

Rééducation Posturale Globale

Autor(en): **Souchard, Philippe Emmanuel**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapie = Fisioterapia**

Band (Jahr): **30 (1994)**

Heft 6

PDF erstellt am: **10.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929332>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Rééducation Posturale Globale

Toute action musculaire est concentrique

Un muscle qui se contracte rapproche ses extrémités. Même lorsque nous faisons un geste de grande amplitude dont l'action semble tournée vers l'extérieur, une contraction musculaire concentrique en est le moteur. En position debout, l'activité tonique de nos fuseaux neuromusculaires est également concentrique. Il ne faut pas s'étonner de voir se développer des pathologies musculaires de rétractions et de raidement, et ce, principalement au niveau des groupes musculaires les plus toniques et les plus sollicités.

Le paradoxe des muscles érecteurs qui tassent

La gravité est une force qui s'exerce verticalement de haut en bas. Pour s'ériger, il faut donc lui opposer une force égale et de sens inverse. Pour cela, il nous faudrait un muscle externe s'attachant au plafond et tractionnant la tête et le corps vers le haut. Si je me permets cette plate plaisanterie, c'est pour mieux mettre en évidence que non seulement nos muscles sont internes, quasiment verticaux, mais en outre qu'ils fonctionnent à partir de points fixes inférieurs: les pieds quand nous sommes debout, le bassin en position assise. Il nous faut donc tenir debout avec des muscles dont l'action s'exerce dans le sens de la pesanteur. Ceci n'est possible que grâce à des leviers

interappui, l'action des muscles de la statique s'exerçant du côté opposé à la ligne de gravité (fig. 1).

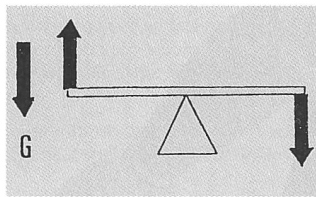


Fig. 1

C'est ainsi que le triceps sural maintient la verticalité de la jambe contre la gravité qui s'exerce en avant grâce à un appui sur l'astragale. Les ischio-jambiers font de même au niveau de l'ilia-

que par un appui sur la tête du fémur. Les spinaux, quant à eux, s'appuient sur le disque intervertébral pour transformer leur action verticale vers le bas en force anti-gravitaire, etc... (fig. 2, 3, 4). Cela signifie que nos articulations qui servent de points d'appui reçoivent non seulement le poids du corps, mais également l'action combinée des masses et des muscles destinés à lutter contre leur effondrement. Paradoxalement, les muscles qui nous érigent nous tassent et le premier geste thérapeutique fondamental consiste à décoapter les articulations; c'est-à-dire à retrouver l'espace articulaire normal par

des étirements doux et progressifs.

Faibles d'être trop forts

Toute rééducation classique, tout entraînement sportif, est basé sur la notion de renforcement musculaire. A-t-on mal aux lombes, ou une colonne vertébrale déformée? Les muscles du dos sont jugés trop faibles. On les développe donc vigoureusement. Présentons-nous une tendance à l'essoufflement? Les muscles inspirateurs sont estimés insuffisants: on les exerce donc par des mouvements de ventilation forcée. Pourtant une simple observation permet de se rendre compte que ces muscles, même peu développés, sont durs et très toniques.

À l'inverse, les abdominaux sont fréquemment détendus à l'excès.

Il existe une raison simple à cette différence: les uns sont des muscles de la statique, les autres des muscles de la dynamique. Les premiers ont du tonus et sont responsables de notre position érigée, ils ne peuvent donc se

