UNIVERSITE LOUIS PASTEUR
STRASBOURG

LE CHOIX DE LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE

EN RECONSTRUCTION POSTURALE

(CAS CLINIQUES)

Mémoire présenté par
Christian BERARD
Masseur Kinésithérapeute
En vue de l'obtention du Diplôme Universitaire
De Reconstruction Posturale
Année 2003
No : 66

A Danielle, ma femme, pour sa présence
attentive et son aide soutenue.

A mes enfants, ma joie et ma fierté.

A mes petits enfants, mon bonheur partagé.

REMERCIEMENTS

à Françoise MEZIERES, dont la rencontre m'a donné la passion de mon métier.

au Professeur Michel JESEL, pour avoir ouvert les portes de l'Université à la Reconstruction Posturale.

à Christian CALLENS, pour sa rigueur scientifique, et son honnêteté intellectuelle.

à Michaël NISAND, pour son esprit fertile, la qualité de son enseignement et de sa pédagogie, sa grande disponibilité, dans le partage de l'amitié et la passion de notre travail.

à Christiane DESTIEUX, pour son aide précieuse et sa compétence.

à Anne Frédérique COLINMAIRE, pour son esprit critique et la qualité de ses soins.

aux centaines de patients, qui depuis quatre décennies nous confient *leur douleur*.

"Je pense que, dans ma salle quasi monacale, où je dialogue longuement avec mon patient, où j'établis patiemment le double dialogue du praticien avec le sujet, et du sujet avec son corps, voire même avec lui-même tout entier, je ne peux que contribuer, pour ma part, à une communication, à une communion avec les êtres."

Françoise Mézières.

"La recherche de la vérité est à la fois difficile et facile : nul ne peut l'atteindre absolument, ni la manquer tout à fait."

Aristote.

"On ne connaît bien une science que lorsqu'on en connaît l'histoire"

Auguste Comte.

"Savoir c'est comprendre comment la moindre des choses est liée à tout"

Alain.

RESUME.

L'histoire de la rééducation comporte trois périodes principales :

- Les temps anciens : gestion humaine et sociale des personnes handicapées.
- La période des deux guerres : émergence de la réadaptation fonctionnelle.
- la période contemporaine : organisation institutionnelle et professionnelle de la rééducation.

Ces périodes sont liées au handicap de l'homme dans toutes ses dimensions au travers des âges.

Durant les cinquante dernières années, la diversité et l'évolution des techniques ne sont pas négligeables. Parmi celles-ci nous retiendrons la Reconstruction Posturale, issue des travaux de Françoise Mézières qui, en 1947 par son observation princeps, imposa un nouveau regard sur la conception de la biomécanique humaine.

Désormais, les hypothèses pathogéniques des troubles de la statique et, leurs conséquences, obligent le praticien en Reconstruction Posturale à modifier son approche non seulement, sur le plan de leurs interprétations mais encore, dans sa stratégie thérapeutique.

Le but de ce travail est précisément de démontrer au travers de cas cliniques la difficulté du choix de cette stratégie en Reconstruction Posturale où, à partir de connaissances

scientifiques incontournables, la réflexion, l'œil et la main du thérapeute est déterminant pour obtenir un résultat favorable.

MOTS CLEFS :

Mézières, chaînes musculaires*, dysmorphisme*, Reconstruction Posturale, tonus musculaire*.

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION. 1
2 1947 : LA REVOLUTION MEZIERES : SON CONCEPT. (1) 2
2.1 Observation princeps. (Annexe I) 2
2.2 Définition de la méthode. 3
2.3 Le postulat de Françoise Mézières. 4
2.4 Le concept des blocs fonctionnels* et des chaînes musculaires* 5
3 1992 : LA RECONSTRUCTION POSTURALE : HISTORIQUE ET CONCEPT. 6
3.1 Définition de la Reconstruction Posturale 7
3.2 Le tonus musculaire*. 7
3.3 Hypothèse pathogénique. 9
3.4 La stratégie thérapeutique en Reconstruction Posturale. 10
4 CHOIX DE DEUX CAS CLINIQUES. 17
4.1 Premier cas. 17
4.2 Deuxième cas 22
5 CONCLUSION 28
BIBLIOGRAPHIE. .....
LEXIQUE. .....
ANNEXES .....

1 INTRODUCTION.

Le génie de Françoise Mézières a bousculé les idées reçues dans le monde de la Kinésithérapie après son observation princeps de 1947.

Nous avons eu le privilège de recevoir son enseignement et, l'honneur d'appartenir à un petit groupe de passionnés assez proches d'elle.

Le message de Françoise Mézières nous fascinait, mais son mutisme nous troublait. Sans un mot, elle balayait de son regard bleu le demi-cercle que nous formions autour d'elle.

Mézières imposait à ses élèves une observation silencieuse et sans relâche pendant son long corps à corps avec ses patients. Cette pédagogie, mal adaptée à cet enseignement si difficile et déroutant, entraînait d'une manière incontestable des divergences importantes par rapport à son message originel, tant sur la forme que sur le fond. Beaucoup de ces stagiaires repartaient emportant quelques recettes qu'ils reproduisaient sur leurs patients d'une manière systématique, souvent décevante, voire dangereuse. D'autres essayaient avec acharnement de comprendre comment cet immense puzzle pouvait se construire et fonctionner.

En fait, il manquait à cet enseignement un vocabulaire, une dialectique, une démarche intellectuelle cohérente pour permettre à chacun d'avoir les mêmes repères.

En 1992, après la disparition de Françoise Mézières, notre ami Michaël Nisand, compagnon mézièriste des années soixante-quinze, réussit dans le cadre de l'Université Louis Pasteur de Strasbourg, à créer un Diplôme Universitaire, sous la houlette du Professeur Michel

Jesel. La rigueur scientifique et le professionnalisme universitaire devenaient le garant d'un enseignement crédible et structuré.

Ainsi naquit la Reconstruction Posturale.

Les cas cliniques présentés illustrent ce concept de la Reconstruction Posturale où, le symptôme ne prend toute son importance que par rapport au contexte dans lequel il s'inscrit. Ainsi pour un même symptôme, la stratégie thérapeutique est différente d'un patient à l'autre. Seules la synthèse du bilan morphologique et l'anamnèse en déterminent le choix.

2 1947 : LA REVOLUTION MEZIERES : SON CONCEPT. (1)

Françoise Mézières (1909 – 1991) exerce tout d'abord en tant que Kinésithérapeute et enseigne l'anatomie et la physiologie à l'Ecole Française d'orthopédie et de massage du Docteur Boris Dolto, rue Cujas à Paris.

2.1 Observation princeps. (Annexe I)

En 1947, Françoise Mézières examine une patiente présentant une importante cyphose dorsale. En position assise elle essaie de mobiliser les épaules sans résultat.

En décubitus dorsal, elle renouvelle cette manœuvre, qui malgré le peu d'amplitude,

provoque aussitôt une importante hyperlordose lombaire. Afin de corriger celle-ci, elle fléchit les genoux sur le bassin. Cette hyperlordose se déplace immédiatement sur la nuque.

Françoise Mézières vérifiera pendant deux ans ce phénomène et en dégagera six lois fondamentales. (Annexe II)

2.2 Définition de la méthode.

Françoise Mézières définit sa méthode comme :

"Une technique propre à normaliser la forme par l'assouplissement des chaînes musculaires au moyen de contractions isométriques en statique excentrique."(1)

C'est le principe actif essentiel de cette méthode qui considère l'homme dans son ensemble.

"*Seule la contraction isométrique allonge, assouplit les muscles en renforçant leur contractilité et en améliorant leur élasticité."(1)*

En pratique ce travail se fera par un étirement des muscles ainsi qu'une contraction simultanée de ces muscles étirés.

