vent» (21). Cette auto-observation tout empirique qu'elle soit, semble très riche d'enseignements. Chacun peut en effet constater sur lui-même non seulement la réalité de l'expérience de Stapfer mais aussi un fait que nous observons de longue date ainsi que nos patients: tous les exercices apparentés à la «posture du besoin pressant» (membres inférieurs fléchis en rotation interne

et en adduction) augmentent la contraction volontaire du périnée antérieur (3e réflexe inhibiteur périnéo-détrusor de Mahony). A l'inverse, ceux correspondant à la «posture du besoin satisfait» (membres inférieurs en extension, en rotation externe et en abduction), favorisent électivement la contraction volontaire du périnée postérieur (*planche II*). Il existerait un certain antagonisme postural facilitateur qui mériterait très certainement une étude électromyographique approfondie en raison de ses applications thérapeutiques.

La première patiente de Thure Brandt: un homme!

On ne peut terminer de citer ces courts extraits de l'histoire de la kinésithérapie gynécologiques sans rapporter une surprenante anecdote intéressant la gastroentérologie: la première «patiente» ayant bénéficié de cette kinésithérapie gynécologique était un homme, soldat atteint soudain d'un prolapsus rectal que Thure Brandt réduisit avec succès (15). La méthode de Brandt est née de cet événement, en 1847, pendant les exercices du régiment d'infanterie de Skaraborg auquel appartenait le major Thure Brandt (22). Il traita aussi toute sa vie les rectocèles et ne séparait pas dans son «système» le périnée antérieur du périnée postérieur. Cette unité du périnée et de sa prise en charge thérapeutique est particulièrement bien connue des chirurgiens de pédiatrie qui ont souvent à traiter des pathologies mixtes, à la fois urinaires et anorectales.

Approche globale du patient et de son périnée

Formé dans l'esprit de l'approche globale du patient, le kinésithérapeute doit avoir une vision unifiée des deux périnées.

¹ Le Suédois Georgii, maître de T. Brandt à l'Institut gymnastique central de Stockholm, avait créé le mot «kinésithérapie» en 1845, mais Stapher ne l'apprit que plus tard par Saquet (22).

² Sic.

³ Cette affirmation de F. Vulliet est un sujet actuel de discussions (8).

⁴ Référence citée dans le texte de Jentzer et Bourcart.

Cela nous amène tout naturellement à envisager de regrouper les techniques physiothérapeutiques concernant le plancher pelvien sous la dénomination générale de «kinésithérapie des dysfonctionnements des réservoirs exonérateurs et des prolapsus» ou plus simplement «rééducation des troubles de la sphère pelvienne», dénomination retenue par l'équipe de chirurgie pédiatrique d'Aubert à Besançon (2).

Réunir la kinésithérapie de Brandt et la technique de Kegel

Il y a plus de cent ans, la gymnastique périnéale a bien traversé l'Atlantique, mais dans le sens Europe-Amérique. La

gymnastique de Thure Brandt a survécu tant bien que mal, car on a oublié son nom et son «système». On a ensuite mélangé sans discernement (9) les précieux exercices qu'il avait conçus avec les exercices dits «abdominaux», jambes tendues en l'air, favorisant les prolapsus et si catastrophiques pour le périnée (3). Le courant kegeliens n'a pas fait le tri et a tout jeté, laissant ainsi le champ libre à la prolifération d'un appareillage sophistiqué et coûteux. Mais aujourd'hui, on reconnaît que l'électrothérapie ne peut à elle seule tonifier de façon durable un périnée affaibli et qu'elle doit, dans ce domaine, rester une technique de complément à visée sensori-motrice (1). Déjà en

