



Le numéro

70F

## LA THERAPIE ANALYTIQUE DE RAYMOND SOHIER



Nom ..... Prénom.....

Adresse .....

Ville ..... Code postal .....

Référence ..... Nbre d'exemplaires ..... x 70 F = .....

Référence ..... Nbre d'exemplaires ..... x 70 F = .....

Référence ..... Nbre d'exemplaires ..... x 70 F = .....

Référence ..... Nbre d'exemplaires ..... x 70 F = .....

Référence ..... Nbre d'exemplaires ..... x 70 F = .....

Référence ..... Nbre d'exemplaires ..... x 70 F = .....

Commande à adresser avec références et votre règlement à la :  
**SPEK 24, rue des Petits-Hôtels, 75010 Paris ☎ (1) 44 83 46 46**

Ce numéro rassemble les conférences présentées au 3<sup>e</sup> Congrès européen de kinésithérapie analytique de Bâle. Il vient quelques mois avant le 4<sup>e</sup> Congrès de kinésithérapie analytique organisé à la Cité des Sciences de Paris-La Villette, les 15 et 16 décembre 1995.



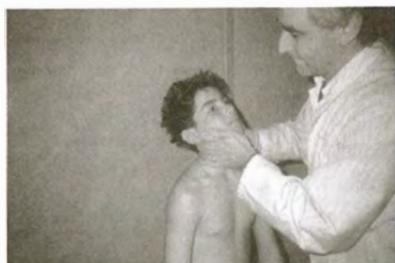


Figure 11

- acupuncteur-homéopathe : 5 ;
- généraliste : 3 ;
- psychologue-relaxation : 1 ;
- neurochirurgien : 1 ;
- centre anti-douleurs : 2.

> **Traitements antérieurs :**

- AINS : 30 ;
- kinésithérapie : 12 ;
- manipulations : 10 ;
- myorelaxants : 10 ;

- antidépresseurs : 2 ;
- gouttières : 4.

> **Résultats, sur 30 :**

- Immédiats : bon, 24 ; moyen, 3 ; sans changement : 3 ;
- A 3 mois : bon, 20 ; moyen, 7 ; sans changement, 3.

Les douleurs mécaniques secondaires à des troubles musculaires et articulaires répondent favorablement à un traitement par orthèses de nuit et à la réharmonisation articulaire.

La difficulté est de faire le diagnostic de SADAM devant une cervicalgie tenace et rebelle.

Le piège de "neurodystonie" où l'on enferme souvent le ou la patiente, doit être évité.

Les autres diagnostics différentiels doivent être soigneusement écartés et n'ont pas été retenus dans cette étude (douleurs dentaires, zona ophtalmique, algies vasculaires, artérite temporale de Horton, syndrome de Sluder, sinusites, otalgies, migraines vraies).

**BIBLIOGRAPHIE**

- (1) CASTEYDE J.-P., OCCHIMINUTI M. - *Signes des dysfonctions de l'appareil masticateur*. Entretiens de Bichat, Odonto-stomato, 55-61, Paris, 1974.
- (2) SOHIER R., SOHIER J. - *Justifications fondamentales de la réharmonisation biomécanique des lésions "dites ostéopathiques" des articulations*. Ed. Kiné Sciences, La Louvière (Belgique), 188-189, 1970.
- (3) SOHIER R. - *Kinésithérapie analytique de la colonne vertébrale*. Ed. Kiné Sciences, La Louvière (Belgique), Tome I, 123,138, 1970.
- (4) KAWAMURA Y. - *Concepts physiologiques de l'occlusion. (Mécanismes proprioceptifs des muscles masticateurs concernant l'occlusion)*. 375-389, 1957.



**KINE  
ACTUALITE  
TOUS  
LES JEUDIS  
  
L'INFORMATION  
PROFESSIONNELLE**

# ECOLE DU DOS "MAIL 14"

**MOTS CLES**

- > Ecole du Dos
- > Gymnastique

André Petit\*

*Pour décrire le bon fonctionnement articulaire de la colonne vertébrale, notre schéma d'une vertèbre estompe la colonne antérieure discale habituellement représentée, et valorise la colonne postérieure, dynamique dont les surfaces articulaires glissent en divergences lors de la flexion du tronc et en convergence lors de l'extension.*

Ce texte, présenté au Congrès européen de Raymond Sohier à Bâle, décrit notre conception d'Ecole du Dos libérale de kinésithérapeute depuis 1982.

