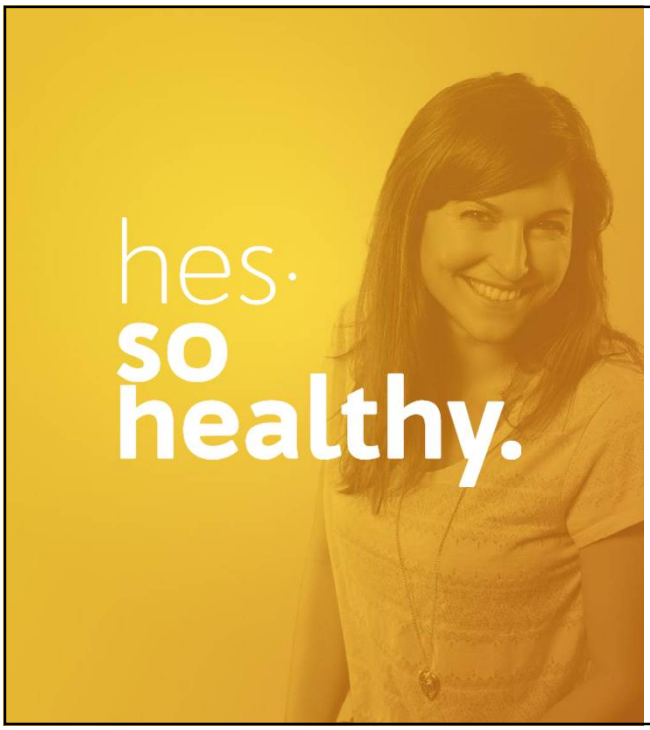


Hes·so VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé

HAUTE ECOLE DE SANTE

> Mouvements passifs de l'épaule

Introduction & articulation G/H

Fabien Gerber, PT OMTsvomp®, MAS msk
Benjamin Erpen, PT OMTsvomp®, MAS msk

Module 1004, Ba26, Octobre 2026

> Objectifs de cette partie

Hes·so VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé

1. Appliquer les **principes de sécurité** et de traitement en mobilisation passive
   - Position du patient
   - Position du thérapeute
   - Déroulement de la mobilisation
2. Appliquer en confiance au moins **une technique pour chaque direction de mouvement G/H**
3. **Ressentir** un mouvement articulaire passif
   - Sensations de fin de course
   - Amplitudes de mouvement
   - Grades de mouvement
4. Décrire précisément (**terminologie**, anatomie, …) la technique utilisée



> Plan de cette partie

Principes de traitement & sécurité	Position du **patient** Position du **thérapeute** Déroulement de la **mobilisation**
Grades de mouvement	Maitland Kaltenborn-Evjenth, SAMT
G/H : Mobilisations passives (examen & traitement)	Physiologiques Accessoires

1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 3

> Principes de traitement

- Position du **patient**
  - Selon la catégorie clinique de la situation
  - Accès à l'articulation
- Position du **thérapeute**
  - Stabilité
  - Contrôle
  - Dynamisme
  - Ergonomie
- Déroulement de la **mobilisation**
  - Prises (proches et englobantes)
  - Mouvement
  - Autres (communication, ease-off)

Principes de traitement en thérapie manuelle

Module 1004, Fabien Gerber

- **Position du patient**
  1. Selon la catégorie clinique
     - SIN → position antalgique
     - EOR → position 'à choix' (selon concept utilisé, objectif visé)
       - Maitland
         Position neutre, symptomatique, fonctionnelle (par exemple en fin de scaption)
       - SAMT, Kaltenborn-Evjenth
         Position de relâchement capsulo-ligamentaire
  2. Accès aisé à l'articulation
- **Position du thérapeute**
  1. Stabilité du thérapeute dans toute l'amplitude du mouvement
  2. Contrôle du segment mobilisé
  3. Position qui permet d'être dynamique
  4. Confort, ergonomie
- **Déroulement de la mobilisation**
  1. Prises
     - Prises proches de l'articulation traitée
     - Prises englobantes et « mousses »
  2. Mouvement
     - Respect de l'axe de mouvement (règle convexe-concave)
     - Accompagner toute la mobilisation « move your body »
     - Raccompagner à la position de départ
  3. Autres
     - Communication avec le patient (explications, en fonction de la mobilisation effectuée, du patient et de la catégorie clinique)
     - Mobilisation « ease-off » en fin de mobilisation (si mobilisé dans la résistance, effectuée en passif ou en actif)

HEdS, Fabien Gerber, 10.2026

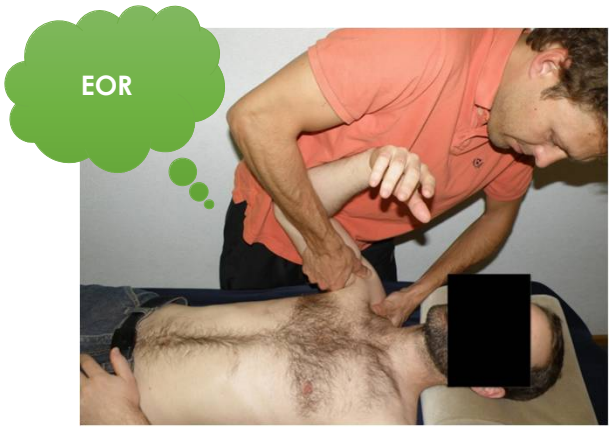
1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 4

> Principes de traitement

Hes·so VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé

Position du patient



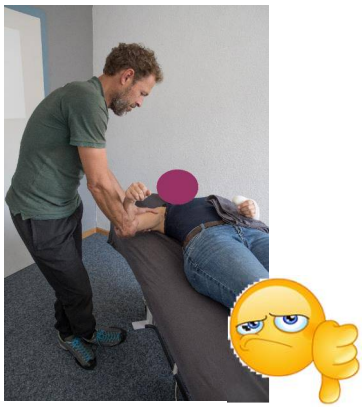


> Principes de traitement

Hes·so VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé

Position du thérapeute





> Principes de traitement

Hes·so VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé

Déroulement de la mobilisation



- Prises
  - Proches et englobantes
- Mouvement
  - Axe, accompagner tout le mouvement
  - Ne le relâcher que lorsqu'il est posé ou que le patient l'a repris en charge
- Divers
  - Communication
  - Ease-off après la mobilisation

> Principes de traitement

Hes·so VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé

Ease-off ?

Mouvement passif ***physiologique***
de ***grade II*** *(sans résistance et non-douloureux)*
ou actif*,*
pour relâcher la musculature, diminuer la douleur
le cas échéant, et remettre le patient en confiance.

Il est utilisé ***après toute technique contraignante***
(dans R ou P).