Références

1. Arnould J. – *Prévention et traitement précoce de l'incontinence urinaire d'effort postpartum*. Mémoire de diplôme de l'A.I.R.U.G., 37, 1990.
2. Aubert D., Chavrier Y., Destuynder O., Corru J.-Y. – *Rééducation des troubles de la sphère pelvienne chez l'enfant*. Journée organisée par le G.R.R.U.G. à Saint-Etienne, le 17 novembre 1990.
3. Bidou G. – *Traitement électrique de l'incontinence essentielle d'urine*. *Le Dauphiné méd.*, 1907, 1, 1.
4. Cotelle O. – *Guide pratique de rééducation uro-gynécologique*. Ellipses, Paris, 1985.
5. Doléris J.-A. – Des ptoses génitales. *La Gynécologie*, 1903, 8, 292, 396.
6. Frenkel H.S. – Dans *Zeitschrift für klinische Medizin*, 28, 66-78, 1895; et De l'exercice cérébral appliqué au traitement de certains troubles moteurs. *La Semaine Médicale*, 1896, 16e année, 123-124.
7. Gilbert M.-A. – Rééducation du périnée par la méthode des réflexes posturaux. *Ann. Kinésithér.*, 1984, 11, 95-101.
8. Grosse D., Sengler J., Cappelletti M., Jurascheck F., Jurascheck E. – Recrutement du plancher pelvien, place des synergies musculaires. *Ann. Réadapt. Méd. Phys.*, 1990, 33, 275-281.
9. Günther H., Kohlrausch W., Teirich-Leube H. – *Gymnastique médicale en gynécologie*. Doin, Paris, 180-191, 1973.
10. Jentzer A., Bourcart M. – *Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes (méthode de Thure Brandt)*. Georg, Genève et Carré, Paris 12, 125-126, 1891.
11. Kegel A.H. – *Progressive Resistance Exercise in the Functional Restoration of the Perineal Muscles*. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1948, 56, 242.
12. Lehmanns J.-M. – Rééducation fonctionnelle du périnée par la méthode des contractions statiques intermittentes (C.S.I.). *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1984, 13, 903-909.
13. Lehmanns J.-M. – *Gym Gâline*. Payot, Lausanne et Doin, Paris, 13-14, 49, 68, 1988.
14. Lehmanns J.-M. – *Les deux courants historiques de la rééducation du périnée et leur complémentarité actuelle, de Thure Brandt à nos jours*. Mémoire de diplôme de rééducation en uro-gynécologie, université de Saint-Etienne, en cours de rédaction.
15. Levin. – *Rapport lu à la Société médicale de Stockholm sur le traitement gymnastique du major Th. Brandt dans les affections utérines; Hygiaea*, 2, 1865; cité dans la Nouvelle méthode gymnastique et magnétique... de Thure Brandt, Stockholm, 53, 1868.
16. Minaire P. – *Apport de l'électrostimulation dans la rééducation des incontinences urinaires*. Congrès européen de rééducation fonctionnelle, de réadaptation et de médecine physique, Strasbourg, 18-20 septembre 1986, 4.
17. Slusky R. – La rééducation et la culture physique dans la cure du prolapsus génital et de l'incontinence d'urines. *Gynécol. Prat.*, 1970, 21, 207-215.
18. Sosnowska H. – *Thérapeutique gynécologique. Indications et technique de la méthode de Brandt. Contribution personnelle*. Coin, Paris, 89-96, 1922.
19. Schauta F. – *Über gynäkologische Massagé. Med. Wandervorträge*, 1889.
20. Schepers A., Gilson J. – Rééducation abdomino-périnéale par biofeedback chez les enfants encoprésiques ou présentant des troubles du contrôle de la défécation. *Ann. Kinésithér.*, 1990, 17, 321.
21. Stapher H. – *Etude expérimentale et raisonnée du système de Thure Brandt. Traité de kinésithérapie gynécologique*. Maloine, Paris, préface XIII, 172, 1897. Suivi de *Traitément des maladies de femmes*. Thure Brandt, Berlin, 1893. Traduit par Von Sneidern E. et Stapher H., 432, 518-519, 564-567. («Uterinlidanden och prolapsen», T. Brandt, Stockholm, cité p. 450), 1864.
22. Stapher H. – *Manuel pratique de kinésithérapie*. Alkan, Paris, 1-4, 1913.
23. Viel E. – *La méthode Kabat*. Monographie de l'E.C.K. de Bois-Larris, 3e édit. Masson Edit., Paris, 1978, 20, 89.
24. Vineberg H.H. – Thure Brandt's Methode. *N.-Y. Med. Journ.*, 1891; puis N.-Y. *Am. J. Obstet.*, 1893, 27, 392.
25. Vuillet F. – *Le massage gynécologique. Technique, observations, etc. Bureau des publications du Journal de Médecine de Paris*, 1890, 25-27.
26. Wide A. – *Traité de gymnastique médicale suédoise*. Traduit, annoté et augmenté de plusieurs chapitres sur les affection abdominales et gynécologiques par Bourcart (M., Georg et Co., Bâle et Genève, 267-268, 1898).

1907, Gabriel Bidou ne la considérait que comme un simple adjuvant dans le traitement de l'incontinence urinaire (3).

Il faut empêcher le mythe de «Kegel, père de la kinésithérapie gynécologique» de s'installer et réhabiliter Thure Brandt en relisant et en dépouillant les centaines d'écrits le concernant, publiés de son temps dans toutes les langues par les plus grands noms de la médecine. Chargés de mission très officiellement par leur pays, ils se rendaient à Stockholm auprès de Brandt pour y étudier et y apprendre son «système».

Il faut aussi éviter d'attribuer à Kegel, comme on le voit parfois, des exercices, tels que le 1/2 pont bustal, créés par Thure Brandt. Il n'existe qu'un seul exercice de Kegel, gynécologue, celui de la contraction des pubo-rectaux

contre résistance manuelle, au moyen du périnéomètre ou sans aide. Brandt, officier de santé et gymnaste médical, a inventé une kinésithérapie complète avec laquelle il traitait aussi bien les problèmes uro-gynécologiques et obstétricaux que ceux de l'intestin proximal et terminal (*planche I*).

