

KINÉ ACTUALITÉ

LE SEUL HEBDOMADAIRE DE LA PROFESSION



KS

KINESITHERAPIE
SCIENTIFIQUE

LA THÉRAPIE ANALYTIQUE DE RAYMOND SOHIER



NUMÉRO SPÉCIAL

De l'analyse à la synthèse, des principes à la méthode, c'est toute la richesse de la démarche de Sohier qui est ici présentée, dans les comptes-rendus de la première journée de thérapie analytique des 16 et 17 juin 1989 de Saint-Etienne.



L'appui médian est physiologiquement inexistant. Sa constance serait pathologique. Un regard jeté au pied, par en-dessous, montre une merveilleuse architecture en ogive, synthèse osseuse de l'alternance frontale. Dans ces conditions d'alternance, le pied passe d'un état de rigidification, lorsque l'appui est à prédominance cuboïdienne, à un état de dérigidification lorsque l'appui est à prédominance scaphoïdienne.

Il en sera de même pour l'avant-pied qui passe d'un appui prédominant au gros orteil, vers une bascule vers le petit orteil. La prédominance cuboïdienne excessive conduit au pied creux et à l'épine calcanéenne par manque de souplesse et d'amorti. La prédominance scaphoïde excessive conduit au pied plat et aux algies d'insertion péronéo-tibiales du jambier postérieur.

Le premier type de prédominance, la prédominance cuboïdienne, provient d'un excès de rotation interne de la hanche ; le second type, scaphoïdien, d'un excès de rotation externe de la hanche. L'appui podal est ainsi défini par le rythme de la hanche au cours de la phase oscillante du pas (tout comme le train d'atterrissage de l'avion se place au contact du sol selon la manière dont l'avion atterrit). Du type d'appui du pied au sol dépend le rythme des forces rotatoires qui montent du pied vers le genou : c'est la réponse du sol.

L'appui cuboïdien initial déclenche des forces ascendantes de rotation externe qui tordent le tibia vers le dehors et déterminent la rotation externe du genou par le bas. L'appui scaphoïdien secondaire à la phase de pronation, détermine des forces ascendantes de sens inverse. Cette rotation interne sollicite le tibia en anti-rotation externe, voire en rotation interne.

Lors de la marche, l'attaque du sol puis le déroulement du pied vont ainsi solliciter le plateau tibial en un rythme alterné de torsion inverse, d'abord vers le dehors puis vers le dedans ; d'abord en rotation externe puis en rotation interne ; d'abord en plaçant en tension l'essentiel des structures que nous avons décrites comme rigidifiantes du genou puis en détendant celles-ci et en dérigidifiant le genou.

Les forces d'appui d'écrasement se transforment ainsi en forces de rotation, en forces de mouvement, forces que les structures musculaires et ligamentaires se chargent d'annihiler. Mais ce rythme rotatoire du plateau tibial déplace aussi frontalement l'insertion distale du ligament rotulien. C'est l'horloge patellaire dont le balancier est en bas et le disque au-dessus.

Le déplacement externe de l'insertion tibiale du ligament rotulien accentue ainsi l'appui patellaire au niveau de la joue externe de la rotule et la réduit au niveau de la joue interne. Le déplacement interne de l'insertion ligamentaire, lors de la rotation interne du tibia, scaphoïdienne du tibia, accentue ainsi l'appui patellaire au niveau de la joue interne de la rotule.

L'alternance d'appui survient ainsi pour les appuis frontaux de la rotule. Elle dépend, pour les intensités venant du bas, de la prédominance cuboïdienne ou scaphoïdienne, mais n'oublions jamais qu'elle dépend de la hanche. Mais ceci constitue une histoire biomécanique complexe, qu'il n'est guère possible d'aborder au cours de cet exposé.

L'alternance d'appui et de dégagement existe donc au niveau du complexe biomécanique podal. Elle s'associe au rythme rigidifiant de l'appui sur l'arche externe et dérigidifiant sur l'arche interne.

De ce rythme dépendent les prédominances, « rotatoire externe » ou « rotatoire interne » du tibia, variante ou valgusante qui, au niveau du genou, vont déclencher soit des facteurs rigidifiants (par la rotation tibiale externe), soit dérigidifiants (par la rotation tibiale interne). Celle-ci, si la prédominance scaphoïdienne existe, engendre le dérapage en rétroversion du compartiment tibial interne, la dyscongruence en rétroversion. Ces rythmes définissent ainsi les appuis patellaires qui viennent du bas.