> Application des techniques passives



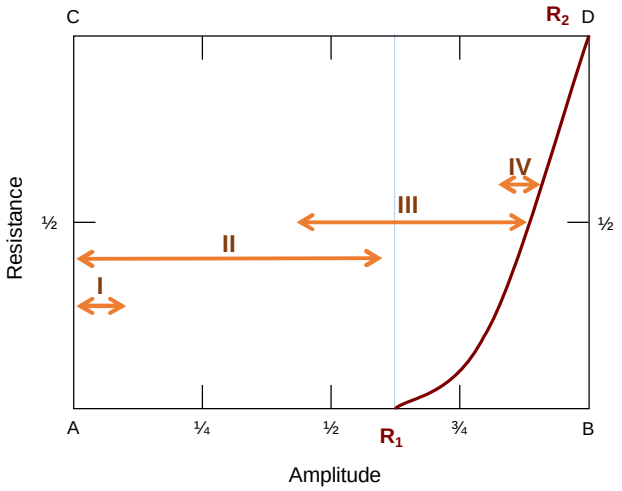
> Grade de mouvement selon Maitland

Amplitude et limite du mouvement	
Grade **I**	Mouvement de petite amplitude sans résistance
Grade **II**	Mouvement de grande amplitude s'arrêtant avant la première résistance (avant R_1)
Grade **III**	Mouvement de grande amplitude, va dans la résistance
Grade **IV**	Mouvement de petite amplitude, va dans la résistance
Grade **V**	Manipulation (mouvement de petite amplitude, rapide)

Rythme	
Grade **I et II**	Lent, oscillant
Grade **III et IV**	Rythme plus rapide (staccato)

> Grades de mouvement selon Maitland

- Avant R1
  - Grade **I**
  - Grade **II**
- Dans R
  - Grade **III**
  - Grade **IV**
- Manipulation
  - Grade **V**



> Grade de mouvement selon Kaltenborn-Evjenth / SAMT

Grade **I**	Dans la zone neutre Lève seulement les forces d'adhésion **Piccolo traction**
Grade **II**	Dans la zone élastique **Jusqu'à la tension**
Grade **III**	Dans la zone élastique **Dans la tension**
Grade **IV**	Dans la zone élastique, petit mouvement rapide **Manipulation** (high velocity trust)

> Grades de mouvement selon Kaltenborn-Evjenth / SAMT

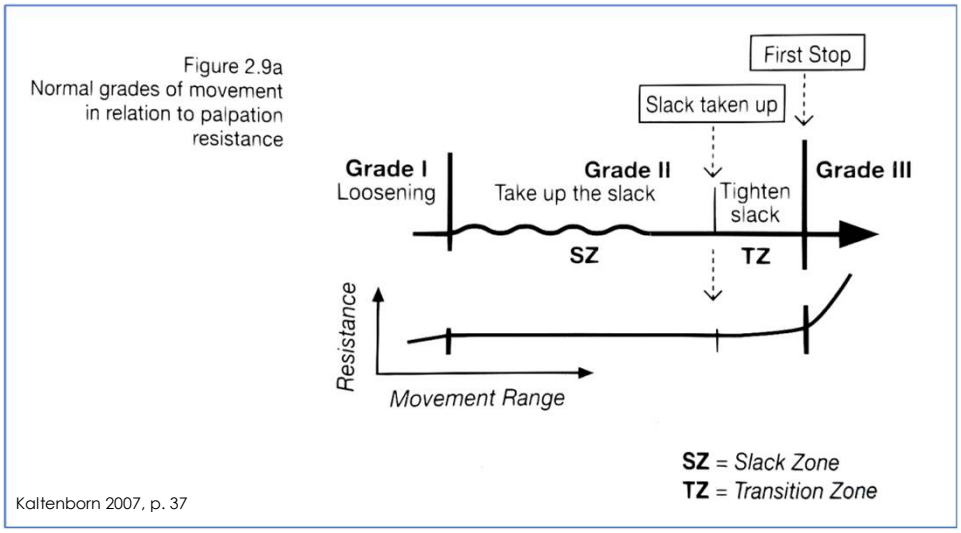


Figure 2.9a
Normal grades of movement in relation to palpation resistance

Kaltenborn 2007, p. 37

1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 13

> Petit rappel... Relâchement capsulo-ligamentaire

- La position de relâchement caspulo-ligamentaire de la G/H

  Scaption 45° / RI 10-20°

- ASTE préférentielle pour les mobilisation selon Kaltenborn & SAMT

Quelques abréviations courantes...

- C/O = complaint of
- P/E = physical examination
- Rx = traitement
- // = retest
- ASTE = Ausgangsstellung (position de départ)

1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

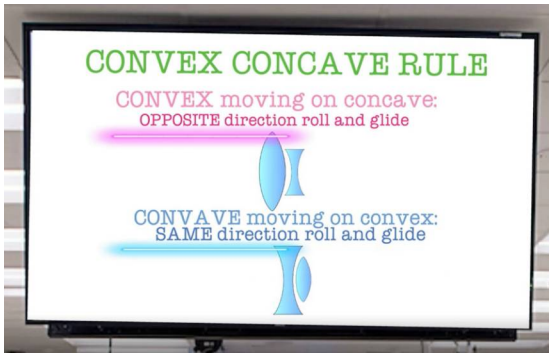
Haute Ecole de Santé | 14

> Petit rappel… Règle convexe-concave

- Partenaire **convexe mobile Glissé opposé** au roulé
  - Exemple : G/H
  - Tête humérale mobile et convexe

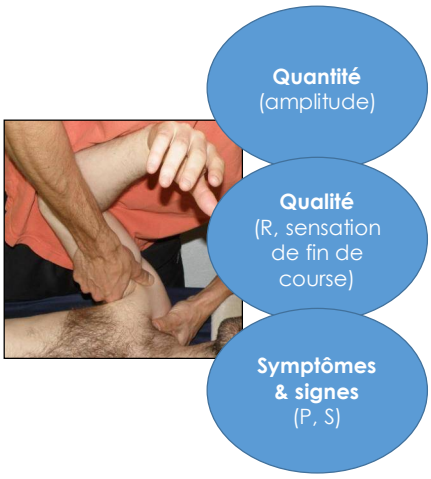


- Partenaire **concave mobile** Roulé et glissé = **même direction**
  - Exemple : SCC, plan sagittal
  - Protraction ceinture scapulaire
    - Clavicula avance (même direction)



www.physio-pedia.com/Kaltenborn_of_Hand

> P/E & Rx : Informations et notations



P/E : *Art & Direction mvt & Quantité, Qualité, Symptôme*

G/H F 70°, ✓, ① EOR

[PhysioTrad] : «L'articulation gléno-humérale a une mobilité en flexion de 70°. La fin du mouvement est élastique résistée et le patient ressent sa douleur numéro 1 en fin de mouvement.»