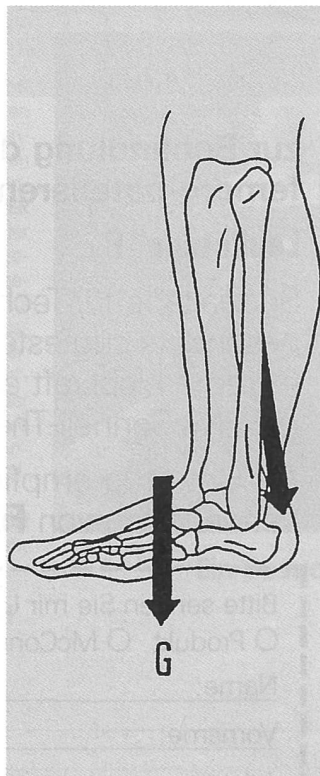


Fig. 2

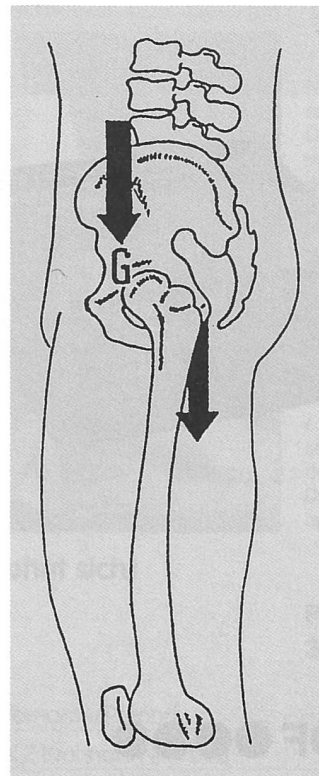


Fig. 3

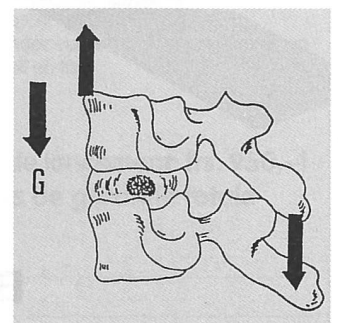


Fig. 4

relâcher sous peine d'effondrement. Leur faiblesse ne vient pas d'un relâchement excessif, mais d'une trop grande raideur, comme l'élastique d'une fronde, un muscle a besoin de bien s'étirer pour beaucoup se raccourcir.

La R.P.G. tient compte de cette différence et exerce donc un étirement ces muscles de la statique qui représentent plus de 80 pour-cent de toute notre musculature. Pour cela, après avoir décoapté les articulations, on étire lentement le muscle enraidit au-delà de son point de raideur pendant que le patient résiste à cet étirement. Ceci s'appelle de la musculation isotonique excentrique.

Tiré par devant, tiré par derrière

Si, en position érigée, nous ne sommes donc jamais faibles par insuffisance de nos muscles toniques, comment expliquer alors un dos trop rond ou un thorax affaissé? Tout simplement, parce que nous avons également un système statique antérieur. Il nous faut en effet suspendre côtes et viscères. Nous le réalisons grâce à un ensemble musculo-fibreux qui s'attache à la tête et à la nuque et qui maintient donc en position notre masse thoracique et abdominale. Que ce système suspenseur se rétracte, et nous serons alors enroulés vers l'avant. Dos plat ou dos rond ne sont que la conséquence d'une rétraction plus importante des postérieurs ou des antérieurs (fig. 5). Il en va toujours de même, seule la raideur plus ou moins importante à un endroit ou à un autre de nos muscles de la statique conditionne nos déformations morphologiques.