L'exceptionnelle fidélité des 250 patients permanents de notre Ecole du Dos et l'enthousiasme des 200 confrères formés à nos techniques, valident à nos yeux la valeur d'une pédagogie et d'un contenu gymnique pour Ecoles du Dos, selon les théories de Raymond Sohier.

L'exercice de la kinésithérapie dans un service d'orthopédie très axée sur la chirurgie des scolioses de la hanche et du genou nous a permis de vérifier la richesse de l'enseignement analytique de Raymond Sohier.

Nous observons chaque jour les conséquences de la médiocre succession des alternances d'appui et de relâchement lors de la marche non éduquée tout au long d'une vie. L'ensemble de nos commentaires et propositions s'inscrivent alors souvent dans le cadre d'une prévention tertiaire.

Les deux secrétaires et les quatre kinésithérapeutes de notre cabinet, organisent depuis vingt ans une rééducation très axée sur les conséquences articulaires des désordres gravitaires en rhumatologie et en orthopédie.

Dans un cadre hospitalier parfois austère, nous avons souhaité rééduquer puis éduquer nos patients dans une atmosphère de détente construite sur les couleurs et décors d'artiste.

Notre piscine diffuse ainsi les premiers messages préventifs et d'éducation motrice par le jeu des miroirs et installations vidéo qui complètent nos manœuvres de praticiens.

Imprégné de thérapie analytique selon Raymond Sohier depuis vingt ans, notre cabinet traditionnel de rééducation dispense une kinésithérapie, désormais classique, faite de massage et de réharmonisation du jeu articulaire étage par étage dans l'environnement de mécanothérapie classique d'un établissement hospitalier susceptible d'accueillir toutes les pathologies qui nous sont confiées.

Le Sohier Système, que nous avons construit il y a dix-huit ans pour l'illustre inventeur belge de son principe, complète régulièrement les soins et explications donnés à nos patients sur tous les sujets en relation avec leurs troubles physiques.

\* MK. Diplôme supérieur. Universitaire de rééducation.  
Texte du film "De l'analytique pour chacun à l'articulaire pour tous" (film disponible à Ecole du Dos "Mail 14" - 14, allées du Mail, 17000 La Rochelle).

La fonction motrice et ses divers rendements, les notions de mobilité, de souplesse, d'amplitude, celles de la nécessaire rigidification des étages vertébraux ; les exposés répétitifs sur la physiologie ordinaire des courbures vertébrales et la capacité de reconstruction permanente des tissus osseux nous conduisaient en 1982 à rechercher un espace qui serait réservé à la prévention de la pathologie articulaire pour des groupes d'anciens patients soucieux de conserver leur bonne santé par une gymnastique de kinésithérapeute.

Ce lieu fut trouvé, en bord de mer dans un cadre agréable. Mon épouse et moi décidâmes alors d'y organiser une école privée de prévention primaire et secondaire : l'Ecole du Dos "Mail 14" était née.

Tous nos apprentissages de motricité, de psychomotricité, de relaxation et de programmation des langages s'additionnent depuis dix ans et se proposent en synthèse à des groupes de quatorze personnes réparties en sept niveaux d'âge et de compétences différentes.

L'accueil est amical, l'organisation rigoureuse, l'atmosphère conviviale et reposante.

Le praticien a quitté sa bourse blanche mais opère une sélection attentive des candidats qui suivront les cours de débutants, une fois par semaine pendant deux mois, selon un programme théorique et pratique qui expose la fonction vertébrale normale.

L'entraînement gymnique est dispensé dans une première salle, où chacun choisit sa place, équipée d'un matériel et d'un miroir individuel.

Une coloriste a composé l'harmonie des teintes chaudes et apaisantes.

Caméra et écran contrôlent l'activité. Toute la motricité est rythmée ou accompagnée de musique.