Rx : *In [position] : (do) Art. Mvt Grade, Temps*

In DD : G/H F IV, 5'

[PhysioTrad] : «En position DD, je fais une flexion gléno-humérale grade IV durant 5'»

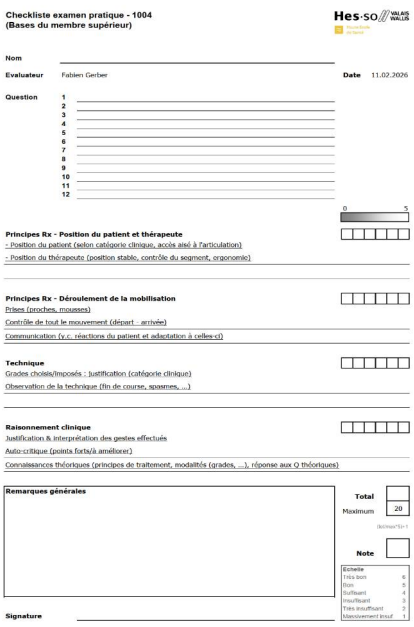
// (même notation que P/E)

G/H F 90°, ✓, ✓

> Critères d'(auto-)évaluation

1ère BSc : 4 domaines évalués

1. Principes de traitement (positionnement)
   - Position du patient
   - Position du thérapeute
2. Principes de traitement
   - Déroulement mobilisation (dynamique & accompagner)
3. Technique
   - Grades
   - Fins de course, spasmes, …
4. Raisonnement (clinique)
   - Justification des choix (position, technique, …)
   - Auto-critique
   - Connaissances théoriques (questions…)



Checkliste examen pratique - 1004
(Bases du membre supérieur)

Hes·so VALAIS WALLIS

Nom

Evaluateur Fabien Gerber Date 11.02.2026

Question 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

0 5

Principes Rx - Position du patient et thérapeute
- Position du patient (selon catégorie clinique, accès aisé à l'articulation)
- Position du thérapeute (position stable, contrôle du segment, ergonomie)

Principes Rx - Déroulement de la mobilisation
Prises (proches, mousses)
Contrôle de tout le mouvement (départ - arrivée)
Communication (y.c. réactions du patient et adaptation à celles-ci)

Technique
Grades choisis/imposés : justification (catégorie clinique)
Observation de la technique (fin de course, spasmes, …)

Raisonnement clinique
Justification & interprétation des gestes effectués
Auto-critique (points forts/à améliorer)
Connaissances théoriques (principes de traitement, modalités (grades, …), réponse aux Q théoriques)

Remarques générales

Total
Maximum 20
Note

Echelle
Très bon 6
Bon 5
Suffisant 4
Insuffisant 3
Très insuffisant 2
Mauvaisement insuf 1

Signature

Hes·so VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé

hes·so
so
healthy.



Mouvements passifs G/H

swissuniversities

ARTICULATION **G / H**

> Mouvements physiologiques

F : Flexion	**F** : Flexion
E : Extension	**E** : Extension
ABD : Abduction	**ABD** : Abduktion
RE : Rotation externe	**AR** : Aussenrotation
▪ *RE1*	▪ *AR1*
▪ *RE2*	▪ *AR2*
▪ *RE3*	▪ *AR3*
RI : Rotation interne	**IR** : Innenrotation
H. ADD : Adduction horizontale	**H. ADD** : Horizontale Adduktion
Scaption (uniquement en actif)	**Scaption** (nur aktiv getestet)

1004 | Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 20

ARTICULATION G / H

> Mouvements physiologiques combinés

- **HBB** (hand behind back)

G/H	Scap/Thx
E ADD RI	SI Tilt ant.



HBN (hand behind neck)

G/H	Scap/Thx
F ADD RE	SE Tilt post. Élévation



ARTICULATION G / H

> Tests de différenciation de régions/articulations

Objectifs

- Rechercher la région, l'articulation et/ou la structure source des symptômes
- Orienter la suite du P/E
- Cibler plus rapidement un Rx1

Modalités

- À la limite du symptôme/restriction, charger ou décharger sélectivement les différentes régions/articulations
- Isoler la composante de mouvement symptomatique
- S'utilise en actif et en passif

ARTICULATION G / H

> Mouvements passifs accessoires

Tous les mouvements qui ne peuvent pas être effectués activement (joint play)

AP : Glissé antério-postérieur	**AP** : Gleiten nach posterior
PA : Glissé postéro-antérieur	**PA** : Gleiten nach anterior
Glissé caudal	**Gleiten nach kaudal**
Traction	**Traktion**

ARTICULATION G / H

> ABD (abduction passive physiologique)

- Articulation
- Concept (M ou KE) & Mouvement effectué
- Position de départ (patient)
- Prise fixatrice
- Prise mobilisatrice
- Déroulement du mouvement
- Limite & sensation de fin de course attendues
- Amplitude attendue
- Remarques

ARTICULATION G / H

> Abduction

(M)	**In DD : G/H ABD I à IV**
START	DD
FIX.	Spina scapulae & clavicula (dans la 1ère commissure) (ÉLEV / SE)
MOB.	Humérus proximal (dans l'aisselle)
MVT	Plan frontal
L	R, élastique résisté
AMPL.	90°
REM.	Pour respecter les principes, la scapula est tout au bord d… table.



Toutes les techniques sont utilisées pour le P/E (examen physique) et le Rx (traitement).

Mouvements passifs épaule, Fabien Gerber, Benjamin Erpen, 10.2025 Haute Ecole de Santé | 32

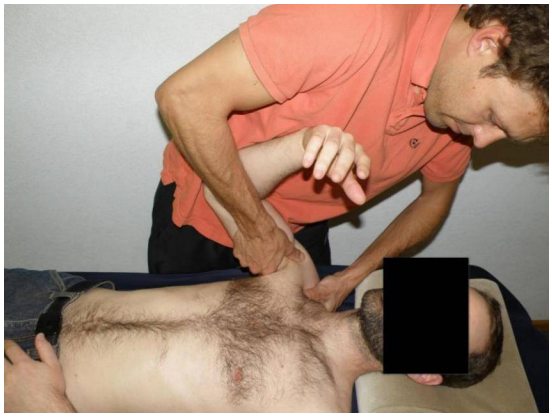
ARTICULATION G / H

Mouvements physiologiques G/H
Physiologische Bewegungen G/H

ARTICULATION G / H

> Flexion (1)

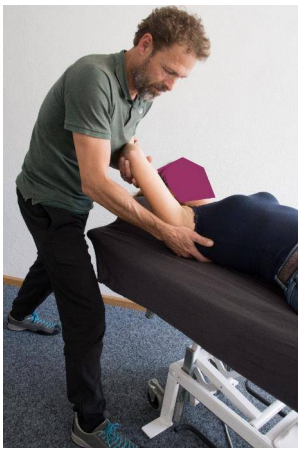
(M)	**In DD : G/H F I à IV**
START	DD
FIX.	Scapula, spina scapulae et clavicula (S/T : ÉLEV/SE/tilt post.)
MOB.	Englober la caput humeri (antérieur : pouce bien à plat & thénar)
MVT	Plan sagittal
L	R, élastique ou élastique résisté
AMPL.	90-100°
REM	Prendre le temps de bien sentir et fixer la scapula



