

# L'artiste, sa performance, ses muscles et son angoisse

*Artists, their performances, their muscles and their fears*

**K. Van Loon<sup>1</sup> et D. Toussaint**

<sup>1</sup>Kinésithérapeute, <sup>2</sup>Médecine générale et Evaluation du Dommage corporel

## RESUME

*La bonne kinésithérapie ne peut se concevoir qu'après un examen physique approfondi de l'artiste. S'il est musicien, il apportera son (ses) instrument(s) et sera examiné déshabillé. Examiner un danseur à la barre est un plus. L'examen sera toujours complété par une iconographie de qualité.*

*La kinésithérapie est un vrai traitement, qui a ses limites, mais aussi ses dangers et ses contre-indications.*

*Rev Med Brux 2011 ; 32 : 398-402*

## ABSTRACT

*A thorough physical examination of the artist is a prerequisite of good physiotherapy. A musician should bring his/her instrument(s) and should undress in order to be examined. Being able to examine a dancer at the exercise barre is a significant advantage. In addition, this examination should always include quality medical iconography.*

*Physiotherapy is a genuine treatment. This, however, also means that it has its own restrictions and involves dangers and contraindications.*

*Rev Med Brux 2011 ; 32 : 398-402*

*Key words : artist, physiotherapy, music, violin, flute, guitar, conjuring, puppetry, dance*

Avec son âme au bout des doigts, sa sensibilité presque malade, son trac légendaire - et qui n'a rien de psychosomatique, l'artiste s'inscrit en marge d'une société fabriquée pour le rejeter dès que le rideau est tombé, dès que les lumières se sont éteintes...<sup>1</sup>.

Deux décennies et une petite récompense plus tard (Prix Hippocrate 2000), ces propos n'ont toujours pas changé.

L'artiste, ce travailleur de l'illusion, dont la prestation éphémère s'évanouit avec les derniers applaudissements, est probablement si fragile qu'il suffit d'une dysharmonie musculaire pour réduire à néant des heures et des jours de prestations publiques, d'entraînements intensifs.

Songez simplement qu'un violoniste travaille de quatre à six heures parfois d'affilée, qu'un jongleur laisse tomber (et ramasse) deux cents balles ou mayoches, et que le danseur reprend le saut de basque des dizaines et des dizaines de fois.

Voilà qui fatigue le muscle, l'endolorit, le contracte.

Son dos, ses épaules, c'est " comme du bois ", dit-on dans le milieu.

Et le lendemain, la performance ou les répétitions se déroulent, inlassablement.

Très vite, apparaissent ce que nous appellerons les phénomènes d'" *over use* " ; la goutte qui fait déborder le vase, le saut de trop ; et l'on arrive à la notion de pathologie musculaire, d'élongation voire de déchirure.

Tout cela s'arrangerait bien vite, le repos étant souverain. L'ennui, pour un artiste, c'est qu'une interruption temporaire de travail, en soi, est une aberration ! *Show must go on* ! Le spectateur a déjà payé sa place, parfois, depuis bien longtemps. Comment imaginer un arrêt de travail ?<sup>a</sup> Le même phénomène engendré le mardi (le lundi est un jour de relâche), se perpétue et s'aggrave de jour en jour. Il faut donc proposer des soins cependant que parfois se déroule le spectacle.

<sup>a</sup> Souvent, on modifie le spectacle, parfois au dernier moment, le voltigeur devient porteur, le soliste réduit sa prestation, le comédien joue avec un plâtre, etc.

## La kinésithérapie de l'artiste

Quelles sont les paramètres d'une kinésithérapie efficace ?

Qu'est-ce qui différencie l'approche de l'artiste ? Véritable différence ou imagination ?

La première préoccupation est celle du diagnostic.

Il doit être précis, rigoureux et répondre à la spécificité de l'artiste.