Muscles de la statique – muscles de la dynamique

Pour assurer leur fonction anti-gravitaire, nos muscles de la

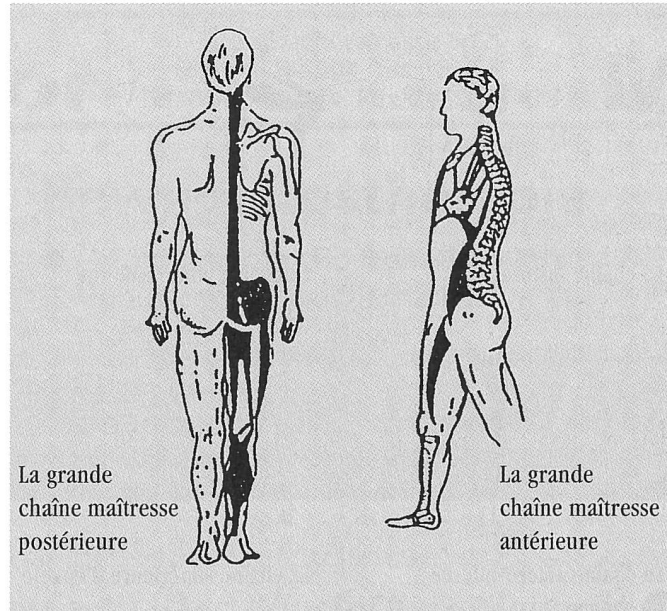


Fig. 5

statique possèdent du tissu conjonctif en forte proportion et un tonus important. Les muscles de la dynamique, à l'inverse, sont peu fibreux et leur tonus est très faible. On comprend donc que ces derniers puissent être victimes de relâchement excessif et d'hypotonie. Les abdominaux en offrent parfois un exemple. Mais même lorsqu'ils sont agressés, jamais par contre nos muscles de la statique ne peuvent se permettre de se relâcher. La position debout, fonction hégémonique, ne serait plus assurée. Exception faite des paralysies flasques, nos muscles anti-gravifiques réagissent par de l'hypertonie entraînant raccourcissement et raideur.

La physiopathologie de nos muscles est donc inverse suivant qu'il s'agit de muscles à caractère plutôt dynamique ou plutôt statique.

Dans les deux cas, il s'agit d'une faiblesse. S'il existe un excessif relâchement, on le comprend sans peine. Mais il y a également perte de force en cas d'hypertonie, car la force active d'un muscle est directement proportionnelle à sa souplesse. Un muscle que l'on peut moins étirer se raccourcira moins lors de la contraction. La kinésithérapie

classique l'a en partie compris, puisqu'elle préconise des assouplissements. Mais ceux-ci ne musclent pas, et lorsque'il faut en outre développer le muscle après une immobilisation plâtrée par exemple, on y adjoint une musculation isométrique concentrique. Il y a contradiction, car ces exercices raccourcissent le muscle qui l'est déjà trop.

La seule solution, permettant d'associer l'allongement du muscle au-delà de son point de raideur et son développement, est la musculation isotonique excentrique.

Après avoir décoapté les articulations, la Rééducation Posturale Globale (R.P.G.) étire les muscles de la statique contre faible résistance, leur permettant

PRAXIS

ainsi de retrouver longueur, souplesse et force active.

Les chaînes musculaires

Toute notre coordination motrice est régie par des ensembles musculaires, dynamiques pour le mouvement, statiques pour la position debout (et également pour le mouvement). Par commodité, cette réalité anatomo-physiologique est appelée chaîne musculaire. Ce qui en donne la meilleure illustration pour qui aborde pour la première fois cette notion, c'est l'organisation de nos muscles spinaux. Il s'agit d'un ensemble musculo-fibreux cohérent, à vocation statique, tendu depuis le sacrum jusqu'à l'occipital. Le caractère inextensible de ces muscles entraîne que toute tentative d'allongement de la nuque, par exemple, se traduira par une compensation en hyperlordose lombaire ou en effacement de la cyphose dorsale. La longueur prise à une extrémité est récupérée à un endroit ou un autre de la chaîne. On peut se livrer à l'expérience inverse en tentant d'allonger la masse commune (fig. 6, 7, 8).

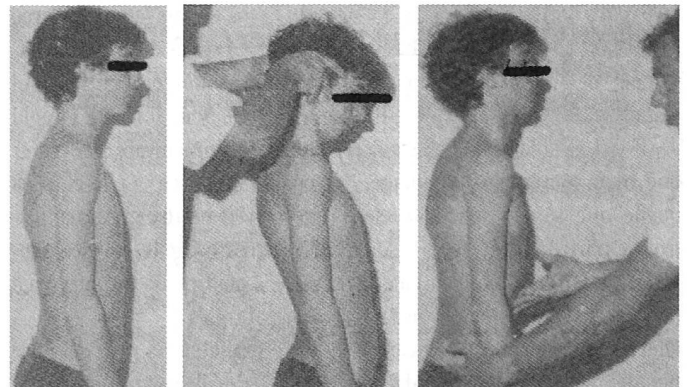


Fig. 6

Fig. 7

Fig. 8

PRAXIS

Ceci n'est pas l'apanage de nos muscles spinaux mais correspond au comportement de toutes nos chaînes musculaires statiques (fig. 9). Lorsque nous sommes confrontés au raccourcissement d'un quelconque de nos muscles toniques, la tentative d'allongement de celui-ci entraînera donc des compensations à distance qu'il nous faudra empêcher sous peine d'être inefficaces. La notion de chaîne musculaire nous mène déjà sur la voie de la globalité.