La salle vidéo diffuse selon les heures et sur grand écran les cours organisés

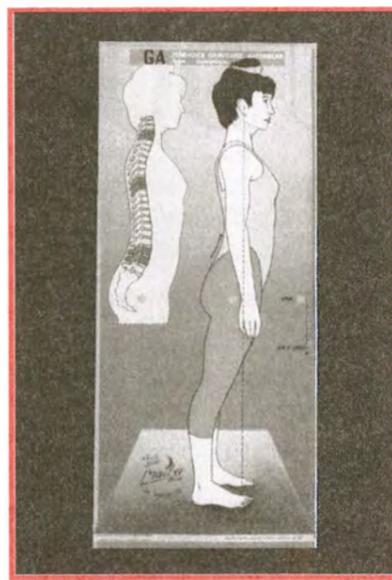


Fig. 1 : GA (gravité antérieure). Attitude posturale caractéristique d'un sujet à tendance gravitaire antérieure. Morphologie des courbures rachidiennes effacées et représentation de l'empilement spécifique des articulations de ce type statique.

de gymnastique et toutes autres informations qui intéressent la bonne santé mécanique en général.

L'ensemble de la décoration murale, les maquettes, tableaux, dessins et schémas pédagogiques présentés dans ce film sont l'œuvre d'une talentueuse artiste-peintre rochelaise qui a su traduire et allier notre espoir de tranquillité mais aussi de mobilité jusque dans les couloirs et vestiaires de "Mail 14".

C'est dans ce cabinet particulier de kinésithérapie libérale que nous accueillons nos patients, vingt heures par semaine.

Les groupes sont classifiés de 1 à 6 selon l'âge et les aptitudes physiques.

Les groupes porcelaines rassemblent les plus fragiles.

Le cahier de rendez-vous mural est à la disposition de chaque élève, qui paye sa séance en entrant et peut interrompre sa participation à tout moment.

S'il faut tant d'années à un praticien pour intégrer l'essentiel d'un ensei-

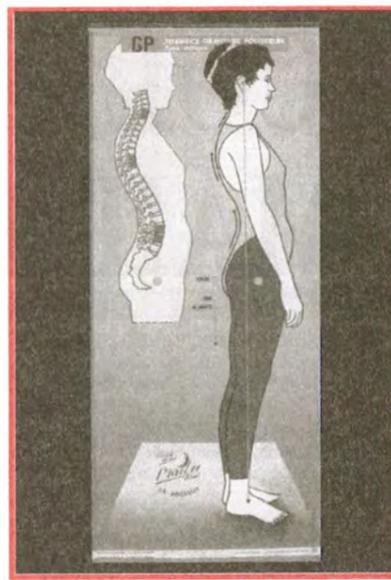


Fig. 2 : GP (gravité postérieure). Attitude posturale caractéristique d'un sujet à tendance gravitaire postérieure. Morphologie des courbures rachidiennes accentuées et représentation de l'empilement des corps vertébraux et de l'orientation spécifique des articulations de ce type statique.

gnement majeur, il faudra de la patience et du temps pour apprendre et surtout désapprendre à chacun, par la dynamique des groupes, les habitudes et comportements dégradants.

- Faire comprendre, démontrer souvent et faire ressentir comment s'adapter à son environnement en respectant au mieux les lois mécaniques par exemple, celle de l'essentiel appui articulaire lombaire dans la station assise, le siège étant présenté comme un outil positif et non destructeur.

- Faire varier l'assise du siège.
- Eviter l'appui permanent sur la colonne antérieure.

- Déplacer sa chaise et se déplacer sur sa chaise en faisant varier l'angle ouvert lombo-fémoral comme sur notre fauteuil articulé "Mail 14" qui introduit les discours sur la "pince ouvrante" et la gymnastique articulaire des temps de repos assis réparateurs.

Nous avons voulu par les ambiances et le jeu des couleurs démedicaliser l'atmosphère de notre Ecole du Dos.



Fig. 3 : Ecole du Dos "Mail 14". 14 postes de travail ; 6 niveaux différents d'âge et de compétence.



Fig. 4 : participation à 80 % féminine ; moyenne d'âge 43 ans.

Les programmations successives des langages visuels par l'image, les stimulations auditives par les rythmes, les sons, la musique, accompagnent notre projet kinesthésique d'automatisation du rangement des segments corporels par une gymnastique.

Pour décrire le bon fonctionnement articulaire de la colonne vertébrale, notre schéma d'une vertèbre estompe la colonne antérieure discal habituellement représentée et valorise la colonne postérieure, dynamique, dont les surfaces articulaires glissent en divergences lors de la flexion du tronc et en convergence lors de l'extension. Nos deux modèles démontrent les limites articulaires de ces deux fonctions.