L'anamnèse doit être fouillée ; souvent, l'artiste s'exprime dans un langage ésotérique qui heurte le bon sens. Parfois, l'on sourit et l'on se moque : " J'avais deux vertèbres déplacées, mais le " chiro " me les a remis en place ! ". Voilà bien leur façon de s'exprimer ; il faut faire la part des choses et relativiser.

Cette anamnèse amènera à la connaissance de la suite des événements qui ont déclenché la pathologie.

Puis, on arrive à l'examen physique. Il y a nécessité d'examiner l'artiste déshabillé ! Le danseur sera à la barre, la danseuse mettra ses chaussons ou ses demi-pointes, le musicien apportera son instrument<sup>b</sup>.

Dès lors, le diagnostic s'affine ; on part de la région douloureuse, l'on se rend compte que la zone de " conflit " s'étend de proche en proche sur tout le membre. L'examen attentif, la palpation minutieuse débouche sur une proposition de kinésithérapie parfaitement ciblée.

### Comment alors envisager la kinésithérapie chez les artistes ?

Cette prise en charge est globale considérant l'artiste dans ses dimensions corporelles, psychosociales et professionnelles. Selon Tubiana<sup>2</sup>, les troubles musculo-squelettiques tels que les douleurs, les crampes, les tendinopathies, les dystonies apparaissent dans des contextes particuliers tels que surmenage, stress, auditions, nouveau cadre de travail, etc. Le kinésithérapeute, sans se substituer aux autres thérapeutes, doit tenir compte de ces aspects multiples.

D'un point de vue strictement mécanique, le kinésithérapeute propose des exercices de détente et d'étirements musculaires du membre lésé mais également de tout le corps afin de retrouver harmonie et équilibre. Les techniques proposées sont à adapter à chaque patient. On peut citer les exercices de contracter/relâcher, les étirements, le travail excentrique des muscles, etc.

Un autre aspect non négligeable de la prise en charge est la déprogrammation des gestes nocifs et le réapprentissage d'un mouvement correct, on entend

par là, un geste précis, dont la force appliquée est suffisante sans excès et dont les tensions musculaires parasites dans d'autres parties du corps sont limitées. Le kinésithérapeute doit pour aider l'artiste, analyser et comprendre les gestes professionnels spécifiques. Par exemple, une violoncelliste doit mettre suffisamment de pression sur ses doigts de la main gauche sans générer des tensions inutiles dans l'épaule et la nuque. Ces exercices se font souvent devant un miroir ou sont filmés. Pour les musiciens, la reprogrammation est ensuite travaillée d'abord sans l'instrument et parfois les yeux fermés pour une meilleure intégration, ensuite avec l'instrument.

La colonne vertébrale est l'axe principal du corps sur laquelle se fixent les membres, particulièrement le membre supérieur. Envisager un travail de perception, de renforcement, de stabilisation de la colonne vertébrale et du tronc est souvent indispensable.

Et enfin, il est aussi nécessaire de travailler la respiration tant dans un objectif mécanique mais aussi dans une visée relaxante.

Tel sera le regard particulier sur (au moins) quatre aspects, quatre zones de conflits problématiques :

- la main ;
- la bouche ;
- le pied. ;
- le dos.

### La main<sup>3</sup>

Nous parlerons essentiellement des musiciens, des jongleurs et aussi, des prestidigitateurs, des marionnettistes, etc.

Il est fondamental de connaître quelque peu l'instrument, le mode de vie de l'artiste, etc.

Et la connaissance, même rudimentaire du solfège facilite grandement la relation médecin - patient artiste.

Lors de la consultation, on parlera de la position du corps, de l'intensité et de la rapidité des mouvements ; par exemple, il faut se souvenir de l'incroyable performance des pianistes dans la deuxième sonate de JS Bach : 580 frappes digitales à la minute soit 1.160 mouvements dans l'unité de temps !