A partir de ce qui précède, chacun aurait au premier degré envie d'aborder le traitement correctif de la chaîne articulaire et musculaire du membre inférieur par son extrémité distale, le pied. C'est là une grave erreur. C'est du rythme coxo-fémoral et de celui du trigone

lombo-sacro-coxo-fémoral que dépend l'impact du pied au sol. C'est donc par la correction du rythme qui vient d'en haut, qui vient de la hanche, que le traitement doit être abordé. Il définira, pour l'essentiel, la qualité de l'appui podal lors de l'attaque du sol et les réponses au niveau du plateau tibial. Certes, une fois l'appui podal pris, si le complexe podal est biomécaniquement déficient, déformé ou en dyscongruence et dès lors mal contrôlé par l'activité musculaire pour des raisons arthroceptives, les problèmes du pied devront être corrigés. Corriger initialement le membre inférieur par le pied constitue cependant le plus généralement une erreur. L'impact podal ne corrige jamais le rythme coxo-fémoral ni ne le modifie. Il peut engendrer un rythme de trigone pathomécanogène.

L'excès de dérigidification de la chaîne articulaire et musculaire du membre inférieur, celui du pied, du genou et de la hanche se corrige donc tout bonnement en réduisant le degré de rotation externe des hanches, c'est-à-dire l'excès de la prédominance à G' postérieur des sujets qui marchent « par le bas ». Ceci certes après avoir, par les astuces du clinicien, repositionné en concentricité les centres instantanés, la hanche, le genou, le pied et la colonne vertébrale.

Pratiquement, le traitement doit suivre la chronologie ci-après :

- Placer en congruence les têtes fémorales, plan sagittal, frontal et horizontal, les genoux et le complexe podal, la colonne.
- Muscler, parfois, les rotateurs en dedans de la hanche (P.F. et T.F.L.) et parfois les muscles qui contrôlent le complexe podal (péroniers, J.P., J.A.).
- Rééduquer les excès de la marche « qui vient du bas », en réduisant le degré de rotation externe des membres inférieurs et le recul de G'.
- Parfois, micro-rebasculer le calcaneum en varus, coin interne de 2 à 3 mm, selon la largeur du talon.
- Le vaste interne du quadriceps prend alors du volume grâce au type de fonction. On peut certes le muscler par des exercices d'extension-rotation interne de la jambe, effectués contre forte résistance.
- Le rythme rachidien sera à contrôler, voire à rééduquer. □

Mots-clés

- Décompression
- Pompes

POMPAGE ÉLECTROMÉCANIQUE PAR LE « SOHIER SYSTÈME »

André Petit*

*Cette synthèse du film
présenté aux premières
Journées de thérapie
analytique nous montre
que ce système ingénieux
reproduisant
périodiquement
une décompression dans
l'axe de l'articulation
selon le concept de
R. Sohier a été
largement et
quotidiennement utilisé
pendant treize ans.
Associé à d'autres
techniques, il est
toujours indispensable.*

NOUS avons présenté aux Journées européennes de thérapie analytique de Saint Etienne un film destiné aux praticiens avertis et entraînés aux raisonnements et démarches thérapeutiques de R. Sohier, un de nos maîtres préférés depuis vingt ans.

Ce film met en scène à La Rochelle les quatre associés de notre cabinet de la clinique du Mail : Y. Chevrier, G. Borie, F. Picaut et A. Petit autour d'une machine : le « Sohier système » que R. Sohier nous demandait « d'inventer » en 1976 et qu'un industriel courageux, Claude Petit, imaginait dans son mécanisme et sa forme et qu'il fabriquait dans les ateliers de France Reval à La Rochelle.

Cet appareillage devait s'adresser aux arthroses, raideurs, rétractions et dysfonctionnements apophysaires postérieurs et se proposait d'améliorer la renutrition chondrocytaire par pompes lents, réguliers, alternés, rythmés et amortis des articulations. Nous reprenions ainsi les principes d'étirement dé-

crits par R. Sohier. La commande de vanne de chauffage central de l'hôpital de La Hestre devenait un étonnant outil de dégagement des surfaces articulaires.