ARTICULATION G / H

> Flexion (2)

(M)	**In DD : G/H F III et IV**
START	F globale EOR (à P1 ou R1)
FIX.	Margo lateralis de la scapula (S/T : ÉLEV/SE/tilt post.)
MOB.	Humérus
MVT	Plan sagittal
L	R, élastique
AMPL.	G/H 90-100°, global 180°
REM	Intéressant de « jouer » à inverser pt fixe / pt mobile





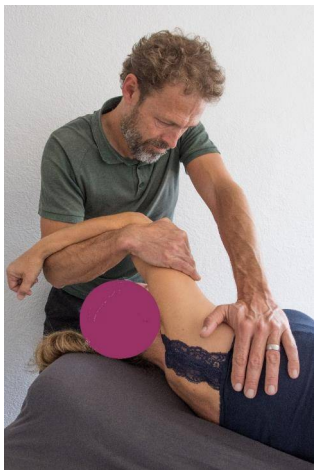
1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 27

ARTICULATION G / H

> Flexion (3)

(M)	**In DL CL : G/H F III et IV**
START	F globale EOR (à P1 ou R1)
FIX.	Margo lateralis de la scapula (S/T : ÉLEV/SE/tilt post.)
MOB.	Humérus
MVT	Plan sagittal
L	R, élastique
AMPL.	G/H 90-100°, global 180°
REM	Intéressant de « jouer » à inverser pt fixe / pt mobile



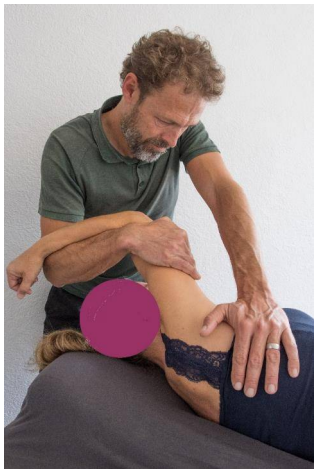
1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 28

ARTICULATION **G / H**

> Différenciation de l'articulation en flexion

TECH	**P/E Différenciation F in DL CL (controlatéral)**
START	Flexion globale juste à P_1/R_1
FIX.	Humérus devient le point fixe (inversion point fixe/point mobile) Soutenir le MS et prise à la face postérieure du bras
MOB.	Margo lateralis de la scapula (coude φ en EXT)
MVT.	Diminuer la SE de la scapula (augmente G/H F)
REM.	- P ↑ ? → G/H = source de douleur - P ↓ ? → G/H ≠ source de douleur



1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 29

ARTICULATION **A / H** - **PATHOLOGIES**

> Rotator cuff related syndrome

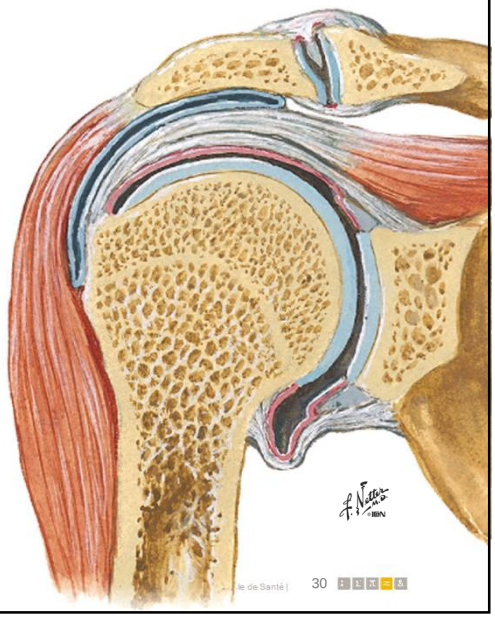
(ancien : « impingement », « conflit sous-acromial »)

Espace sous-acromial sain = 9-10 mm

Habité par…

- la bourse sous-acromiale
- les tendons des muscles de la coiffe (supraspinatus en particulier)
- le tendon du biceps brachialis caput longum

Glissements importants entre toutes ces structures pour un mouvement sain



1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 30

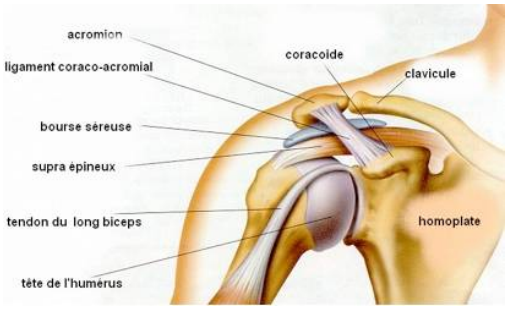
ARTICULATION A / H - PATHOLOGIES

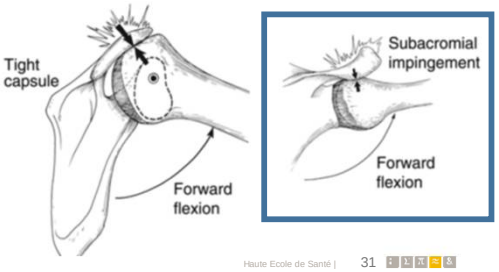
Hes·so VALAIS WALLIS

> Rotator cuff related syndrome

Facteurs contribuant

- Internes (structures)
  - bourse sous-acromiale (bursite)
  - tendons (œdème)
  - saillies osseuses (arthrose AC)
- Externes
  - Posture (tilt antérieur)
  - Capsule hypoextensible
  - Activités « overhead » et de lancer répétées
  - Dyskinésies Scap/Thx
  - Faiblesse des mm. CR
  - …





Research review science

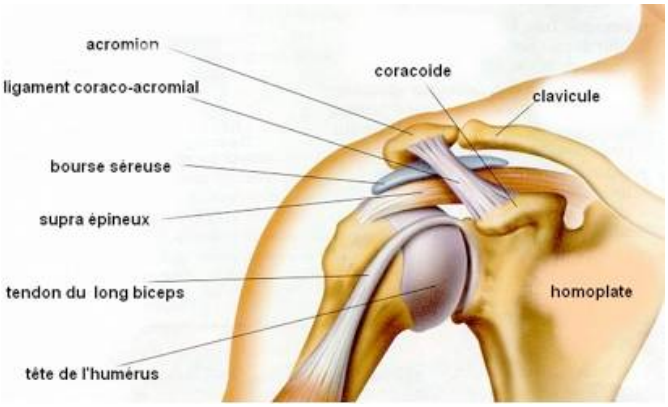
ARTICULATION A / H - PATHOLOGIES

Hes·so VALAIS WALLIS

> Rotator cuff related syndrome

P/E

- Observation
  - Posture scapula ?
- Mouvements actifs
  - Rythme scapulo-huméral ?
- Mouvements passifs
  - Limitations de l'A/H ?
- Tests si nécessaires
  - Force des muscles de la coiffe des rotateurs ?