On se souviendra de la position particulière des mains du flûtiste : la droite en pronation, la gauche en supination et donc en flexion forcée. Chacun des instruments de musique a ses caractéristiques spécifiques<sup>4</sup>, il est donc indispensable, non seulement de demander à l'artiste d'apporter son instrument, car il faut observer la différence dans la tenue de ceux-ci (guitare sèche et électrique, piccolo,

<sup>b</sup> Un piano existe au centre des artistes (" Le Pamoc ").

grande flûte, flûte alto, etc.). Le poids de chaque instrument doit être pris en compte. Chaque doigt fait un travail particulier et fondamentalement différent : les muscles extenseurs et fléchisseurs ne travaillent pas de la même manière<sup>c</sup>.

Mention spéciale pour les éminences thénar et hypothénar chez les batteurs, les prestidigitateurs. D'où l'examen " de près " des mains de l'artiste. C'est la répétition du mouvement<sup>d</sup> sous les yeux du thérapeute qui amènera le choix du type de kinésithérapie. Cette même observation donnera l'occasion d'apprécier (de découvrir ?) la rapidité d'exécution de l'empalmage chez le prestidigitateur (deux à trois centièmes de seconde). Jointe à cette performance " de tous les jours " s'ajoute une angoisse, la peur de ne plus être à la hauteur, d'être découvert ! Même réflexion avec le jongleur ; lui ramasse ses balles et mayoches jusqu'à deux cents fois par jour en répétition, jamais en spectacle (si tout va bien) ! Le marionnettiste passe de pronation à supination chaque fois que le personnage sort de scène (marionnettes à fils) ! Guignol, c'est une infinie danse du poignet (marionnettes à gaine).

La main, symbole du geste, message de perfection, reste très fragile chez l'artiste<sup>e</sup>. C'est une raison impérieuse pour l'examiner, la soigner avec attention<sup>e</sup>.

### La bouche

N'est-il pas démarche curieuse, dans une séance vouée à la kinésithérapie, de songer aux manœuvres buccales ?

Non, observez le mouvement des lèvres chez les trompettistes, la précision du souffle chez le flûtiste... Tout ceci peut se dérégler, la coaptation des lèvres avec l'embouchure doit être parfaite et la pression sur celles-ci augmente avec la hauteur de la note. L'aperture diminue et toute l'énergie se concentre alors sur les buccinateurs, masséters, zygomatiques et orbiculaires des lèvres<sup>6</sup>.

Le forçage (syndrome de Satchmo) met à mal ces différents muscles<sup>7</sup>. Après une intervention, l'artiste doit se rééduquer lui-même, mais quelques séances de décontraction des masséters, des sterno-cléido-mastoïdiens, des chefs supérieurs du trapèze apportent une détente réelle.

### Le pied... et toute la jambe !

Il doit être l'objet de toutes les attentions chez les danseurs, tant classiques qu'autres.

Il ne faut pas tout masser !

Si la kinésithérapie est salutaire et réconfortante dans le hallux valgus, elle n'est en tous cas pas curative. Le temps et le frottement de l'articulation métatarsophalangienne sur le sol lors des pirouettes ont immanquablement raison du puissant ligament

entre le I et le II !<sup>6</sup>

Il est indispensable d'observer la montée, la descente et le maintien sur pointes pour situer non seulement les qualités artistiques et professionnelles des danseuses, mais aussi pour juger de la précocité de l'apparition de douleurs dans la cheville.

Avant de prescrire des séances de kinésithérapie, le diagnostic spécifique doit être établi, d'abord par la palpation, puis par l'inspection rigoureuse de l'iconographie (figure 1)<sup>8</sup>. Le piège serait la fracture de stress (fréquente chez les danseurs peu soigneux de leurs pieds !), l'os trigone<sup>9</sup>, la ténosynovite du long fléchisseur propre du I, etc. Dans ce type de pathologie, c'est l'honnêteté du praticien qui prime : il faut déconseiller la kinésithérapie !