Le « Sohier système » était né et prenait la forme d'un moteur, entraînant un disque qui décrit un mouvement sinusoïdal d'une période de 24 secondes. Le membre ou segment de membre choisi est relié à l'appareil par un jeu de sangles, élingues et poulies sous une cage de pouliothérapie. Un ressort de type guthie-smith, inscrit dans le circuit, amortit l'étirement et limite le réflexe de contracture. Il s'allonge progressivement lors de la rotation de ce disque pendant 12 secondes, puis se relâche avec la même progressivité en provoquant une sollicitation tractante amortie selon l'axe et la direction que le praticien aura choisi.

Cet appareillage électromécanique largement testé à la clinique puis à l'école du dos, « Mail 14 » fût diver-

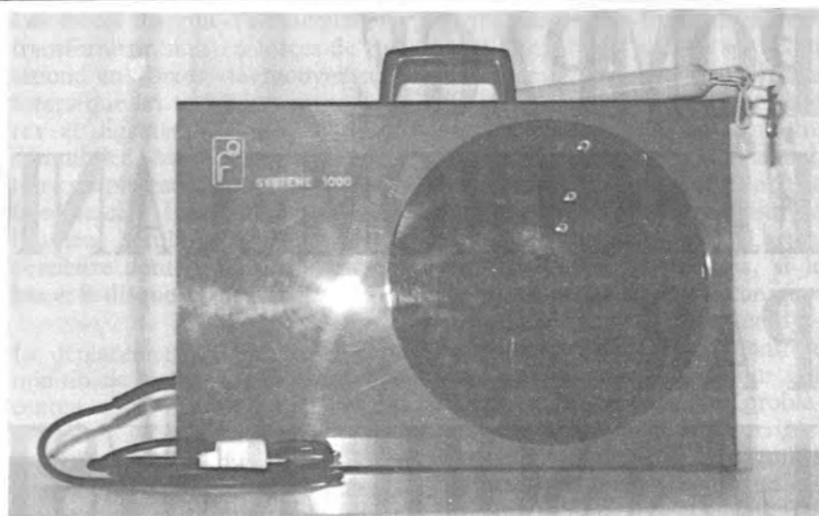
* Kinésithérapeute, « Ecole du Dos Mail 14 », 14, allée du Mail, 17000 La Rochelle.

sement apprécié par l'environnement médical. Il pouvait en effet ressembler à un appareil de traction mais, dans ce cas, tellement maniable et subtil ! L'enthousiasme était grand en salle de radio du service voisin en vérifiant sous contrôle télé, et malgré la grande douceur de l'étirement, les mobilisations radio-visibles du genou en tiroir, de la hanche selon le montage qui se dégageait dans l'axe du col pour les pénétrantes, et du fût diaphysaire pour les expulsives ; des articulaires postérieurs qui divergeaient et du mur postérieur des corps vertébraux qui se décomprimait.