Individualité – causalité – globalité

S'il est d'une navrante banalité d'affirmer que chaque être est unique, les implications de cette évidence dans le domaine pathologique méritent d'être soulignées, car cela signifie non seulement que la résistance de chacun face à l'agression est différente, mais en outre que le mode de réaction à la maladie est strictement personnel.

La sciatique contractée sur un effort n'est en aucun cas comparable à la vieille lombalgie chronique, manifestations apparemment semblables, mais issues de causes différentes.

Uniques nous sommes, uniques nous demeurons dans le domaine de la pathologie. Il faut soigner des malades et non des maladies.

Il est désolant de constater que bien souvent le thérapeute, quelle que soit la spécialité, se trouve plus désarmé face à son patient que le mécanicien face à un moteur. Que demande-t-on en effet à ce dernier? Qu'il soit capable de détecter la cause de la panne et d'y remédier. Or, malgré

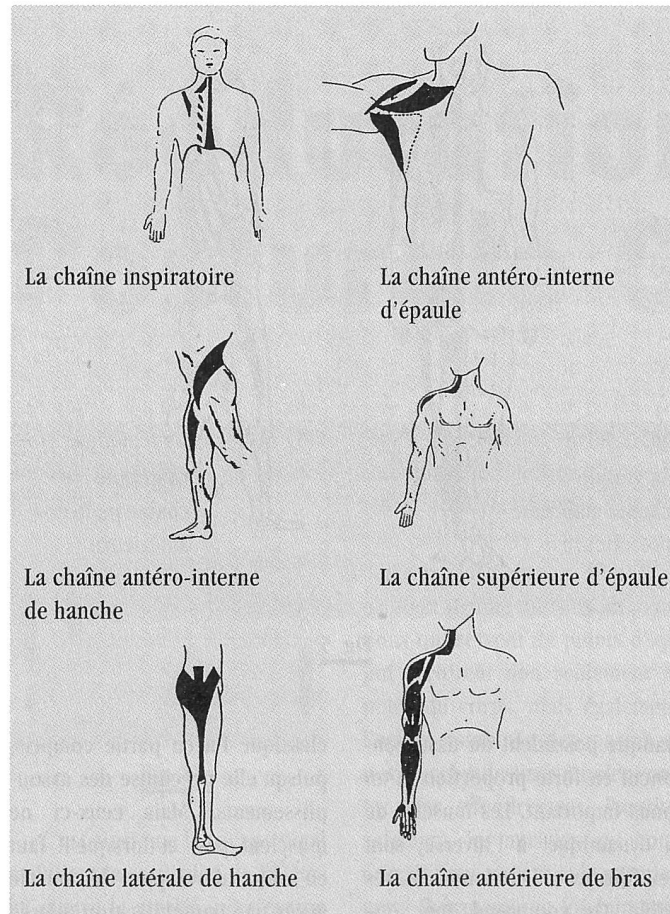


Fig. 9

Les différentes chaînes musculaires statiques.

le gigantesque déploiement des moyens d'analyse de plus en plus complexes et coûteux de la médecine moderne, l'origine des manifestations pathologiques demeure le plus souvent inconnue. Le caractère «personnel» des pathologies en est la cause.

Prenons un exemple simple: quelqu'un se plaint de l'épaule après avoir reçu un coup. Il peut en décrire les circonstances. Un traitement local sera sans doute suffisant. Une autre personne souffre au même endroit parce qu'elle a présenté dix ans auparavant une entorse de cheville qui l'a obligée, pour soulager l'appui du pied douloureux, à élever l'épaule opposée. Celle-ci s'est fixée en mauvaise position jusqu'au jour où elle se met elle-même à souffrir de ce placement anormal.

Le praticien ne peut attendre aucune aide de son patient, celui-ci étant naturellement incapable

de faire le rapprochement entre une vieille entorse et sa douleur d'épaule. Aucun examen, radio ou analyse ne peuvent objectiver la relation entre l'ancienne lésion du pied et le symptôme scapulaire.

Or, à la suite de l'entorse, toute une chaîne musculaire s'est rétractée pour éviter les mouvements intempestifs de la cheville. L'hypertonie du mollet et des ischio-jambiers ont protégé l'articulation, les spinaux ont compensé et le trapèze a soulagé l'appui en élevant l'épaule du côté opposé. Lorsqu'elles perdurent, ces rétractions de défense se fixent. Ce qui entraîne que tout traitement symptomatique de l'épaule sera voué à l'échec. La fixation de la chaîne de raideur provoquera toujours la rechute.