**Figure 1 : Radiographie du pied d'une danseuse. Une étude attentive objective à la partie postérieure de l'astragale un os surnuméraire : l'os TRIGONE – il en existe d'ailleurs plusieurs variétés ! La kinésithérapie, dans ce cas, est inappropriée.**

*Le piège.... Faut-il masser ?*

Remontant le membre inférieur, les genoux seront examinés à la barre et en position couchée. On peut encore danser après ménissectomie, mais tout dépend de l'acharnement du patient, de la dextérité du

<sup>c</sup> L'auriculaire droit du guitariste ne sert (parfois) à rien, il est trop petit ! Celui de la main droite dans la flûte traversière manipule parfois cinq clés différentes !

<sup>d</sup> Reprise du même enchaînement de notes à partir de la partition.

<sup>e</sup> N'écoutez donc pas les esprits chagrins qui craignant peut-être la difficulté du geste thérapeutique, affirment qu'un patient peut seul se masser la ou les mains !

## ♪ STRETCHING ♪

*Quelques exercices à intégrer durant les pauses et après le jeu.  
Cela ne vous prend que quelques minutes !  
Les postures sont à réaliser progressivement, sans a-coup et de chaque côté.*



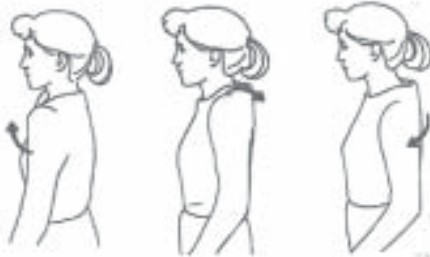
1. Tournez lentement la tête pour regarder par-dessus une épaule, puis l'autre. Répétez 5 fois.



2. Penchez la tête en avant, revenez à la position de départ, puis penchez-la en arrière. Répétez 5 fois



3. Avec une main, amenez l'oreille sur l'épaule. Maintenez 30 secondes.



4. Faites des cercles avec les épaules. 5 fois dans un sens, 5 fois dans l'autre sens.



5. En regardant droit devant soi, rentrez le menton et maintenez 5 secondes. Répétez 5 fois.



6. Tirez doucement sur le coude avec l'autre main jusqu'à ce qu'un étirement soit ressenti dans l'épaule. Maintenir 30 secondes.



7. Croisez les doigts dans le dos, bras tendus, rapprochez les omoplates. Levez doucement vers l'arrière. Maintenir 30 secondes.



8. Paume vers le bas.

9. Paume vers le haut.

N° 8 et 9 : le coude doit être tendu, et tous les doigts étirés (n'oubliez pas le pouce !) Maintenez 30 secondes – répétez 2 fois.

© 2008 - Camille JOSSE – Kinésithérapeute  
Camille.josse@rocketmail.com

Figure 2 : Protocole de stretching<sup>13</sup>.

chirurgien et “ *last but not least* ” de la compétence du kinésithérapeute !

Attention, dès le départ des séances de kinésithérapie, revoyez souvent le (la) patient(e): un genou “ gonflé ” est un signal d’alarme<sup>10</sup>. On masse trop ou mal.

Souvent les danseurs ne supportent pas l’inactivité. Les obliger à s’asseoir et regarder en salle de répétition est véritablement mortifère ! Proposez alors de “ marquer ”<sup>f</sup> ; à la leçon, ils feront la barre, progressivement, en évitant le “ milieu ” et les sauts.

La kinésithérapie chez un professionnel peut être journalière !

Les hanches seront examinées en position debout à la barre<sup>11</sup> (grands battements), et, uniquement s’il s’agit d’une danseuse professionnelle “ échauffée ”, on vérifiera l’amplitude du mouvement d’abduction (pied à l’oreille)<sup>12</sup>. L’iconographie est indispensable, trop d’arrachements au niveau des ischiens, de l’épine antéro-supérieure sont passés inaperçus ! La parole est au chirurgien orthopédique et non au kinésithérapeute.