Les objectifs de sa méthode seront donc :

- de lutter contre la rétraction des muscles postérieurs dans toutes leurs physiologies,

- de bannir le travail analytique sous forme isolé,
- de libérer le blocage inspiratoire,
- d'améliorer les troubles de la statique d'après les canons de la morphologie parfaite.

Classiquement il n'y a pas de normes morphologiques mais seulement des biotypes : longiligne, bréviligne, médioligne.

Pour F. Mézières, il y a une norme parfaite, d'harmonie universelle que connaissent bien les Maîtres des Beaux Arts, spécialistes des canons de la beauté idéale grecque. C'est ainsi qu'elle définira le référentiel morphologique *ou parangon*. (Annexe III)

"C'est en regard de ce parangon que nous examinons et exerçons le patient, afin de corriger ses difformités."(1)

2.3 Le postulat de Françoise Mézières.

Pour F. Mézières, la confusion entre un état d'équilibre, (centre de gravité projeté dans le polygone de sustentation) et le moyen de le maintenir, détermine la divergence fondamentale entre les principes classiques de la gymnastique (lutte contre la pesanteur) et ceux de sa méthode.

La position debout, impose la nécessité de muscles dorsaux puissants et d'abdominaux toniques : c'est le moyen de récupérer un compromis d'équilibre, (système de forces égales

parallèles, et de sens contraire qui fait tourner le corps autour de son centre de gravité).

F. Mézières affirme le contraire : "*la pesanteur est une alliée"(1),* elle est donc indispensable à la station debout, car elle sollicite le tonus postural.

Le tonus postural n'est pas mesurable à l'électromyogramme ; aucune force n'est requise pour se tenir debout.

La théorie de F. Mézières semble aujourd'hui confirmée.

"Le développement important de la musculature antigravitaire par rapport à la masse du corps, chez l'homme, ne se justifie guère par la nécessité du maintien de la posture debout et assise, mais ces muscles interviendront puissamment lors de la transition entre les postures assise, debout, et allongée." (2)

2.4 Le concept des blocs fonctionnels et des chaînes musculaires*.*

A l'instar des paléontologistes, Françoise Mézières détermine deux secteurs fonctionnels de l'appareil locomoteur humain : *le bloc supérieur,* (train avant de l'animal) avec la tête, la colonne cervicale, la ceinture scapulaire, les membres supérieurs et la colonne dorsale jusqu'à T7 ; *le bloc inférieur,* (train postérieur de l'animal) avec le rachis de T7 au coccyx, la ceinture pelvienne, et les membres inférieurs. Tous les éléments d'un même bloc sont interdépendants. Des chaînes musculaires propre à chaque bloc, et les reliant entre eux assurent le

système moteur de cet ensemble. Quatre chaînes musculaires régissent ces mécanismes :

- la grande chaîne postérieure,
- la chaîne antérieure du cou,
- la chaîne brachiale,
- la chaîne antéro-intérieure.

Ce concept explique l'inefficacité du travail analytique. L'origine d'une pathologie ou d'un symptôme est à rechercher dans le bloc où ils s'inscrivent, voire dans le bloc opposé.

"*La connaissance de ces deux blocs est des plus importante pour la technique. Elle nous permet de comprendre le mécanisme de bien des déformations, douleurs, impotences, dont nous devons chercher l'origine sur d'autres segments que ceux apparemment atteints, et qui sont l'effet de ce que j'appelle "le réflexe antalgique à priori"(1)."* (Annexe IV)

---

*Tout mot suivi d'un astérisque renvoie à une explication dans le lexique.

3 1992 : LA RECONSTRUCTION POSTURALE : HISTORIQUE ET CONCEPT.

En octobre 1991, la disparition de Françoise Mézières suscite de nombreuses vocations d'enseignants de sa méthode. Chacun la personnalise par l'adjonction d'autres techniques incompatibles, et la notion de chaînes musculaires, dont le nombre devient pléthorique, est galvaudée. L'esprit originel en est rapidement ruiné.

Seule la Reconstruction Posturale conservera cette notion des deux blocs fonctionnels,

des quatre chaînes musculaires et des six lois mécaniques propre à la méthode de F. Mézières. Pour des raisons didactiques, deux chaînes seront rebaptisées :

- la chaîne postérieure devient *la grande chaîne corporéale postérieure,*
- la chaîne antéro-intérieure devient *la chaîne antérieure des lombes.*

3.1 Définition de la Reconstruction Posturale.

La Reconstruction Posturale peut se définir comme *"Un ensemble de techniques propres à normaliser le tonus des chaînes musculaires, et qui utilise la restauration morphologique comme critère de validation"*. (3) C'est une rééducation neuromusculaire. Elle est née en 1992 et son précurseur a été Françoise Mézières.

Pour F. Mézières, l'hypertonie des chaînes musculaires était la conséquence du raccourcissement de ces chaînes.

Pour la Reconstruction Posturale, *"C'est la fluctuation du tonus musculaire à l'intérieur des chaînes qui est responsable du raccourcissement de ces chaînes qui s'adaptent à leur nouvelle longueur en fixant une déformation donnée"*. (3)

3.2 Le tonus musculaire*.

Parmi les propriétés du muscle, l'activité contractile, (état de tension légère) ou tonus musculaire, est une activité contrôlée et assurée par les centres nerveux et la moelle épinière au

niveau de certaines unités motrices.

"*Le tonus musculaire est d'une extrême importance et forme en quelque sorte la "toile de fond" des activités motrices et posturales, préparant le mouvement, fixant l'attitude, sous-tendant le geste, maintenant la statique et l'équilibre".(4)*

Il est donc indispensable que la balance du tonus musculaire soit équilibrée, en particulier au niveau des chaînes musculaires, avant toute forme de mouvement ou d'attitude.

" Le maintien de l'équilibre dépend de l'action du système nerveux qui assure le contrôle du tonus musculaire responsable de la cohésion mécanique entre les constituants du squelette osseux. Dans les conditions statiques (sujet immobile) la répartition du tonus musculaire entre les différents groupes de muscles permet le déploiement d'attitudes posturales fondamentales. Dans les conditions dynamiques (sujet en mouvement), le système nerveux fait intervenir un certain nombre de mécanismes de correction et de rattrapage de l'équilibre". (2)

La fluctuation du tonus musculaire concernerait surtout les muscles des chaînes avec leur spécificité, leur individualité, et certains muscles hors chaînes asservis par ces mêmes chaînes, en fonction des dysmorphismes engendrés par l'augmentation de ce tonus.

La répartition du tonus musculaire entre les différents muscles n'est pas égale :

"Pour maintenir l'attitude posturale, les muscles extenseurs et fléchisseurs du bras se contractent pour supporter le poids de la main et de l'avant-bras avec cependant une sollicitation plus importante au niveau des fléchisseurs (Chaîne brachiale). *Au niveau des muscles de la jambe, l'activité musculaire des extenseurs du pied* (retour de la chaîne postérieure) *est par contre très*

importante en regard des muscles fléchisseurs. De même cette activité tonique posturale s'observe également au niveau des autres extenseurs tels que ceux de la musculature du cou du tronc, (Chaîne postérieure) *et des* masséters (asservis par la chaîne postérieure) "(2).

3.3 Hypothèse pathogénique.

F. Mézières considérait la colonne vertébrale comme une sinusoïde hélicoïdale sur laquelle :

"la lordose se déplace comme un anneau sur une tringle", (1) au fur et à mesure qu'on essaie de l'effacer d'un endroit, parce que sous tendue par une chaîne continue de muscles polyarticulaires, à la manière de la corde centrale d'un *"pantin"* (1) qui la fait tourner sur elle-même.