Research review science

ARTICULATION G / H

> Extension

(M)	**In DD : G/H E I à IV**
START	DD (débord de table)
FIX.	Scapula (face postérieure) et clavicula (PRO / tilt ant.)
MOB.	Humérus proximal (pouce antérieur bien à plat avec thénar)
MVT	Plan sagittal
L	R, élastique
AMPL.	50°
REM	La scapula est plaquée contre la main fixatrice.



1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 33

ARTICULATION G / H

> Abduction

(M)	**In DD : G/H ABD I à IV**
START	DD
FIX.	Spina scapulae & clavicula (dans la 1ère commissure) (ÉLEV / SE)
MOB.	Humérus proximal (dans l'aisselle)
MVT	Plan frontal
L	R, élastique résisté
AMPL.	90°
REM.	Pour respecter les principes, la scapula est tout au bord de la table.



1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 34

ARTICULATION G / H

> Mobilité G/H vs Mobilité complexe épaule

!!! Ne pas confondre !!!

Rythme scapulo-huméral

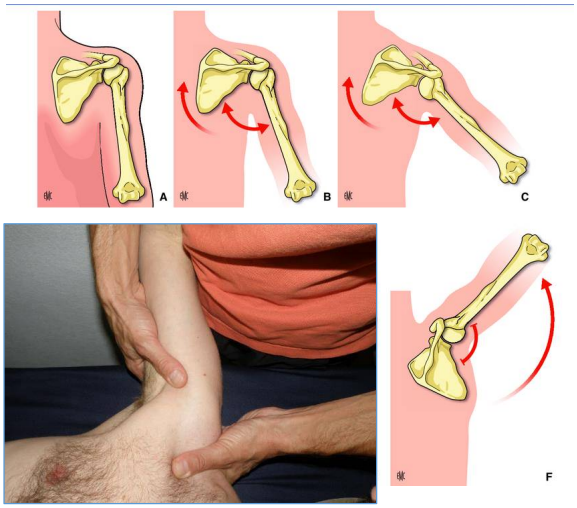
(= les 3 temps de l'abduction)

Enchaînement des composantes de mouvement lors de l'abduction active

vs

Mobilité de l'articulation gléno-humérale

Amplitude de mouvement d'abduction disponible dans l'articulation G/H



1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 35

ARTICULATION G / H

> Adduction horizontale

(M)	**In DD : G/H ADD. HORIZ I à IV**
START	DD
FIX.	Scapula & clavicula (dans la 1ère commissure (ABD / ÉLEV)
MOB.	Humérus distal
MVT	Plan horizontal
L	R, élastique résisté
AMPL.	20-30°



1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

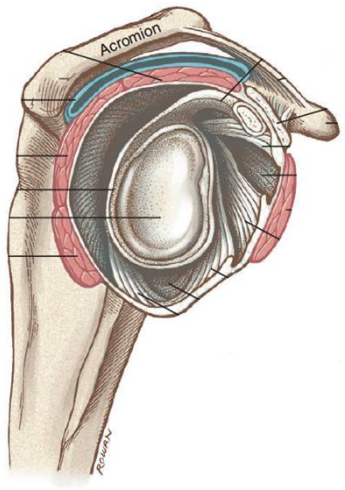
Haute Ecole de Santé | 36

ARTICULATION G / H - PATHOLOGIES

Hes·so VALAIS WALLIS Haute Ecole de Santé

> Tendinopathie de la coiffe des rotateurs

- Étiologie
  - **Processus dégénératifs**
  - **Modifications (rapides) de charge**
  - Traumatisme direct
- Facteurs contribuants
  - Âge
  - Activités « overhead »
  - Autres dysfonctions (œdème tendon supraspinatus, arthrose AC, …)



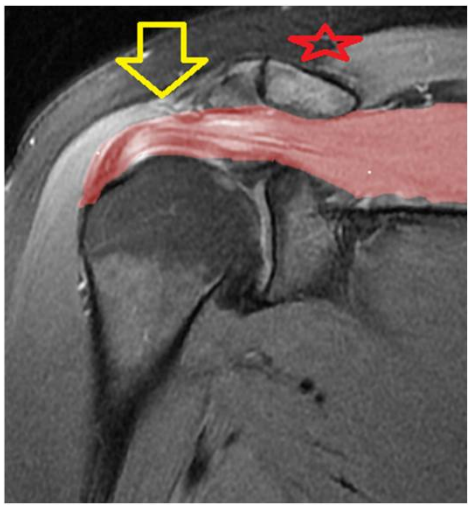
ARTICULATION G / H - PATHOLOGIES

Hes·so VALAIS WALLIS Haute Ecole de Santé

> Tendinopathie de la coiffe des rotateurs

- Physiopathologie
  - Irritation, inflammation tendineuse
  - Modification du tissu collagène
  - Déchirures partielles
  - Ruptures totales
- Mais…
  - Mauvaise corrélation clinique/imagerie

Plus de 90% des personnes asymptomatiques présentent des ruptures partielles/totales !



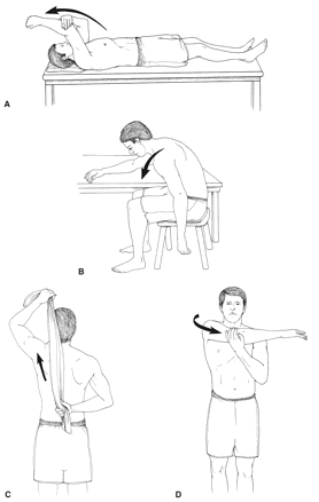
ARTICULATION G / H - PATHOLOGIES

Hes·so VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé

> Tendinopathie de la coiffe des rotateurs

P/E

- Mobilité active << passive
- Direction de mouvement prédominante = selon le(s) tendon(s) touché(s)
- Palpation locale positive
- Tests si nécessaires
  - Tests de force musculaire (coiffe des rotateurs)
  - Tests d'intégrité de la coiffe des rotateurs



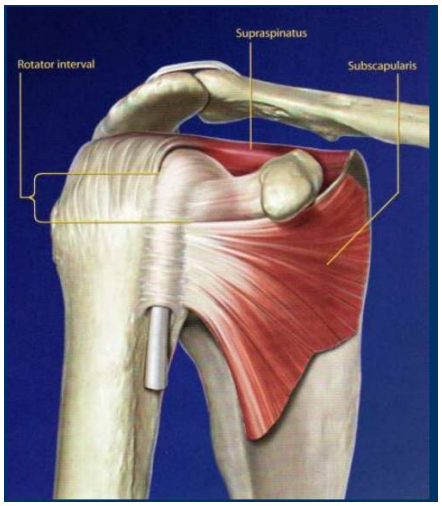
ARTICULATION G / H - PATHOLOGIES

Hes·so VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé

> Capsulite rétractile

« Épaule gelée »
« Frozen shoulder »