## Le dos

La base de l’examen préliminaire concerne la mobilité et la position. A nouveau, l’examen de l’artiste déshabillé (s’il est musicien, jouant de son instrument) est impératif. Le dos est le réceptacle de toutes les tensions qui surviennent dans les membres. L’action du kinésithérapeute est parfois miraculeuse, puisqu’il “ remodèle ” toute la structure !

N’oublions cependant pas qu’il peut y avoir, chez les vieux musiciens, des tassements vertébraux, des lystésis au niveau lombaire chez la danseuse. L’hyperlaxité peut mener à la maladie de Bastrup, si douloureuse !

Mieux vaut prévenir que guérir !

Pour terminer cet aperçu du pouvoir, mais aussi du danger de la kinésithérapie, nous aimerions vous soumettre un protocole qu’il vous est loisible de remettre à vos patients artistes. Il contient des exercices simples alliant échauffements et étirements. Le *stretching* avant le jeu et durant la pause peut apporter tellement !

C’est un travail de C. Josse<sup>13</sup> qui combine deux spécialités : la **kinésithérapie** et la **musique** (figure 2).

## BIBLIOGRAPHIE

1. Toussaint D : Et si un artiste vous rendait visite ? Rev Med Brux 1994 ; 15 : 34-8
2. Tubiana R, Camadio P : Medical problems of the instrumentalist musician, 2000
3. Le Porrier H : La main du virtuose. Médecine des Arts. La Presse Médicale, 1970 ; 55
4. Chamagne P, Sauvage C, Toubiana R : Prévention des troubles fonctionnels chez les musiciens. Onet-le-Château, Collection Médecine des Arts, aleXitère, 1996 : Impression 960-032
5. Wristen BG, Jung MC, Wismer AKG, Halbeck MS : Assessment of Muscle Activity and joint Angles in Small-Handed Pianist. Medical of Performing Artists, Vol. 21, 1-03/06
6. Rouvière H : Masson et Cie, eds. 10<sup>ème</sup> édition, 1970. Tome I de l’Anatomie Humaine descriptive, topographique et fonctionnelle : Tête et cou ; Tome III de l’Anatomie humaine descriptive et topographique : membres
7. Planas J : Rupture of the orbicularis Oris in Trumpet Players (Le Syndrome de Satchmo). Plastic and Reconstructive Surgery, 1982
8. Chappel R : Comment poser le diagnostic de déchirure musculaire ? Dialogue Hospitalo-praticien, 1985
9. Hamilton WG : Stenosing Tenosynovitis of the flexor hallucis longus tendon and posterior impingement upon the os trigonum in ballet dancers. Foot Ankle 1982 ; 3 : 74-80
10. Baillon JM : Lésions articulaires et musculaires chez les danseurs. Acta Orthop Belg 1983 ; 49 : 112-6
11. Baillon JM, Rooze M, Ferrare E : Etude de la torsion tibiale chez la danseuse. Acta Orthop Belg 1983 ; 49 : 117-23
12. Toussaint D : Maladies professionnelles et pathologies dans le monde du spectacle. Licence spéciale en Médecine du Travail, ULB 1985/1986
13. Josse C : Prévention des atteintes musculo-squelettiques chez les musiciens. Mémoire master kinésithérapie, Bruxelles, 2007/2008

### Correspondance et tirés à part :

D. TOUSSAINT  
Avenue des Canaris 23  
1160 Bruxelles  
E-mail : daniel.toussaint-pamoc@skynet.be

Travail reçu le 19 juin 2011 ; accepté dans sa version définitive le 12 juillet 2011.

<sup>f</sup> Les gestes sont ébauchés, répétés surtout pour le rythme et la mémoire. Rien n’est fait en force.