La Reconstruction Posturale entérine cette analyse et la prolonge : il y aurait en effet deux lordoses s'influençant, l'une cervico-thoracique (bloc supérieur), l'autre thoraco-lombaire (bloc inférieur). Ceci parait plus logique, car pour la première, la chaîne antérieure du cou s'étend de l'occipital à T4, quant à la seconde, la chaîne antérieure des lombes s'étend de T12 aux fémurs.

Il existe donc une *zone de transition* entre T4 et T12 où seule la chaîne postérieure, en arrière, a une influence mécanique sur le rachis. L'augmentation des deux lordoses due à l'hypertonie des chaînes musculaires fait plier cette zone de transition dans les trois plans de l'espace. Le muscle diaphragme en avant (chaîne antérieure des lombes) favorise, par ses insertions costales et sternales, ce mécanisme (modification des points fixes). Ces lordoses sont

par ailleurs le siège le plus fréquent des lésions arthrosiques, des déformations, et des syndromes algiques. Ceci peut expliquer qu'en cas de déséquilibre du tonus musculaire entre deux chaînes antagonistes, *le conflit d'influence mécanique entre ces chaînes (3)* pourra se traduire soit par l'apparition d'une douleur, (exemple un torticolis) conflit entre la chaîne antérieure du cou et la chaîne postérieure, soit par un consensus entre ces deux chaînes, (exploitation d'un plan adjacent), et la dilution du conflit à distance, entraînant une douleur ou un dysmorphisme au niveau, par exemple, du membre supérieur.

3.4 La stratégie thérapeutique en Reconstruction Posturale.

Le concept des deux lordoses du bloc supérieur et du bloc inférieur prend toute son importance, en Reconstruction Posturale, par l'invention de la modélisation des *flèches virtuelles transfixiantes* et des *piliers* de ces lordoses *: "C'est une modélisation de type vectorielle reflétant les différents paramètres de la résultante des forces déterminantes d'une dépression lordotique (direction, sens, point d'application, module)".* [1]

Chez le parangon, dans un plan sagittal, la colonne vertébrale présente trois courbures et, trois sommets alignés dans un même plan :

- l'occiput pour la courbure cervicale,
- le scapulum pour la courbure dorsale,

[1] Cours D.U. de Reconstruction Posturale U.L.P. Stasbourg. 1999-2002.

- le sacrum pour la courbure lombaire.

Cet ensemble est sous-tendu par des chaînes musculaires antagonistes déterminant les deux lordoses cervico-thoracique et thoraco-lombaire reliées par la zone de transition. Sous l'influence de l'hypertonie de ces chaînes, la Reconstruction Posturale a imaginé, dans l'évolution pathologique de la lordose, l'impact d'une flèche virtuelle au niveau d'un ou plusieurs processus épineux de cette ou ces vertèbres, dans un premier temps, puis le déplacement dans les trois plans de l'espace, secondairement. Telle la corde d'un arc, sa tension fera tourner les processus épineux dans la concavité, les corps vertébraux dans la convexité. L'entrée de cette flèche provoquera une dépression lordotique ; sa sortie, une zone proéminente en avant.

Il en résulte deux dépressions lordotiques, cervivo-thoracique, et thoraco-lombaire reliant et conditionnant la zone de transition.

Si on considère la lordose comme le tablier d'un pont reposant sur deux piliers, nous aurions pour le parangon : l'occiput comme pilier supérieur, et la pointe des scapulae, comme pilier inférieur de la lordose du bloc supérieur ; la pointe des scapulae comme pilier supérieur et le sacrum comme pilier inférieur de la lordose du bloc inférieur.

D'après les statistiques, la majorité des scolioses (environ 90% des cas) présente des convexités thoraco-lombaire gauche, thoracique droite, cervico-thoracique gauche. Dans ce cas, l'image de dos donnera deux dépressions lordotiques diagonales et convergentes vers la zone de transition :

- concavité cervico-thoracique droite vers concavité thoracique gauche pour le bloc

supérieur,

- concavité thoracique gauche vers concavité thoraco-lombaire droite pour le bloc inférieur, encadrées par une proéminence de l'épaule gauche et de la zone thoracique droite.(Image de "deux vallées entre deux montagnes")(Annexe V)

Suivant l'évolution des pathologies, (entrées et sorties de flèches) les *piliers* des lordoses, sous l'influence de l'hypertonie induite des chaînes musculaires, se déplaceront, provoquant des dysmorphismes ou des algies dans les deux blocs. Nous entrevoyons dès maintenant l'importance du bilan morphologique et sa synthèse pour appréhender le choix de la stratégie thérapeutique en Reconstruction Posturale.

L'objectif du praticien reconstructeur sera la normalisation du tonus des chaînes musculaires ce qui s'objective par la restauration de la morphologie normale (parangon)

"Ce qui se traduira en cas de succès, par la diminution des dysmorphismes et des algies éventuelles. Cette diminution sera à la fois un objectif de traitement, et un mode d'évaluation des résultat.". (3) Ceci impose au reconstructeur, d'ajouter à l'anamnèse, à l'imagerie médicale et aux plaintes du patient, un bilan morphologique propre à la Reconstruction Posturale, statique, palpatoire et dynamique afin de répertorier les dysfonctions, et les déformations, et pour évaluer les algies (qui constituent le plus souvent l'objectif prioritaire du traitement et la demande du patient).

La synthèse du bilan permet enfin, d'identifier et de répertorier les dysmorphismes acquis et permanents (bilan statique et palpatoire), les réactions propres à chaque patient (par les

manœuvres* et les clefs* du bilan dynamique), ainsi que les caractéristiques des lordoses du bloc supérieur et du bloc inférieur dans les trois plans de l'espace (entrées et sorties de flèches et piliers). C'est à partir de la synthèse de ce bilan morphologique que nous pouvons envisager une stratégie thérapeutique cohérente.

En Reconstruction Posturale[2], le principe actif spécifique et essentiel est la "*sollicitation active inductrice"*. Elle comprend une induction, et une ou des réponses évoquées. (Ces réponses évoquées, qui signent la validité d'une manœuvre sont recherchées en premier lieu en Reconstruction posturale. Pour F Mézières, il s'agissait de "*compensations*"(1) qu'il fallait à tout prix éviter)

"*La réponse évoquée est un comportement transitoire anormal, polymorphe (hormonal, sensoriel, mécanique), lié à l'hypertonie des chaînes et provoqué à distance par une induction). (5)*

En fonction du bilan morphologique, le praticien reconstructeur peut utiliser le ou les dysmorphismes de trois façons différentes :

- Comme *cible thérapeutique*,* par la mise en œuvre du principe actif essentiel de la Reconstruction Posturale, ce qui se traduira par l'aggravation transitoire immédiate due à l'hypertonie induite, (critère de validité*) suivie de la correction différée par épuisement du tonus induit (critère d'arrêt*).

[2] Destieux C. "*Comment établir une stratégie thérapeutique en Reconstruction Posturale". Cours ULP*. Janvier 2002.

- Comme *objectif thérapeutique,**(correction immédiate en fin de manœuvre, de séance ou de traitement)
- Comme *induction* : la correction immédiate mais transitoire se réalise par un Mouvement de Grande Amplitude Relative, (M.G.A.R.) nécessaire pour induire l'hypertonie dans la zone cible.

Ce M.G.A.R., ou sollicitation active inductrice, ou induction, propre à la Reconstruction Posturale, *regroupe tout mouvement physiologique réalisé dans la course maximale possible, toute tentative de grand mouvement qui serait empêché par un obstacle mécanique ou une inhibition réflexe, ainsi que tout effort transitoire pour ramener l'article ou une suite d'articles vers la morphologie normale. Ce mouvement du fait de l'hypertonie des chaînes va provoquer une réponse évoquée :(5)*

Exemple : en décubitus dorsal, l'abduction du membre supérieur, (induction, 2e clef*) provoquera une convexité thoracique homolatérale dans le plan frontal (réponse évoquée).