- Physiopathologie
  - Processus inflammatoire G/H touchant
    - La capsule articulaire fibreuse
    - La membrane synoviale
    - Le liquide synovial
  - Prolifération de fibres nerveuses (douleur)
  - En particulier dans l'intervalle des rotateurs



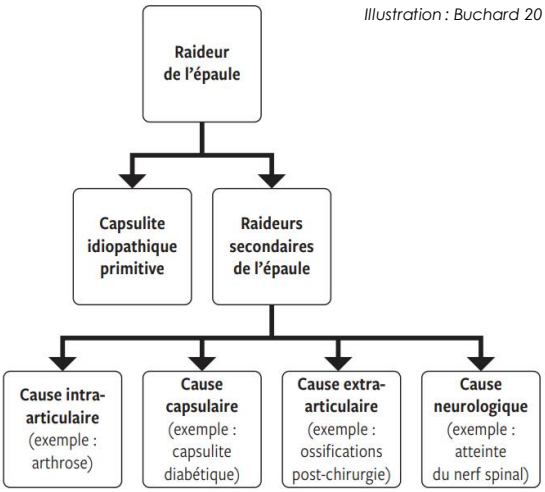
ARTICULATION G / H - PATHOLOGIES

Hes·so VALAIS WALLIS

> Capsulite rétractile

- Étiologie
  - Idiopathique (primitive)
  - Secondaire
    - A un traumatisme direct
    - A une intervention chirurgicale
- Évolution (12 à 24-36 mois)
  - Phase douloureuse (3-12 semaines)
  - Phase d'enraidissement (plusieurs semaines)
  - Phase de récupération

Illustration : Buchard 2017



ARTICULATION G / H - PATHOLOGIES

Hes·so VALAIS WALLIS

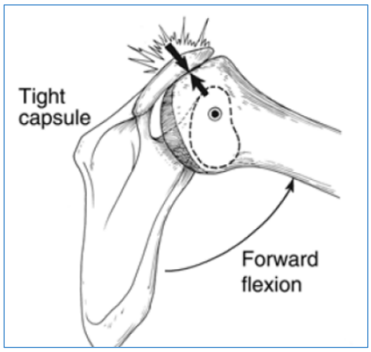
> Capsulite rétractile

P/E

- Directions de mouvement
  - Toutes directions touchées, surtout RE, ABD, RI
- Mobilité selon la phase de la pathologie
  - I : Rapidement limitée (L = P_2)
  - II : Hypomobilité s'installe (L = P_2 ou R_2)
  - III : Hypomobilité installée (L = R_2)

Rx

- Thérapies manuelles, mobilisations passives et actives +++
  - Selon la catégorie clinique (grades I-II ou III-IV)
  - Postures maintenues, …





ARTICULATION G / H

> Rotation externe

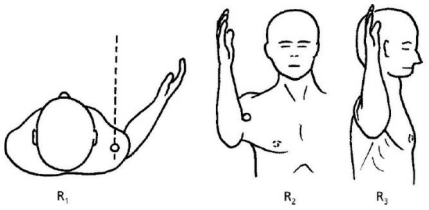


FIG. 9.54 Positions rotatoires : coude au corps (R1), en flexion (R2), en abduction (R3).

Illustration : Dufour, 2017

- RE1 : in G/H neutre (zéro anatomique)
  - AMPL RE=60° (45-80°)
- RE2 : in G/H F 90°
  - AMPL RE=10-20°
- RE3 : in G/H ABD 90°
  - AMPL RE=80-90°

RE1, RE2, RE3

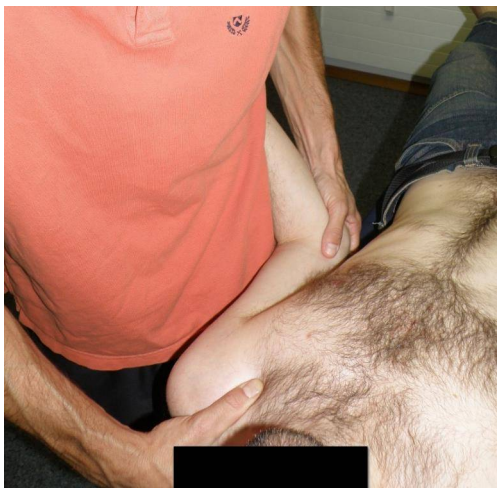
- Très francophone (peu utilisé en anglais)

- Beaucoup de disparités entre les auteurs sur la dénomination et les normes !

- Ordre de grandeur reste (voir 'AMPL')

ARTICULATION G / H

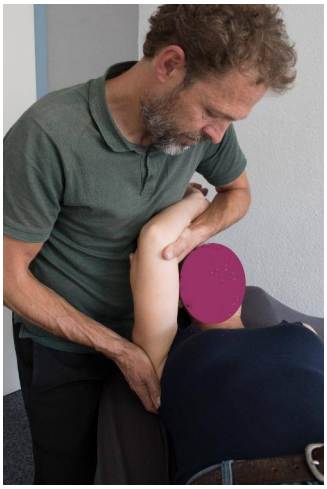
> Rotation externe (RE1)



(M)	**In DD : G/H RE I à IV**
START	DD (zéro anatomique)
FIX.	Scapula, face dorsale et margo medialis (ADD/RE/SI)
MOB.	Face postérieure de l'ulna et du coude
MVT	Axe longitudinal de l'humérus
L	R, élastique
AMPL.	~ 60° *(45° à 80° selon les auteurs)*

ARTICULATION G / H

> Rotation externe (RE2)



(M)	**In DD, G/H F 90° : RE I à IV**
START	DD, F G/H 90°
FIX.	Scapula, face dorsale et margo medialis (avec la pulpe des doigts) (ABAISS/SI)
MOB.	Humérus distal Avant-bras du φ le long de l'avant-bras du patient
MVT	Axe longitudinal de l'humérus
L	R, élastique
AMPL.	10-20°

ARTICULATION G / H

> Rotation externe (RE3)



(M)	**In DD, G/H ABD 90° : RE I à IV**
START	DD, G/H ABD 90°
FIX.	Scapula, face dorsale et margo medialis (ABAISS/RET, ADD/SI)
MOB.	Englobe la face postérieure du coude, pouce du φ dans l'axe de l'avant-bras
MVT	Axe longitudinal de l'humérus
L	R, élastique
AMPL.	80°-90°

ARTICULATION G / H

> Rotation interne (RI)