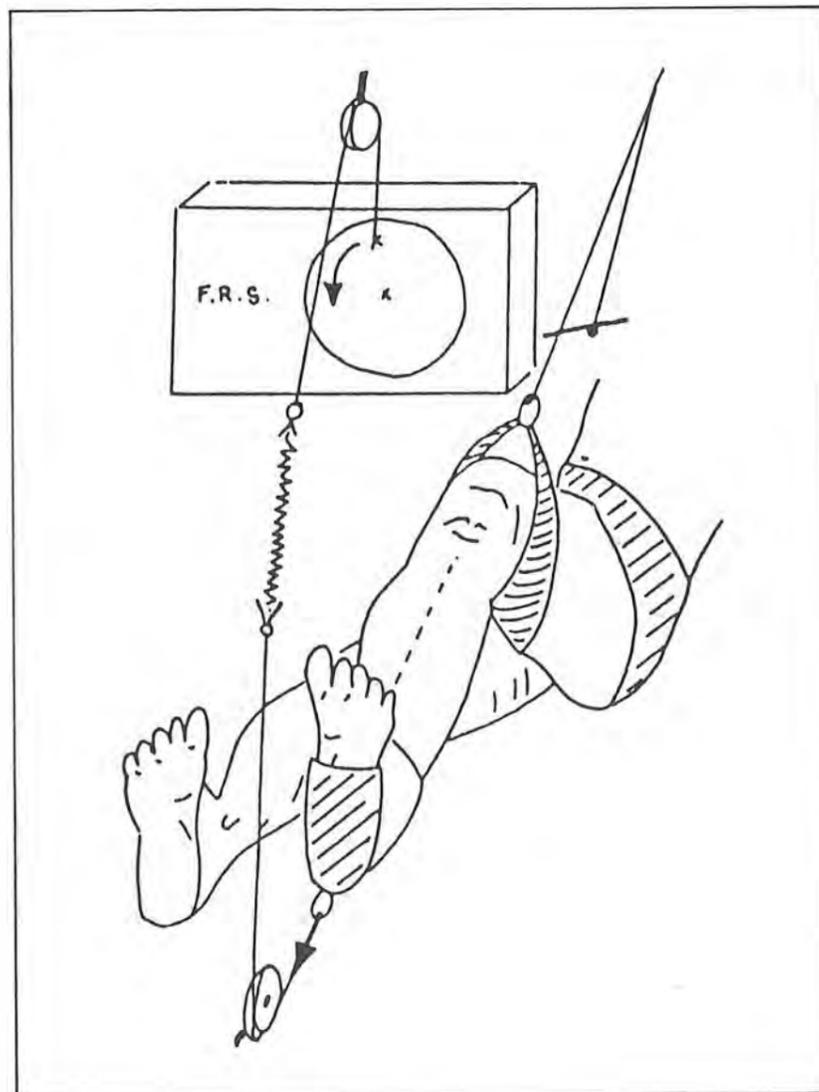
Notre expérience après treize ans d'usage quotidien et quasi permanent des six « Sohier systèmes » de notre cabinet méritait sûrement les 15 minutes de synthèse de ce film d'amateur dédié à un grand professionnel, R. Sohier, avec toute notre amitié et notre reconnaissance pour tant de succès et gain de temps qu'une si simple machine pouvait permettre. Remerciements également à France Reval qui continue de construire à la demande ce « Sohier système », malgré la régulière incompréhension de praticiens, mal informés parfois, et horrifiés devant une cage de pouliothérapie. La pré-histoire en quelque sorte pour bien des ostéopathes talentueux.

Et pourtant, pour nous quatre et après tant d'autres apprentissages de toutes sortes de chirothérapies, les « Sohier systèmes » tournent toujours chez nous. On éduque nos patients à cibler un mouvement actif simple sous dégageant passif, parfois très modeste d'un interligne articulaire, de façon régulière et répétitive, dans le bon sens décompressif et dans l'espoir de réimbibition cartilagineuse, de l'indolence ou d'un gain d'amplitude selon le cas particulier.

Nous montrons également qu'en pratique quotidienne, la chaleur, la massothérapie des muscles fibreux, contractés, contracturés, rétractés ainsi que les mobilisations de recentrage par exemple pendant l'étirement ou le temps de repos du « Sohier système » peuvent s'interrompre selon les caprices du téléphone par exemple, sans l'habituel sentiment d'abandon du patient en-



Le « Sohier système ».



Exemple de dégageant articulaire du genou : R. Sohier fait le commentaire suivant : « La force de dégageant provient d'un appareil que nous avons imaginé il y a belle lurette. En tournant, le disque réalise une sollicitation dont l'intensité grandit selon un rythme sinusoïdal. Des arrêts en fin de tension ou au retour peuvent maintenir la décoaptation ou la recoaptation. » (D'après R. Sohier, Justifications fondamentales de la réharmonisation biomécanique des lésions dites ostéopathiques des articulations, p. 143).

BIBLIO-SPEK

Les livres de Raymond Sohier

● **Kinésithérapie analytique de la colonne vertébrale. Tome 1.**

Réf. LD 1909
255 F

● **Tome 2 : les segments lombaires et dorsal**

Réf. LD 1910
255 F

● **Justifications fondamentales de la réharmonisation biomécanique des lésions dites ostéopathiques des articulations, en collaboration avec J. Sohier.**