Le M.G.A.R., peut engendrer plusieurs types de réponses évoquées suivant sa nature :

1er exemple : en décubitus dorsal, l'élévation des membres inférieurs, (manœuvre*) provoquera des réponses évoquées aléatoires, (réaction non prévisible) présomptives, (hautement probable) ou inopinées, (que rien ne permet de prévoir).

2ème exemple : en décubitus dorsal, la rotation capitale, (5e clef) provoquera une réponse évoquée inéluctable (propre aux clefs) par le soulèvement de l'hémithorax controlatéral

dans le plan sagittal, mais aussi des réponses évoquées aléatoires présomptives et inopinées.

Les réponses évoquées peuvent comporter des mouvements, contractions, ou crispations musculaires involontaires qui masquent l'hypertonie ; le praticien reconstructeur veillera à éliminer ce "parasitage" (*trépied évoqué*)*. Seule l'hypertonie signe le critère de validité.

La distance entre l'induction et la cible, (*bras de levier*)* doit être la plus longue possible. C'est la condition sine qua non pour obtenir l'épuisement du tonus induit et la correction du dysmorphysme.

L'objectif et la cible peuvent être confondus si la longueur du bras de levier est suffisante pour valider la manœuvre. Dans le cas contraire, la cible sera choisie au-delà de l'objectif.

1er exemple : pour une lombalgie, (objectif thérapeutique) l'induction se faisant dans le bloc supérieur, la cible thérapeutique au niveau des pieds, le bras de levier est suffisant pour valider la manœuvre, les réponses évoquées transiteront par l'objectif (lombes).

2ème exemple : pour un torticolis, (objectif) la flexion d'un membre supérieur, (induction, 4e clef) la cible placée aux niveau des pieds, le bras de levier est trop court la manoeuvre est inefficace, voire dangereuse.

3ème exemple : pour une pathologie du pied, (objectif) l'induction pourra se faire par un travail alterné des poignets, en position assise, la cible (pied) sera confondue à l'objectif, le bras de levier est suffisant, la manœuvre est valide.

Cette stratégie thérapeutique comporte également le choix du type d'induction :

- L'induction "interbloc", lorsque l'induction et la cible se situent dans des blocs opposés.
- L'induction "intrabloc" lorsque l'induction et la cible se situent dans le même bloc mais dans l'hémicorps opposé.
- L'induction "intra-article" lorsque l'induction et la cible se situent à l'extrémité du même membre, mais dans l'hémipalette opposée.

Le bilan permet également de déterminer la position de départ des exercices :

- Décubitus dorsal sans mise en tension autour des poulies de réflexion naturelles, (bassin, pieds)
- Décubitus dorsal membres inférieurs en flexion avec mise en tension autour des poulies de réflexion pelvienne et tarsienne,
- Position assise, avec mise en tension autour des poulies de réflexion pelvienne et tarsienne,
- Position debout en appui dorsal contre un mur, avec mise en tension autour de la poulie de réflexion tarsienne.

Toujours en fonction du bilan, le choix du sens de l'induction se fera en "cranio-caudal", ou en"caudo-cranial".

*Les postures** élaborées à partir de manœuvres, dont au moins une sera aggravante (2ème catégorie*) seront tenues dans le temps jusqu'à l'épuisement de l'hypertonie.

La respiration de travail * (indispensable pour l'accès au tonus) mise en place dès le

début de la séance, sera adaptée à chaque patient.

En Reconstruction Posturale, le travail à distance de l'objectif thérapeutique est une règle absolue. En cas d'algie, certaines manœuvres ou positions de travail sont prohibées, du moins tant que la douleur subsiste.

Le traitement comportera en général trois étapes : une période d'attaque, (une séance hebdomadaire), une période de consolidation, (une à deux séances mensuelles) et une période d'entretien déterminée en accord avec le patient.

4 CHOIX DE DEUX CAS CLINIQUES.

Pour illustrer ce propos, nous avons choisi deux cas cliniques à symptômes à peu près similaires dans des contextes différents ; une sciatalgie chronique pour le premier cas, et un lumbago aigu pour le second cas.

4.1 Premier cas.

Monsieur R.S. 66 ans, retraité, diabétique, sans antécédents traumatiques majeurs, présente une sciatalgie droite, surtout en position debout ou assise. Le bilan radiologique objective une arthrose inter apophysaire L4-L5, et une hemisacralisation droite, de L5 le scanner ne montre aucune altération discale.

<u>Bilan statique : debout de face</u> :

- pied droit versé sur le bord médial, hallux valgus, genu valgum droit, bassin

antéversé à droite, antépulsé à gauche, concavité thoraco-lombaire droite très marquée (visible à la radio) épaule plus basse à droite, thorax supérieur gauche proéminent, tête inclinée à droite, décalée à gauche.

Profil droit :

- condyle fémoral médial et hemibassin gauches apparents, pointe de la scapula droite saillante ainsi que le bord médial de la scapula gauche, thorax supérieur gauche apparent, tête projetée en avant.

Profil gauche :

- pointe de la fesse droite apparente, bras gauche en flexion, tête en avant.

Dos :

- condyle médial gauche en rotation médiale, fesse droite creuse, pli en "coup de hache" lombaire droit, pointe de la scapula droite et bord de la scapula gauche saillants, pli marqué sur le bas de la nuque, avec épaule plus basse à droite.

En raison de la douleur la flexion plantigrade n'est pas réalisée.

Bilan palpatoire : le patient est installé en décubitus dorsal.

- A la palpation des vertèbres cervicales, nous trouvons : C1 à droite, les processus articulaires de C2 à C5 à gauche, les processus épineux de C6 à T1-T2 à droite.

Bilan dynamique :

Nous mettons en place la respiration de travail.

- l'élévation du membre inférieur droit est aisée, (sans signe de Lasègue), la hanche droite se soulève, l'épaule droite s'abaisse, la gauche remonte, la tête s'incline à droite.
- l'élévation du membre inférieur gauche augmente sa rotation médiale, la hanche gauche s'enfonce dans le sol, la tête part en arrière, la douleur apparaît, la manœuvre est abandonnée. En raison de la douleur, l'élévation des deux membres inférieurs n'est pas envisagée.
- Abduction du membre supérieur droit, (2e clef) augmentation convexité latérale du thorax à droite, la hanche remonte vers l'épaule à droite, le membre inférieur droit s'écarte de l'axe du corps.
- L'abduction du membre supérieur gauche est très limitée, le thorax translate à gauche.
- Inclinaison capitale à droite, (3e clef) aucune réponse.
- Inclinaison capitale à gauche, très limitée.
- Elévation du membre supérieur droit, (4e clef) aucune réponse.
- Elévation du membre supérieur gauche, difficile, augmente la lordose thoraco-lombaire, le patient semble s'arquer sur son talon droit, la douleur réapparaît, nous arrêtons la manœuvre.

En raison de la douleur, la première clef en position assise, (recul de la tête) n'est pas

réalisée.

Synthèse du bilan :

- Lordose du bloc inférieur : entrée de flèche, creux de la fesse droite ; sortie de flèche, bassin antépulsé à gauche ; pilier supérieur, pointe de la scapula droite ; pilier inférieur, hallux valgus droit.
- Lordose du bloc supérieur : entrée de flèche, bas de nuque droit (C6-C7) ; sortie de flèche, thorax supérieur gauche ("gros sein") ; pilier supérieur, épine et bord médial de la scapula gauche ; pilier inférieur, condyle médial du genou gauche.
- Dysmorphismes recensés : hallux valgus et genu valgum droits, concavité lombaire droite, thorax supérieur gauche proéminent, tête en avant.