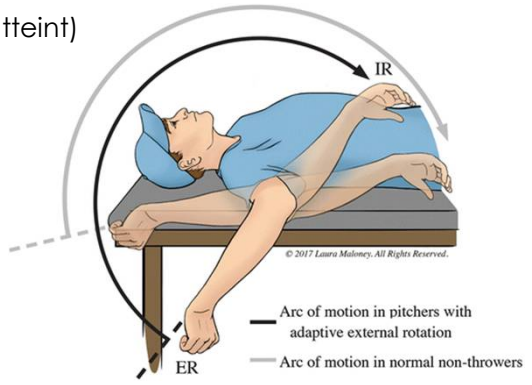
(M)	**In DD, G/H Scaption 45° : RI I à IV**
START	DD, G/H Scaption ~45°
MOB.	Avant-bras distal
FIX	Clavicula et processus coracoideus (PRO/ÉLEV)
MVT	Axe de l'humérus
L	R, élastique résisté
AMPL.	80° (ou main au ventre)
REM.	Aussi réalisable in ABD 90°, Scaption 90° (G/H F 90°), ou autre position de départ

ARTICULATION G / H - PATHOLOGIES

> GIRD

« Glenohumeral internal rotation deficit »

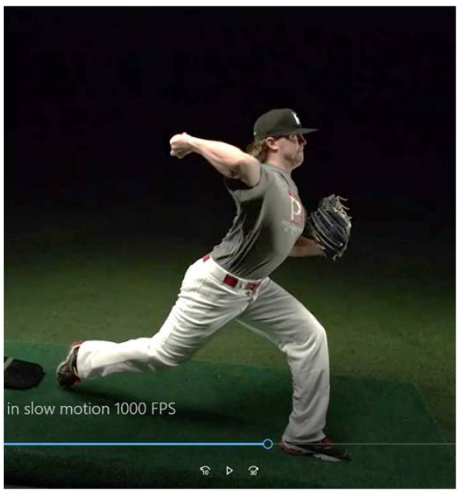
- Perte de mobilité (différence côté sain/atteint)
  - Δ RI > 18-20°
  - Δ TROM > 10°
    (= total range of motion = RI+RE)
- Fréquent dans les sports « overhead »
- Corrélé à d'autres pathologies d'épaule et de coude
  - Conflit sous-acromial
  - Tendinopathies CR & coude
  - …



Réf. : Johnson 2018, Wieser 2016

ARTICULATION G / H - PATHOLOGIES

> GIRD



P/E

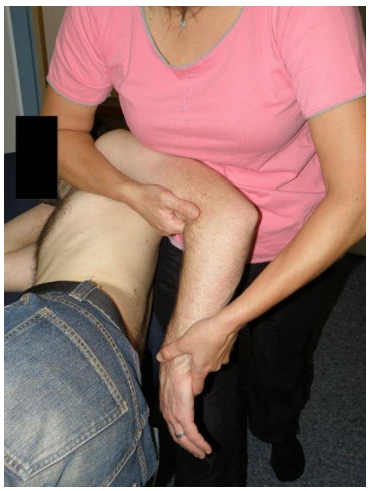
- G/H, différences sain/atteint
  - Δ RI > 18-20° = positif
  - Δ TROM > 10° = positif
- S/T
  - Compensation pour permettre tout de même une rotation interne
  - Tilt antérieur exagéré, décollement de l'angle inférieur
  - Plan de glissement postérieur hypomobile (contractures)

Rx

- Thérapie manuelle, postures RI, mvts actifs

ARTICULATION G / H

> Différenciation en HBB



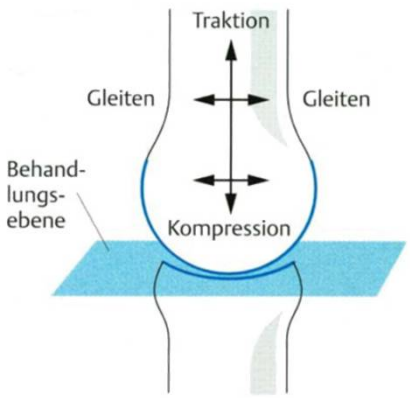
(M)	**In DL CL, HBB à P1 : Différenciation**
START	DL controlatéral, en HBB à P1
FIX.	Clavicula & processus coracoideus avec l'avant-bras et flanc du φ (PRO/ÉLEV)
MOB.	**E** : Face ant. du bras **ADD** : Face post. du coude **RI** : Avant-bras distal (!!! Grand bras de levier !!!)
MVT	Ajouter une composante après l'autre, de petite amplitude, et observer la réponse douloureuse
REM	On cherche la composante du mouvement combiné reproduisant la symptomatologie du patient.



ARTICULATION G / H

Hes·so VALAIS WALLIS

> Mouvements accessoires / Zusatzbewegungen



Souvenez-vous ...

Plan de traitement / Behandlungsebene
= plan parallèle (parallel) à la surface articulaire du partenaire articulaire concave

Glissé / Gleiten
= mobilisation parallèle au plan de traitement

Traction / Traktion
= mobilisation perpendiculaire (rechtwinkelig) au plan de traitement

1004 | Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 52

ARTICULATION G / H

Hes·so VALAIS WALLIS Haute Ecole de Santé

> Mouvements accessoires / Zusatzbewegungen

Glissés / Gleiten
- Assis / Sitz
  - AP/PA
  - AP
  - PA
  - Caudal
- DD / RL (Décubitus dorsal / Rückenlage)
  - Caudal
  - AP (2 techniques)

Traction / Traktion
- Assis / Sitz
- DD / RL

Souvenez-vous …

Principes
- *Position du patient*
- *Position du thérapeute*
- *Déroulement de la mobilisation*

Définir…

Quantité, qualité, symptômes

ARTICULATION G / H

Hes·so VALAIS WALLIS Haute Ecole de Santé

> AP & PA en assis

(M) **In Assis : G/H AP I à II (IV)**
In Assis : G/H PA I à II (IV)

START Assis (avec/sans dossier)

FIX. Prise lombricale de clavicula et spina scapulae (PRO ou RET)

MOB. Caput humeri (prise lombricale englobante)

MVT // au plan de traitement (axe des avant-bras du φ)

L R, élastique

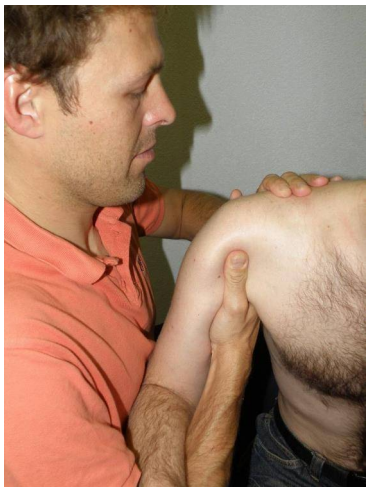
REM Depuis neutre vers AP **ou** vers PA
Beaucoup utilisée pour P/E