L'accident est représenté par la désaxation articulaire en divergence ou en convergence, conséquences des erreurs de comportements dynamiques ou statiques. Il faudra réaxer avant toute activité gymnique.

La schématisation des trois courbures et des trois types de vertèbres indique les deux lordoses et la cyphose physiologique.



Fig. 5 : kinésithérapeutes en formation à nos techniques d'Ecole du Dos. Cours théorique.



Fig. 6 : kinésithérapeutes en formation à nos techniques d'Ecole du Dos. Cours pratique.

La figure 2 représente un sujet à tendance gravitaire postérieure ; la ligne de gravité de ce type de statique passe en arrière des hanches, les courbures sont accentuées, la lordose lombaire part vers l'arrière. Cette tendance gravitaire représente 70 % de la population de notre Ecole du Dos.

La prédominance fonctionnelle opposée visualisée par la figure 1, qui trace sa ligne de gravité en avant des hanches, est celle d'une colonne à courbure effacée et dont la longue cambrure lombaire part vers l'avant.

Toute la motricité proposée à Mail 14 tente d'automatiser le comportement gravitaire en avant des hanches.

Ces schémas et dessins introduisent les images vidéo de la marche qui vient du bas pour les tendances gravitaires postérieures ou GP, dont les jambes propulsées par le mollet et le grand fessier déambulent avant le tronc. Les pieds se posent ouverts au sol.

La marche qui vient du haut pour les tendances gravitaires antérieures ou GA fait progresser le tronc d'abord,

les pieds se posent le plus souvent vers l'avant ou à l'intérieur. La fesse plus molle est de rigueur mais les appuis articulaires vertébraux mieux assurés.

Photos et vidéo de ces deux types gravitaires illustrent nos propos. Cathy, la GP (fig. 2), oscille vers l'arrière mais s'équilibre en talon haut, tandis que Brigitte (fig. 1) majore sa statique avant.

Les questions sur les chaussures à talons trouvent ici nos réponses.

C'est par les affiches et dessins de personnages bien vivants de notre Ecole du Dos que les notions de membre porteur et de membre dynamique sont introduites.

La marche, la course, les erreurs ou les différences filmées de nos fenêtres entraînent chacun à observer les autres et à se corriger soi-même.

Depuis le premier jour en 1982, la recherche du confort de position pour les apprentissages moteurs et sensori-moteurs, nous a conduits à utiliser ce formidable instrument qu'est le Ballon Suisse de Klein Vogelbach. Convergence et divergence s'entraînent et se perçoivent de façon confortable et ludique.

Mais que faire sur ce ballon qui respecte au mieux les principes mécaniques de prise d'appui articulaire postérieur ?

Le choix de son diamètre par exemple.

Trop petit, il facilite l'assouplissement en divergence mais génère une cyphose lombaire lors du rebond qui rend instable le segment, l'angle lombo-pelvien fermé ne permet pas la prise d'appui des articulations lombaires lors de l'extension.

Le ballon de grande taille est une mauvaise chaise qui inverse la cambrure en station immobile.

En mouvement, le glissé en divergence peut s'additionner à une prise

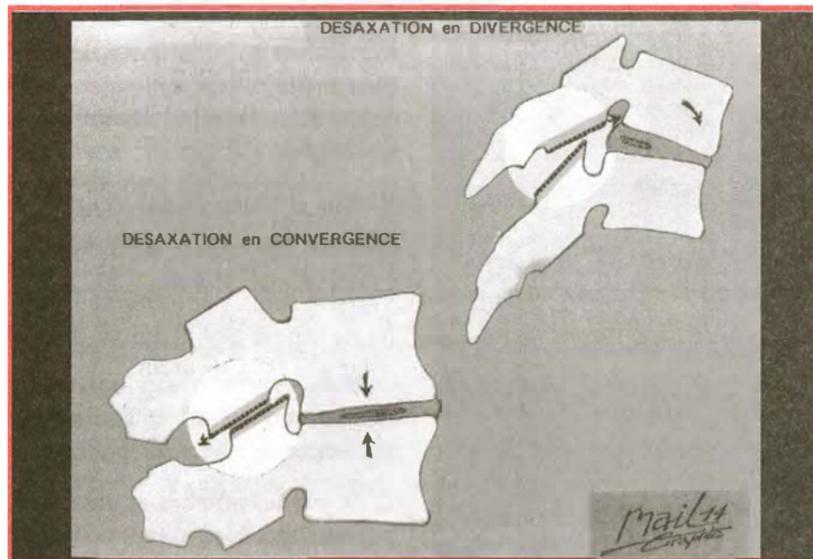


Figure 7

d'appui des articulations lombaires et permettre une contraction des muscles vertébraux bien informés.