Proposition thérapeutique : pour une première séance d'urgence.

- Objectif thérapeutique : région lombaire, (algie) le dysmorphisme lombaire n'étant pas exploitable.
- Cible thérapeutique : l'objectif thérapeutique étant dans le bloc inférieur, nous choisirons un dysmorphisme cible dans ce bloc, au-delà de l'objectif, soit l'hallux valgus droit.
- Induction : à partir d'un dysmorphisme du bloc supérieur, (tête en avant) ; ou du bloc inférieur, en travail intra-article à partir du pied droit (hallux valgus) ou en travail intrabloc à partir du pied gauche, la cible restant le pied droit.

Choix thérapeutique :

En raison de la douleur, (positions assise, et debout) nous optons pour le décubitus dorsal, sans mise en tension autour de la poulie pelvienne (algie).

- L'objectif thérapeutique reste inchangé.

Compte tenu de l'importance du dysmorphisme thoracique supérieur gauche, nous placerons l'induction dans le bloc supérieur, (travail interbloc dans le sens cranio-caudal)

Ce dysmorphisme n'est pas exploitable en tant qu'induction. En effet, la 4ème clef à gauche et la 5ème clef à droite du bilan dynamique, qui aggraveraient ce dysmorphisme, ne serait pas gérables en raison de la douleur ou de la pénibilité de la posture.

- L'induction choisie sera donc un mouvement de grande amplitude relative par le *travail alterné des poignets.*
- La cible thérapeutique reste inchangée, le bras de levier étant suffisant

Réalisation :

En cours d'exercice, il s'avère que le poignet gauche présente plus de difficultés. Après de nombreuses réponses évoquées : adduction des scapulae, sortie du menton, blocage inspiratoire, contractions des muscles fessiers, nécessitant des *manœuvres adjuvantes**, l'hypertonie se manifeste au niveau des pieds, en particulier une flexion plantaire-varus du droit. La cible est atteinte, nous attendons l'épuisement du tonus.

Nous terminons la séance par un massage du diaphragme et de l'aire cardiaque.

Bilan de fin de séance :

Le patient sent ses appuis au sol plus symétriques, l'épaule gauche est plus mobile, la

respiration plus profonde.

Debout : de face et de dos : les épaules sont plus symétriques, la tête plus dans l'axe du corps, les pieds plus rapprochés. La douleur est très atténuée, le rhabillage est plus aisé.

Discussion :

Dans le cas de Monsieur S. nous avons privilégié l'induction dans le bloc supérieur, sens cranio-caudal, afin de solliciter l'hypertonie de l'ensemble de la grande chaîne corporéale postérieure et de la chaîne antérieure des lombes (blocage inspiratoire du diaphragme). Les réponses évoquées se manifestant dans la zone cible signant le critère de validité et, l'épuisement de l'hypertonie induite, le critère d'arrêt. Si nous avions choisi de placer l'induction dans le bloc inférieur, à partir d'un travail intra-article du pied droit, ou d'un travail intrabloc à partir du pied gauche, malgré un bras de levier suffisant, nous avions peu de chance d'atteindre le bloc supérieur d'autant plus que la position couchée, en raison de l'algie, ne permettait pas un bon contrôle de l'exercice (délordose thoraco-lombaire). D'autre part le travail interbloc cranio-caudal facilitait les manœuvres adjuvantes au niveau thoracique et abdominal.

4.2 Deuxième cas.

Nous recevons Madame B.C. 38 ans, lumbago aigu, pas d'antécédents traumatiques, pas de bilan radiologique.

Bilan statique :debout de face.:

Genu valgum bilatéral, les pieds ne se joignent pas. Le bassin est anté versé et translaté à droite. La hanche droite légèrement plus haute que la gauche. Le thorax semble convexe dans le plan frontal et proéminent dans le plan sagittal à gauche. L'aisselle droite est plus creuse. La tête est inclinée dans sa partie haute à droite avec sortie du menton.

Profil droit :

Hyper lordose lombo sacrée, bassin anté versé (ligne ischion E.I.A.S. horizontalisée), bas de ventre prolabé. On aperçoit la partie sous mammaire de l'hémi thorax gauche. Le coude en arrière du contour postérieur du thorax. La tête en avant.

Profil gauche :

Pointe de la fesse droite visible, hyper lordose lombaire, pointe de la scapula droite visible. Tête en avant.

Dos :

Genu valgum bilatéral, pieds versés sur le bord médial. Rotation médiale des deux genoux. Bassin translaté à droite. Hyper lordose dorso lombaire remontant en inter scapulaire. Pli en coup de hache au niveau dorsal gauche. Haut de tête incliné avec pli sous occipital à droite.

En raison de l'hyper algie lombaire, les bilans palpatoire et dynamique ne peuvent être effectués, Madame C. ne pouvant s'allonger sur le dos.

Synthèse du bilan :

- Lordose du bloc inférieur : entrée de flèche, partie supérieure de la fesse droite

(hemi bassin droit anté versé) ; sortie de flèche, hémi thorax gauche. IL y a pourtant incohérence, car le bassin est translaté à droite.

- Lordose du bloc supérieur : entrée de flèche, région cervicale haute à droite (pli) ; sortie de flèche, région mammaire gauche.

La reprise du bilan de face laisse supposer (en raison de l'absence de la suite du bilan) que la sortie de flèche des deux lordoses converge vers la région thoraco mammaire gauche avec effet "*boîte d'allumettes"* du thorax (convexité dorsale gauche). De ce fait c'est le thorax qui serait translaté à gauche et non le bassin à droite. Les piliers seraient pour la lordose thocaco lombaire, pointe de la fesse droite (inférieur), et pointe de la scapula droite (supérieur).

Pour la lordose cervico thoracique, occiput à droite (supérieur), pointe de la scapula droite, (inférieur).

- Dysmorphismes recensés : genu valgum bilatéral, bassin anté versé, hyper lordose, thorax ("boîte d'allumette"), tête en avant avec sortie du menton.

<u>Proposition thérapeutique :</u>

- objectif thérapeutique : algie de la région lombaire.
- cible thérapeutique : genu valgum, ou pieds versés (bord médial), dans le bloc inférieur.
- induction : dans le bloc supérieur.

<u>Choix thérapeutique :</u> en séance d'urgence.

En raison de l'algie, les positions de départ, couchée ou assise sont exclues.

La position debout, dos contre un mur est adopté. La respiration de travail est mise en place. L'objectif reste inchangé. Zone cible, membres inférieurs. Induction dans le bloc supérieur, sens cranio caudal.

Réalisation :

La patiente est en appui du bassin, les talons à trois centimètres du mur. Nous corrigeons le genu valgum, genoux fléchis avec rouleau d'appui en éponge derrière les condyles médiaux. Les pieds rapprochés au maximum. Nous demandons la correction des membres inférieurs par une légère rotation latérale. Les réponses évoquées sont immédiates ; blocage inspiratoire, torsion autour de la zone de transition, aggravation de la translation thorax bassin. Aucune induction n'est possible à partir du bloc supérieur. Nous avons recours aux manœuvres adjuvantes inhibitrices (1ère catégorie) ; pressions légères et progressives sur le bas du thorax, et la partie inférieure de l'abdomen (région L5 S1). Après plusieurs minutes, l'amplitude de la respiration s'améliore, la zone de transition est moins en torsion. L'induction est possible par le travail alterné des poignets. La séance est particulièrement pénible, mais la patiente participe correctement. Peu à peu, l'hyper lordose se réduit, les muscles adducteurs des membres inférieurs réagissent (clonus), la tête commence à reculer. Il faudra attendre encore plusieurs minutes pour que l'abdomen devienne moins résistant (contrôle par pressions). L'exercice se terminera par une crise de larmes incontrôlée, la patiente est allongée sur le dos, la position est supportable. A la palpation, les vertèbres cervicales sont alignées. Nous terminons par un massage par pressions abdominales (muscles diaphragme, psoas, iliaques, (chaîne antérieure des lombes), muscle

transverse haut et bas.