ARTICULATION G / H

> AP in assis

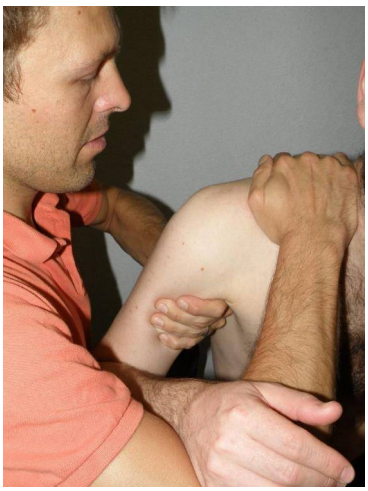
(KE)	**In Assis : G/H AP I à III (Gleiten nach posterior)**
START	Assis, congruence minimale
MOB.	Caput humeri, face antérieure (prise mousse avec tout le pouce et le thénar)
FIX.	Face postérieure de la scapula (RET)
MVT	// au plan de traitement
L	R, élastique résisté
REM.	Observer la direction des avant-bras (donne le plan de traitement).



ARTICULATION G / H

> PA in assis

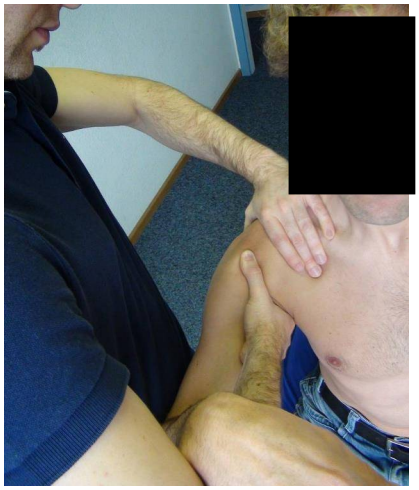
(KE)	**In Assis : G/H PA I et III (Gleiten nach anterior)**
START	Assis, congruence minimale
MOB.	Caput humeri, face postérieure (prise mousse avec le pouce et le thénar)
FIX.	Clavicula (englobante), si possible doigts sur la spina scapulae (PRO)
MVT	// au plan de traitement
L	R, élastique résisté



ARTICULATION G / H

> Glissé caudal en assis

(KE)	**In Assis : G/H Glissé caudal II et III (Gleiten nach kaudal)**
START	Assis, congruence minimale
FIX.	Clavicula et spina scapulae (ADD/SI) + épuisement de l'ABAISS/SI
MOB.	Caput humeri, face supérieure (avec le pouce si possible)
MVT	// au plan de traitement
L	R, élastique



1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 57

ARTICULATION G / H

> Glissé caudal en DD

(M)	**In DD, G/H ABD EOR : Glissé caudal I-IV**
START	DD, G/H ABD R_1/P_1
FIX.	Aucune fixation Épuisement de ABAISS/SI par la mobilisation
MOB.	1 main face supérieure de la caput humeri (dans la 1ère commissure) 1 main soutient le MS au coude
MVT	// au plan de traitement
L	R, élastique
REM.	**Translation de tout le membre** Les deux mains se déplacent ensemble (avec corps du φ)



1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 58

ARTICULATION G / H

> AP in DD, G/H en abduction

(M)	**In DD, G/H ABD 90° : AP I à IV**
START	DD, caput humeri libre postérieurement
FIX.	Face postérieure de la scapula (éventuellement ajouter un linge ou une cale) (RET)
MOB.	Face antérieure de la caput humeri (toute la face palmaire des pouces et des thénars)
MVT	// au plan de traitement
L	R, élastique résisté
REM	Translation de l'humérus



1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 59

ARTICULATION G / H

> AP in DD

(KE)	**In DD : G/H AP II et III**
START	DD, congruence minimale, caput humeri libre
FIX.	Face postérieure de la scapula contre table (ajouter un linge ou une cale) (RET)
MOB.	Face antérieure de la caput humeri (prise mousse avec l'hypothénar et toute la paume de main)
MVT	// au plan de traitement
L	R, élastique résisté
REM	Translation de l'humérus → les deux mains du φ bougent en AP



1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 60

ARTICULATION G / H

> Traction en assis

(KE)	**In Assis : G/H Traction I à III**
START	Assis, congruence minimale de la G/H
FIX.	Spina scapulae et margo lateralis de la scapula
MOB.	Humérus proximal médial (dans le creux axillaire)
MVT	⊥ au plan de traitement
L	R, élastique
REM.	**Translation de tout le membre** Le φ « se suspens à l'humérus »



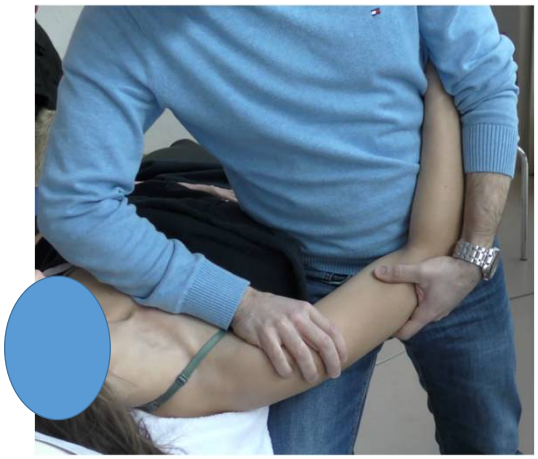
1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 61

ARTICULATION G / H

> Traction en DD

(KE)	**In DD : G/H Traction I à III**
START	DD, congruence minimale
FIX.	Margo lateralis contre la cuisse/ bassin du thérapeute **+** Épuisement de ABD S/T
MOB.	2 mains mobilisatrices - 1 main sur la caput humeri, face antérieure (avec hypothénar et thénar), avant-bras sur le thorax du patient - 1 main soutient le MS au coude
MVT	⊥ au plan de traitement
L	R, élastique



1004| Ba26 | Benjamin Erpen & Fabien Gerber| 10.2026

Haute Ecole de Santé | 62

> Principales références

- Dufour, M., Pillu, M., Langlois, K., & Acedo, S. D. V. (2017). Biomécanique fonctionnelle : Membres - Tête - Tronc (2th Edition). (S.l.): Elsevier Masson. (Google-Books-ID: XInKDQAAQBAJ).
- Hengeveld, E., & Banks, K. (Éds). (2014). Maitland's peripheral manipulation : Management of neuromusculoskeletal disorders - Volume two (Fifth edition). Edinburgh: Elsevier.
- Kaltenborn, M. F. (2007). Manual mobilization of the joints, Volume I: The extremities (Vol. 1). Oslo: Norli, Oslo.
- Kapandji, A. I. (2005). Physiologie articulaire, tome 1, membre supérieur (6th edition, Vol. 1). (S.l.): Maloine.