Une extension dynamique efficace peut alors se proposer en cumulant la rotation interne des hanches dans un projet rigidifiant.

Les moyens vidéo peuvent décomposer les images dynamiques à la demande.

La radiologie permet d'objectiver certains projets articulaires.

Nous avons consacré quelques heures à entraîner notre motricité de la tête aux pieds, afin de proposer un maximum d'exemples de mobilité pour en démontrer les limites extrêmes jusqu'à l'excessif.

La gymnastique frontale faite de translation des divers segments vertébraux et des ceintures demande un long entraînement. Elle permet d'aborder les trois plans de l'espace et de construire grâce à la vigilance acquise

toutes sortes de programmes moteurs. Il faudra bien choisir son ballon, ne pas arriver en retard et s'installer à sa place pour le début d'un cours dont le thème pourra varier souvent.

Celui de la translation plus extension, plus rotation unilatérale par exemple qui vise le segment dorsal à différents niveaux. Celui de la flexion du tronc qui entraîne l'abaissement vertébral par les hanches. Il n'est pas interdit de se pencher mais il faut plier les genoux pour se relever.

Une succession de propositions dynamiques plus puissantes, debout ou en quadrupédie, est proposée à certains groupes entraînés.

Il est expliqué, entre autres, qu'il existe des muscles pour stabiliser les articulations et des muscles pour les mobiliser. Les activités gymniques plus concentratives sont toujours démontrées.

Les repérages visuels des rotations de hanches, les suspensions souples

décompressives suivies de contractions musculaires construites, s'additionnent et s'enchaînent aux rythmes des musiques toujours choisies.

Les hanches qui se connaissent (?) à déséquilibres externes ou à déséquilibres internes choisiront leurs orientations musculaires.

La musculation contre résistance par un appareillage suisse individuel tente de viser l'essentiel, et complète la gymnastique des groupes performants à la recherche d'une harmonie psychomotrice optimale mais qui n'oublie pas l'articulaire en explorant les trois plans de l'espace.

La difficulté pour le plus grand nombre d'accéder à une gymnastique neuromusculaire faite d'activités motrices complexes a conduit Béatrice à créer une "maternelle du dos", centre de prévention primaire des carences motrices souvent rencontrées à l'âge adulte.

Cette activité pour enfants de trois mois à trois ans (l'âge d'or pour les inscriptions psychomotrices) se déroule dans la piscine de rééducation sous la forme d'un Centre de bébés-nageurs qui accueille, les samedis et dimanches, plus de cent bébés tous les ans.

Leurs remarquables progrès concernant équilibre, rythme, motricité globale, efficacité du geste, éveil proprioceptif, épanouissement par la richesse des expériences sensorielles ainsi que l'observation de la propulsion joyeuse et automatique des quatre membres avant l'âge de la marche, nous encouragent à poursuivre nos démarches éducatives et de prévention. ■

# ACTUALITE

## EN NEUROLOGIE

### APPROCHE COGNITIVE DE LA REEDUCATION DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

Jean-Pierre BLETON\*

\* MCMK, Surveillant-Chef de l'unité de rééducation, Fédération des neurosciences, Centre Raymond Garcin - Hôpital Sainte-Anne, Paris.

Exposé présenté par J.-P. Bleton et F. Odier à la journée de pratique rééducative des pathologies neurologiques d'origine centrale, organisée par Mme Le Bomin-Antonello et M. E. Tualy le 6 juin 1995 à l'hôpital R. Poincaré, Garches (92).

#### Définition

Classiquement, l'hémiplégie est définie comme la perturbation motrice d'un hémicorps consécutive à la lésion controlatérale de la voie pyramidale, au niveau cérébral. L'observation clinique montre que cette définition est réductrice car si l'hémiplégie a comme symptomatologie essentielle le déficit moteur d'un hémicorps, elle a pour conséquence la perturbation de l'ensemble de l'organisation motrice de l'individu.