Bilan de fin de séance :

En position debout de face, le thorax est plus aligné sur le bassin, les pieds sont plus rapprochés. De dos, les genoux tournent moins en rotation médiale, l'hyper lordose est moins prononcée, ce que confirment les profils. La douleur est nettement atténuée, et Madame C. se rhabille plus facilement.

Discussion :

Dans le cas de Madame C., le choix était difficile ; le conflit du moment, entre la chaîne antérieure des lombes, (hypertonique) et la chaîne postérieure n'était pas résolu, alors que des conflits antérieurs avaient vraisemblablement été résolus, (dysmorphismes des membres inférieurs). La correction à minima de la cible, nécessaire à la réalisation du travail augmentait la lordose lombaire et le blocage inspiratoire. L'induction en 1ère clef, recul de la tête, (réponse évoquée : nutation du sacrum), interdite, et non gérable en raison de l'hyper algie de l'objectif, (transit des réponses évoquées). Seules les manœuvres adjuvantes inhibitrices de la chaîne antérieure des lombes indispensables à la mise en place de l'induction devenaient prioritaires, en première intention.

En résumé, pour ces deux cas à symptôme lombaire, nous voyons que le choix de la stratégie thérapeutique a été différent. Le bilan morphologique a permis d'en définir les modalités. Pour Madame C., le facteur surajouté, était vraisemblablement d'ordre émotionnel. Nous ne

saurions oublier que le "langage" du corps et de l'émotion passe par le même cerveau : le système limbique.

5 CONCLUSION

Par son génie, Françoise Mézières nous a ouvert une voie nouvelle dans la conception de la biomécanique humaine. La Reconstruction Posturale, sans trahir le message de F. Mézières, a su trouver, par sa dynamique de recherche permanente dans le cadre universitaire, une place prépondérante dans l'arsenal thérapeutique de la Kinésithérapie, en particulier dans les troubles de la statique et leurs conséquences algiques ou fonctionnelles. La rigueur de sa pratique, de son enseignement, de sa cohérence scientifique donne à cette technologie novatrice une valeur sûre aux praticiens reconstructeurs soucieux de perfectionner leur art. Ceci exige une composante rationnelle avec des bases scientifiques et de solides connaissances, ainsi qu'une composante intuitive, par une observation minutieuse, une longue expérience, le tout dans la passion de son art.

BIBLIOGRAPHIE.

1. MEZIERES F. Originalité de la Méthode Mézières. *Maloine.* 1984. 6.7.11.13.15.24.27.29.34.37.54.56.57.58.

2. LESTIENNE F. Equilibration. *Prise de vue. Encyclopaedie Universalis.* Version 7. 2002.

3. NISAND M. Prise en charge du patient lombalgique. Rapport d'expert. Conférence de consensus de l'AFREK 1998. 42. (41).43.48.

4. LAGET P. Le tonus musculaire. *Prise de vue. Encyclopaedia Universalis.* Version 7. 2002

LEXIQUE.

Bloc fonctionnel :

Zone corporelle à l'intérieure de laquelle tous les éléments de l'appareil locomoteur sont interdépendants.

Bras de levier :

Distance séparant l'induction de la réponse évoquée.

Chaîne musculaire :

Ensemble de muscles polyarticulaires, de même direction, qui se succèdent en s'enjambant sans discontinuité, comme les tuiles d'un toit.

Cible d'une manœuvre :

Lieu et mode d'expression de la réponse évoquée.

Clef :

Manœuvre spécifique, qui du fait de l'hypertonie des chaînes provoque une réponse évoquée inéluctable et, éventuellement des réponses évoquées aléatoires.

- La 1ère clef :

- Le recul de la tête entraîne le recul du sacrum.

- La 2ème clef :

- L'abduction en rotation médiale du membre supérieur provoque l'élargissement dans un plan frontal de l'hémithorax homolatéral

- La 3ème clef :

- L'inclinaison de la tête provoque l'élargissement dans un plan frontal de l'hémithorax controlatéral.

- La 4ème clef :

- l'élévation en rotation latérale du membre supérieur provoque le soulèvement dans le plan sagittal de l'hémithorax homolatéral.

- La 5ème clef :

La rotation de la tête provoque le soulèvement dans un plan sagittal de l'hémithorax controlatéral.

Critère de validité :

Une posture est valide lorsque la ou les manœuvres de deuxième catégorie qui la compose, provoquent l'aggravation d'un dysmorphisme donné par augmentation du tonus des chaînes musculaires.

Critère d'arrêt :

Une posture est arrêtée lorsque

- celle-ci devient localement douloureuse et qu'il n'est pas possible de neutraliser la douleur : cause d'arrêt.
- le dysmorphisme engendré n'est pas réductible : cause d'arrêt.
- le dysmorphisme aggravé s'est corrigé, pour tout ou partie, du fait de l'épuisement de l'hypertonie induite, ce qui implique que la (les) manœuvre(s) choisies ont été efficaces : critère d'arrêt.

Dysmorphisme : (consécutif à l'hypertonie des chaînes musculaires)

Déformation permanente (versus transitoire) de l'appareil locomoteur, acquise (versus héréditaire) et spontanée (versus induite par un agent exogène)

Hypertonie musculaire :

Augmentation spontanée, systématique, non linéaire du tonus musculaire basal dans les chaînes musculaires.

Manœuvre :

Sollicitation active dans la plus grande amplitude possible qui, du fait de l'hypertonie des chaînes, provoque à distance des réponses évoquées.

- manœuvre de première catégorie :

manœuvre correctrice d'emblée d'un dysmorphisme donné, dans un plan donné. Est utilisée comme adjuvant de correction à une manœuvre essentielle dans une posture thérapeutique.

- manœuvre de deuxième catégorie :

manœuvre aggravante d'emblée d'un dysmorphisme donné. Manœuvre essentielle dans l'élaboration d'une posture thérapeutique, puisqu'elle met en jeu le principe actif de la M.R.P.

Objectif thérapeutique :

But d'une posture et/ou d'une séance et/ou d'un traitement que le thérapeute s'assigne en fonction de la plainte du patient (algie, dysfonction, dysmorphisme) et/ou des éléments du bilan initial. C'est un résultat recherché, escompté.

Posture :

Ensemble d'une ou de plusieurs manœuvres maintenues dans le temps et comportant obligatoirement une manœuvre aggravante (essentielle) et éventuellement une ou des manœuvres correctrices d'emblée (adjuvantes).

Trépied évoqué :

Expression biomécanique de la réponse évoquée qui se manifeste à distance de

l'induction par des contractions volontaires, des contractions involontaires induites (de perception consciente ou inconsciente) et par l'hypertonie induite (de perception toujours inconsciente)

La respiration en Reconstruction Posturale :

Cette respiration présente des critères morphologiques (parangon), et des critères fonctionnels.

Critères morphologiques :

Le thorax doit présenter en fin d'expiration :

- dans le plan frontal, la ligne axillo-pelvienne doit être rectiligne et oblique vers le bas et en dedans.
- dans un plan sagittal, la ligne thoracique antérieure doit être oblique vers le bas et en avant pour sa partie sus mamillaire, oblique vers le bas et arrière dans sa portion sous mamillaire.
- dans le plan horizontal, la ligne entre les deux épines iliaques antéro-supérieures doit être rectiligne.