Conclusion

Approche gymnique et psychomotrice globale (7, 13, 17), biofeedback et approche endocavitaire locale (4, 12), doivent être combinées et développées dans un esprit scientifique réunificateur. Il est souhaitable de reprendre l'étude inachevée commencée à Mulhouse (8) et de préciser la physio-

logie musculaire se rapportant aux débordements d'énergie (diffusions) des divers groupes musculaires vers le diaphragme pelvien, en ne négligeant aucun paramètre, en particulier postural et respiratoire.

En prouvant leur complémentarité et en réconciliant les deux courants historiques de la rééducation fonctionnelle du plancher pelvien depuis Thure Brandt et Arnold Kegel, remis chacun à leur juste place (14), on évitera bien des polémiques et l'on offrira aux patients un plus grand choix thérapeutique.

L'Histoire de la Santé est incontournable; elle relie l'arbre à ses racines. En reconnaissant que la respiration relie le nez au périnée, que le périnée postérieur ne peut pas être séparé du périnée antérieur, on découvrira que Kegel ne peut pas être séparé de Thure Brandt. □

Projet de création d'un Centre (vaudois) d'information, de documentation et d'étude sur la continence

Jean-Michel Lehmans

Projet soutenu par le CIRUS (cf. liste des abréviations en fin de texte)

Statistiques et coûts comparés de l'incontinence, en France et en Suisse

Avec 4 ans d'avance sur la médecine de réadaptation fonctionnelle suisse (1), l'hebdomadaire «Construire» s'intéresse à l'incontinence urinaire et annonce, en 1984, que «les magasins Migros seront les premiers en Suisse à proposer des protections pour adultes et contribueront ainsi à lever le tabou qui reste trop souvent attaché» à ce grave problème (2).

Statistiques: le même article de Construire affirme que «selon les statistiques hospitalières, 200'000 Suisses au moins sont atteints (à l'époque) d'une forme d'incontinence ou d'une autre» (2), soit environ 2,5% de la population suisse; chiffres repris il y a 2 ans par l'Illustré (3) et sans doute très sous-estimés. En 1986 «2 millions de personnes en France dont 1 million de femmes, 300'000 enfants, 300'000 hommes et 350'000 personnes âgées ou handicapées» sont dénombrés comme in-

continents (4). En 1991, la France comptabilise «3'000'000 d'incontinents urinaires» parfois «graves avec retentissement social et diminution des activités de sorties et de loisirs» (5), soit plus de 5% de la population française. Comme il n'y a pas de raison de penser que les étiologies de l'incontinence diffèrent beaucoup entre les 2 pays, on peut supposer qu'au moins 400'000 Suisses sont concernés aujourd'hui par ce handicap!

Coûts: Ils ne semblent pas, à ce jour, avoir été estimés en Suisse. En France, en 1986, «le coût de l'incontinence a été évalué à 1,2 milliard de FF pour le seul matériel absorbant... sans oublier que l'incontinence est une des causes, pas toujours avouées, de la mise en institution des personnes âgées qui, à elles seules, ne coûtent pas moins de 11 milliards par an» (6). En 1988, «les soins aux 2 millions d'incontinents entraînent une coûteuse consommation de matériels divers: couches-culottes, alèzes, articles de toilette, soit un mar-

ché de 3,5 milliards de FF. Ainsi l'incontinence apparaît comme un véritable problème de santé publique» (7). En extrapolant aux 400'000 incontinents urinaires suisses présumés, cela représenterait, aujourd'hui, une charge sociale d'au moins 200 millions de FS et bien plus encore si l'on y ajoute les coûts de l'incontinence fécale (socialement très invalidante) et de la constipation (affections, semble-il, dont on ne connaît pas bien les chiffres)!

Face à ces données statistiques et à ces lourdes dépenses, il paraît urgent de proposer la création d'un «Centre (Vaudois) d'Information, de Documentation et d'Etude sur la Continence» ayant pour objectif de coordonner au mieux toutes les initiatives tendant à améliorer les prestations aussi bien préventives et palliatives que thérapeutiques (en particulier: la rééducation fonctionnelle du périnée) concernant l'incontinence et les affections qui s'en rapprochent, afin de juguler les coûts très élevés qu'elles entraînent.

Buts du centre: informer la population dans le domaine de la prévention et des traitements et vaincre le tabou lié à l'incontinence et autres affections proches. Documenter le public et les professions de santé sur tous les moyens économiques de prendre en charge ces handicaps: rééducation fonctionnelle, matériel et appareillage de soins, moyens palliatifs...