Les AVC affectent non seulement la motricité et le tonus d'un hémicorps, mais peuvent être responsables de troubles neuro-psychologiques au niveau :

- de la parole et du langage ;
- de la perception visuelle et visuo-spatiale ;
- de la mémoire ;
- de l'attention ;
- des facultés d'apprentissage ;
- et des réactions émotionnelles.

Ils perturbent également le patient au niveau :

#### > De son espace extra-corporel

- structuration de l'espace ;
- diminution des stratégies d'exploration de l'environnement ;
- et des processus de reconnaissance.

#### > De son espace intracorporel (schéma corporel)

Le schéma corporel défini comme l'image mentale que le malade a de son propre corps (Head et Holmes, 1911-1912) est fréquemment perturbé.

La notion de schéma corporel ou d'image du corps font apparaître trois cadres :

- le corps qui agit ;
- le corps perçu ;
- et le corps connu.

#### > Quant aux formes dites motrices pures

Sans rééducation, elles évoluent spontanément vers :

- la désafférentation ;
- et l'oubli progressif de l'hémicorps atteint.

L'évaluation des patients atteints d'hémiplégie montre (par l'utilisation des échelles comme l'échelle d'efficience d'Orgogozo et l'échelle fonctionnelle de Barthel) que souvent la rééducation aide le patient à s'adapter aux nécessités du quotidien mais n'améliore que de façon minime ses troubles neurologiques.

La récupération de la marche est obtenue dans 90 % des cas mais uniquement 20 % des patients retrouvent l'usage du membre supérieur (la fonction retrouvée est souvent accessoire et se limite souvent à un rôle de maintien).

Devant les résultats obtenus par la rééducation et en particulier au niveau du membre supérieur, les patients généralement déçus, développent plus ou moins d'agressivité contre leur hémicorps.

Les adjectifs qu'ils utilisent pour qualifier leur main atteinte expriment le peu de respect qu'ils leur portent (inexistante, idiote, fainéante, monstrueuse, etc.).

Les thérapeutes sont également déçus des résultats obtenus.

Cet échec relatif de la rééducation des patients hémiplégiques amène à remettre en cause les stratégies de rééducation et à observer l'hémiplégie à la lumière des connaissances neurophysiologiques.

La rééducation ne peut se limiter à la simple recherche de la contraction musculaire et de la lutte contre la spasticité. Elle a pour étape préliminaire obligée la restauration de l'image du corps et des sensations extéroceptives et arthrokinétiques.

Ce n'est que lorsque l'image du corps, l'organisation spatiale, les sensations extéroceptives et arthrokinétiques sont en partie restaurées, que la rééducation peut être focalisée sur la récupération motrice.

Certaines constatations méritent d'être prises en compte dans la rééducation des patients hémiplégiques.

#### Les mécanismes de restauration de la motricité (notion de plasticité cérébrale)

Les activités motrices, réalisées par le patient après une hémiplégie, sont la résultante d'un nouvel équilibre fonctionnel de plus bas niveau entre deux processus de restauration cérébrale :

- D'une part, la restauration anatomo-pathologique du système cérébrolésé qui cherche à établir une suppléance des régions saines et de l'hémisphère cérébral opposé pour recouvrer plus ou moins complètement la ou les fonctions perdues.

- D'autre part, la création de nouvelles connections neuronales obtenues grâce aux mécanismes de l'apprentissage (S. Ramon, Y. Cajal, Degeneration and regeneration of the nervous system, 1928).

Ces deux phénomènes peuvent s'associer pour permettre la restauration partielle des activités motrices et fonctionnelles ou, au contraire, être une gêne au retour de la fonction motrice.

La diffusion tonique, l'irradiation des contractions musculaires et/ou les mouvements anormaux qui apparaissent alors sont la conséquence de la prise en charge de la fonction motrice par les centres nerveux de niveau inférieur, libérés du contrôle des centres supérieurs par la lésion cérébrale.

#### La conservation des programmes moteurs

Chez l'adulte, les programmes moteurs préexistants avant l'AVC sont préservés, comme en témoigne la possibilité de les réaliser au niveau de l'hémicorps sain (exemple : possibilité d'écrire avec la main ou le

KINE-ACTUALITE CHAQUE SEMAINE  
L'INFORMATION PROFESSIONNELLE