Critères fonctionnels :

- régularité du rythme, (accès au tonus)

- liberté de l'expiration (suppression du freinage expiratoire) ; lèvre inférieure, langue, glotte.
- la profondeur de l'expiration (curseur de réglage), indispensable à l'obtention de l'épuisement de l'hypertonie induite.

ANNEXES

ANNEXE I

Observation princeps. (1)

"Lorsqu'un fastueux matin de printemps 1947, nous vîmes entrer dans notre cabinet une patiente présentant une superbe "cyphose", nous étions bien loin de nous douter que notre profession et le sort de légion de malades allaient être changés.

Il s'agissait d'un sujet longiligne, très grande et maigre. Un corset de cuir et fer avait causé, non l'enraiement attendu des progrès, décidément inexorables de son mal, mais des ecchymoses sur les hanches et autour des épaules, et encore sept vertèbres étaient à vif ainsi que l'angle inférieur des omoplates. Mais la malade ne s'en plaignait pas et elle venait parce qu'elle ne pouvait plus lever les bras ni travailler; Nous essayâmes, naturellement, les exercices de "redressement" et le travail des dorsaux en vue de fortifier les "extenseurs" du dos, mais la raideur était telle que rien n'était possible.

Etendant alors notre malade à terre, en décubitus dorsal, nous appuyâmes sur les épaules et nous vîmes, à notre stupéfaction, se produire une énorme lordose lombaire alors que, examinée debout, la malade ne présentait absolument qu'une cyphose dorsale.

Pour éviter d'ajouter un mal à celui qui existait déjà, nous basculâmes le bassin en arrière en amenant les genoux sur l'abdomen et, à notre nouvelle stupeur, nous vîmes l'hyperlodose lombaire ainsi effacée se reporter à la nuque, la tête se renversant en arrière sans qu'il fût possible de ramener le menton près du cou.

La porte sur la vérité était, devant nous, grande ouverte mais nous refusions de nous y

engager et, doutant de nos yeux, nous renouvelâmes l'expérience et, finalement, devant une consoeur."

ANNEXE II

Lois dégagées de l'Observation princeps, explication de ces lois. (2)

1ère loi : "Les si nombreux muscles dorsaux se comportent comme un seul muscle."

Explication : "parce que les muscles polyarticulaires imbriqués forment un système de chaîne. De cette explication découlent celles des 2ème et 3ème lois."

2ème loi :"Ces muscles sont trop toniques et trop courts."

Explication : "Parce qu'imbriqués ils s'influencent : le tonus de chaque élément s'additionne à celui des éléments adjacents. Jamais allongés en totalité par des mouvements libres, l'enraidissement des chaînes est inéluctable. Elles se raccourcissent à longueur d'existence."

3ème loi : "toute action localisée aussi bien élongation que raccourcissement provoque instantanément le raccourcissement de l'ensemble du système."

Explication : Parce que toute modification de la longueur d'un élément du système produit une traction sur les insertions initiales de l'élément suivant d'où l'inadéquation du travail segmentaire."

4ème loi : "Toute opposition à ce raccourcissement provoque instantanément des latéroflexions et des rotations du rachis et des membres."

Explication : "Parce que les éléments ont triple vocation et que celles-ci se relaient. D'où la nécessité d'un parangon morphologique."

5ème loi : "La rotation des membres s'effectuent toujours en dedans."

Explication: "Parce que la chaîne antérieur du bras comporte les pronateurs (épitrochléens) et la chaîne postérieure au membre inférieur de puissants rotateurs internes, les 1/2 membraneux, 1/2 tendineux et poplité."

6ème loi : "toute élongation, détorsion, douleur, tout effort implique instantanément un blocage respiratoire en inspiration."

Explication : "Parce que la chaîne antéro-intérieure étant lordosante, elle maintient le point fixe de la chaîne postérieure de D12-L1 à L5.

Les trois premières lois expliquent comment se produisent dans le plan antéropostérieur, les dysmorphismes, principalement les cyphoses, les lordoses, les inversions de courbures. Quant à la scoliose que prédispose l'asymétrie du diaphragme elle résulte des 4ème et 5ème lois de la rétraction des chaînes qui provoquent par triple vocation de leurs éléments et le relais de ces vocations, les lordoses, les latéroflexions, les rotations aussi bien des vertèbres, des côtes, des ceintures scapulaire et pelvienne que des membres."

ANNEXE III

Le parangon (3)

Parangon morphologique : modèle idéale et virtuel de la morphologie humaine. Ses lignes sont symétriques, rectilignes et obliques.

"Or, si les mesures et les calculs sont fastidieux et source d'erreurs, nous disposons tous de moyens bien simples et naturels, nous avons tous des yeux et aussi le sens inné de la beauté (bien que les modes absurdes faussent le goût). De même l'oreille discerne les notes justes et les notes fausses, de même l'œil doit reconnaître la forme saine et dysmorphisme. Et l'on vérifie aisément en examinant le malade que : de face, les clavicules, les épaules, les mamelons, les espaces brachiothoraciques doivent être symétriques et de même niveau ; les contours latéraux du thorax doivent être rectilignes et diverger depuis les crêtes iliaques jusqu'au pli de l'aisselle ;

De dos, la nuque doit être longue et pleine (et non montrer deux saillies verticales séparant trois gouttières). Outre la symétrie des épaules, des hanches et des omoplates, celles-ci ne doivent accuser aucun relief et le faisceau inférieur du trapèze doit apparaître (chez un sujet non adipeux) jusqu'à la douzième dorsale ;

En position de flexion avant, tête pendante, l'épine dorsale doit être en convexité totale et régulière et l'aplomb des genoux se situer sur les têtes astragaliennes (et non reculer en arrière des talons) ;

De profil, la pointe du mamelon doit être le point le plus avancé, au-dessous duquel le contour antérieur du thorax et de l'abdomen doit être rectiligne jusqu'au pubis. Le contour du dos

doit être visible, le bras séparant 1/3 du thorax en arrière et 2/3 en avant.

Les membres inférieurs, examinés de face, les pieds étant réunis du talon au bout du premier orteil (station qui doit toujours être aisée) ; doivent se toucher : le haut des cuisses, les genoux, les mollets et les malléoles internes ; celles-ci doivent être plus hautes que les malléoles externes.

L'axe de la jambe doit passer par le milieu du genou, le milieu de la ligne inter malléolaire et le deuxième orteil.

Le pied doit s'élargir du talon au bout des orteils qui doivent diverger et s'étendre au sol. Les bords latéraux du pied doivent être rectilignes, l'interne encoché par la voûte interne qui doit être visible."

Annexe IV

Le réflexe antalgique à priori. (4)

"On appelle *antalgiques* des mouvements ou des attitudes réflexes propres à éviter une douleur ressentie. A côté des réflexes antalgiques conscients connus et décrits depuis fort *longtemps* et que nous désignons comme *a posteriori*, nous rencontrons à chaque instant, et pas seulement chez les sujets reconnus malades, quantité d'automatismes antalgiques anormaux qui ne suscitent l'attention de personne et dont l'origine est absolument ignorée.

Nous avons découvert qu'il s'agit, dans tous les cas, d'automatismes de défense contre une douleur *occulte*, que le comportement normal ferait surgir, dans une *région précise éloignée* de celle reconnue altérée (laquelle est souvent douloureuse), et sans rapport, apparemment, avec cette dernière. Somme toute il s'agit d'un processus préventif, comme s'il en existait une sorte de prescience subconsciente.

Nous appelons ces automatismes : *réflexes antalgique à priori*. Parce que ces réflexes sont à priori : ni le malade, ni le médecin n'en peuvent déceler l'origine.