Réf. LD 1911
255 F

● **Kinésithérapie de la hanche**

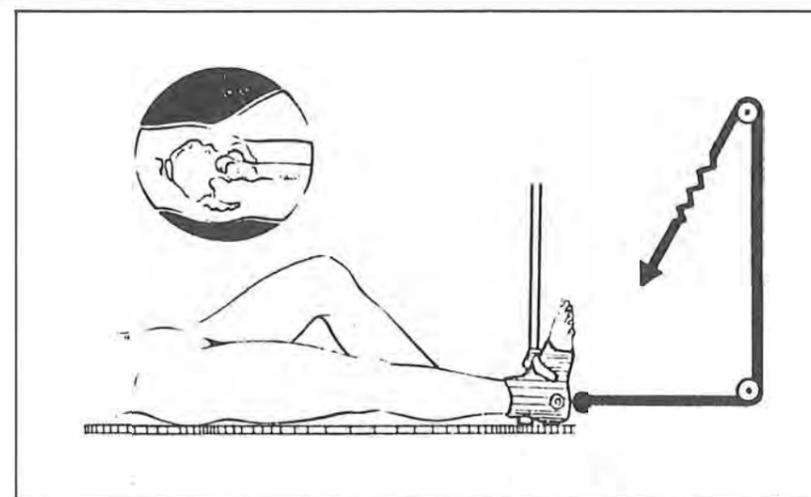
Réf. LD 1906
255 F

● **Kinésithérapie de l'épaule**

Réf. LD 1907
255 F

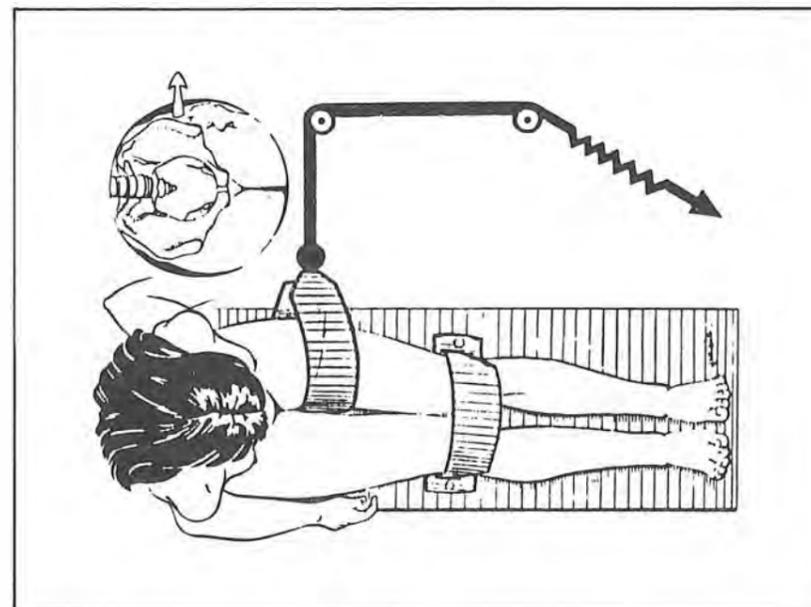
Frais de port et emballage + 20 F

Commande à retourner avec références et règlement à la SPEK, 24, rue des Petits-Hôtels, 75010 Paris. Tél. (1) 42.46.80.07.



Hanche expulsive : dans ce type de hanche, le pincement de l'interligne articulaire est polaire supérieur, externe et antérieur :

- patient obligatoirement couché en décubitus dorsal sur la table en cage à poulies ou autre système d'accrochage ;
- le membre inférieur est en suspension (ressort-sandow), une charge (sac de sable) placée sur le haut de la cuisse le plus près possible du col fémoral ;
- une poulie est placée dans le prolongement du membre inférieur.



Dégagement d'une hanche pénétrante :

- le pincement est ici interne et postérieur ;
- le dépinçement du pôle postérieur peut être obtenu par traction dans l'axe du membre inférieur ;
- le patient est assis afin de détendre le manchon capsulo-ligamentaire ;
- les deux membres inférieurs sont sanglés au niveau des deux genoux ;
- une sangle de traction est située le plus haut possible, l'accrochage d'une première poulie se fera de telle sorte que la force de dégageant articulaire soit dans l'axe du col fémoral.

Association de la traction dans l'axe et du dégageant articulaire : l'intensité du dégageant doit être environ du double de la traction (accrochage circuit trois poulies). Le membre inférieur est alors mis en suspension.

traîné aux sollicitations actives sous dégageant, apprises et comprises précédemment.

En conclusion et à l'occasion de ces Journées européennes de thérapie analytique en l'honneur de Raymond Sohier, nous pensions insinuer que notre usine à soins privés

réussissait à doser la thérapie manuelle selon Sohier et la machine, sans complexes et avec le souci constant de rechercher l'essentiel sans se noyer dans l'immensité de l'inutile. □

France Reval S.A. : rue de Québec, Z.I. Chef-de-Baie, 17000 La Rochelle.