En 1947, à partir d'une observation *princeps* (qui a été à l'origine de notre méthode), nous avons compris les mécanismes corporels tels qu'ils sont en réalité (et ils sont tout le contraire de ce que l'on enseigne), nous avons dû considérer la morphologie parfaite comme la condition du bon fonctionnement de ces mécanismes ; depuis que nous avons constaté que toute altération de la forme normale (laquelle n'admet aucun "biotype"), partant toute impotence et toute douleur, a pour origine la cambrure excessive ou *hyperlordose*, la morphologie normale hante

notre esprit.

Ces phénomènes nous étonnèrent dans les premières années d'application de notre méthode, laquelle réduit simultanément l'hyperlordose lombaire et toutes les cambrures qui, immanquablement, viennent la compenser lorsqu'on s'y attaque. Leur origine nous apparaît maintenant seulement : il s'agit de l'action des systèmes médullaire, parasympathique et, surtout, sympathique, dont les ganglions sont reliés, non seulement entre eux (constituant une chaîne qui propage d'un bout à l'autre du rachis et jusque dans la tête, les réflexes qu'ils engendrent), mais encore aux racines des nerfs rachidiens et des plexus, lesquels se partagent, sur le tronc et les membres, des zones dermatomériques (1) déterminées.

Nous pouvons énoncer : toute attitude anormale du rachis perturbe les fonctions des systèmes médullaire parasympathique et celles de la chaîne sympathique et se répercute sur les membres, au niveau des dermatomères des racines nerveuses relatives à ces ganglions, et, inversement, toute lésion siégeant au niveau du dermatomère d'une racine, perturbe la fonction du ganglion correspondant à celle-ci".

(1) Région de la peau correspondant aux nerfs issus sous chaque vertèbre, et étant le reliquat d'un *métamère*, c'est-à-dire le reliquat d'un segment originel du corps des vertèbres, analogue à chaque anneau d'un vers.

Références :

1. MEZIERES F. Homéopathie française. Ed. G. DOIN. Avril 1972 No 4.

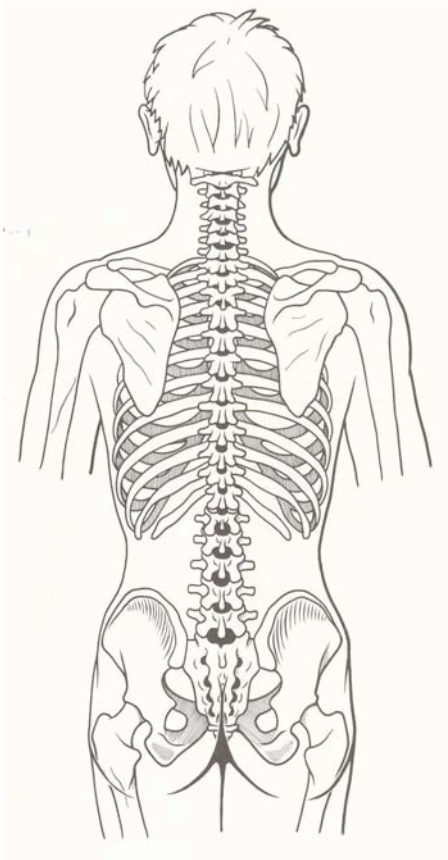
2. MEZIERES F. Originalité de la Méthode Mézières. MALOINE.1984

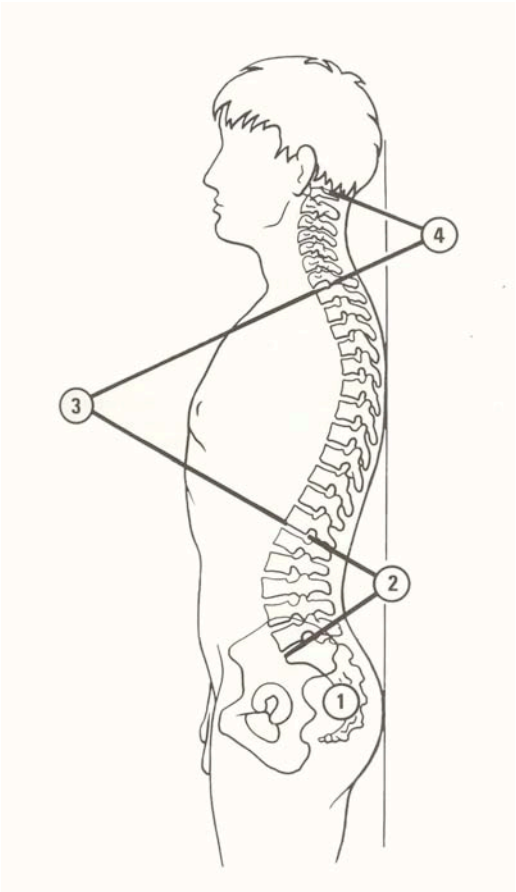
3. MEZIERES F. Homéopathie française. Ed. G. DOIN. Avril 1972 No 4.

4. MEZIERES F. Bulletin de l'Association Mézièriste Internationnale de Kinésitérapie. No 3 - octobre 1976. 17.18.19.22

ANNEXE V

COLONNE VERTEBRALE DU PARANGON





DOS **PROFIL**

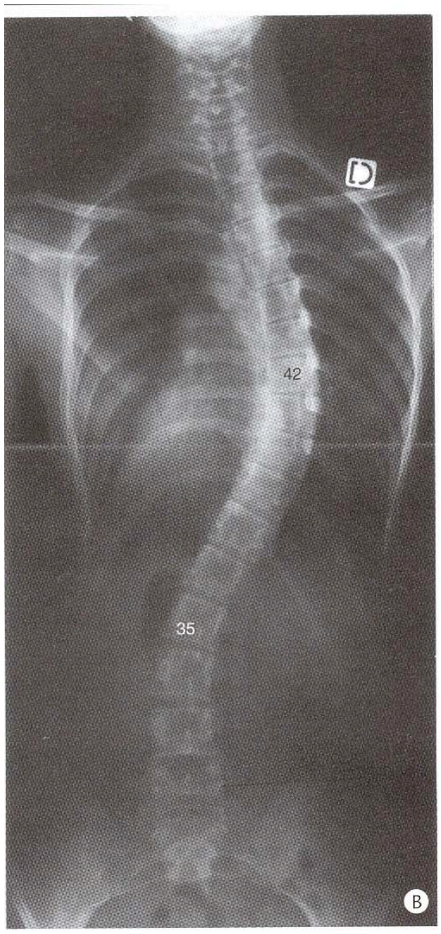
ALIGNEMENT DANS UN MÊME PLAN DES TROIS SOMMETS

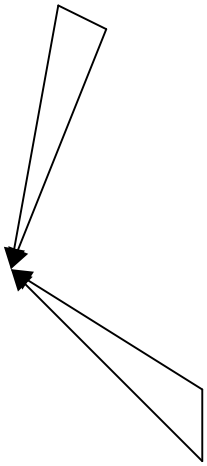
DE LA SINUSOÏDE VERTEBRALE : OCCIPUT SCAPULUM SACRUM

D'après les dessins de I. A Kapandji. Physiologie articulaire fascicule III, librairie Maloine Paris.

EVOLUTION PATHOLOGIQUE DES LORDOSES

CERVICOTHORACIQUE ET THORACOLOMBAIRE


42
35
B



SCOLIOSE A CONVEXITES THORACO-LOMBAIRE GAUCHE, DORSALE DROITE, ET CERVICO-THORACIQUE GAUCHE

Image de la résultante des dépressions lordotiques thoraco-lombaire à concavité droite, et cervico-thoracique à concavité droite, convergentes au niveau de la concavité thoracique gauche (zone de transition).