Le traitement du spécialiste en Rééducation Posturale Globale tient compte de cette évidence. En effet, lorsqu'il tente de corri-

ger l'épaule douloureuse, le trapèze raccourci tire alors sur la nuque, ce qui oblige à la replacer en même temps. Mais sur le repositionnement de la nuque apparaît alors la raideur des spinaux, qui compensent au niveau du bassin, d'où correction simultanée du bassin et apparition de la raideur des muscles du membre inférieur jusqu'à la révélation du vieux traumatisme de la cheville.

Le thérapeute en Rééducation Posturale Globale sera donc remonté du symptôme (douleur d'épaule) à la cause (distorsion de la cheville) en suivant comme en enquêteur le fil des rétractions musculaires de son patient et en les faisant relâcher progressivement.

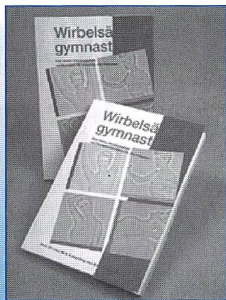
Seule la globalité permet de remonter de la conséquence à la cause d'une lésion.

Philippe Emmanuel Souchard a enseigné pendant dix ans la méthode Mézière en association avec Françoise Mézière. Il a consacré trois livres à cette méthode.

Ses travaux personnels l'ont amené ensuite à établir les différences entre muscles statiques et muscles dynamiques, à découvrir d'autres chaînes musculaires, de nouvelles postures et une façon très délicate et progressive de les pratiquer. Ce fut la naissance de la Rééducation Posturale Globale (R.P.G.). Depuis mars 1983 une revue scientifique trimestrielle est éditée.

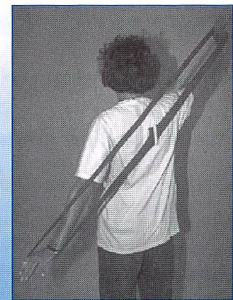
Littérature de Ph. E. Souchard

- Méthode Mézière. Maloine 1979.*
- Posture Mézière. Volume 1 et 2, Maloine s.a.*
- Le champ clos. Maloine.*
- Le diaphragme. S.E.D. le Pousoé.*
- La respiration. S.E.D. le Pousoé.*
- Les cahiers R.P.G. Tome 1 et 2.*
- Les autopostures de redressement.*
- Les autopostures respiratoires.*
- La R.P.G. et les lésions articulaires.*
- De la perfection musculaire à la performance sportive. Sera prochainement édité par l'édition Desiris.*

MedidorEichacherstrasse 5
CH-8904 Aesch
Tel. 01-73 73 444 Fax 01-73 73 479**Medidor**

Bewegungstherapie

- Grundsätze der Rückenschule als Handbuch mit ausführlichem, modernem Übungsteil
- Physio-Band mit patentiertem Clip



Erbogalvan Comfort: Das Physiotherapiegerät für die Zukunft



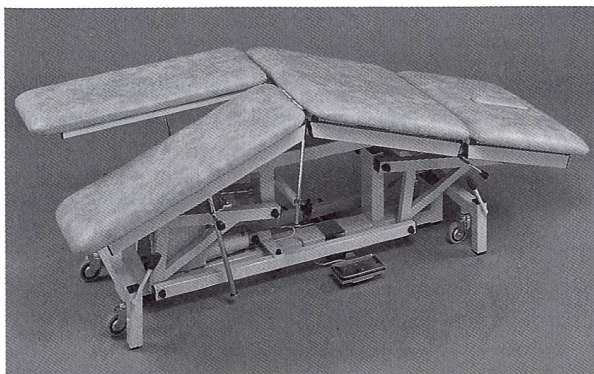
- Alle aktuellen Stromformen und Vakuumeinheiten im selben Gerät
- Komfortable Bedienung und einfache Anwendung mit nur einem Kabel für Strom und Vakuum
- Integrierte Indikationstabelle und Speicher für individuelle Behandlungsmenüs
- Ultraschalltherapie als Zusatzmodul für Kombinationstherapie

DELTAMED-ERBE AG Fröschenweidstrasse 10 8404 Winterthur Tel. 052 233 37 27 Fax 052 233 33 01

stabil • bewährt • preiswert • praktisch

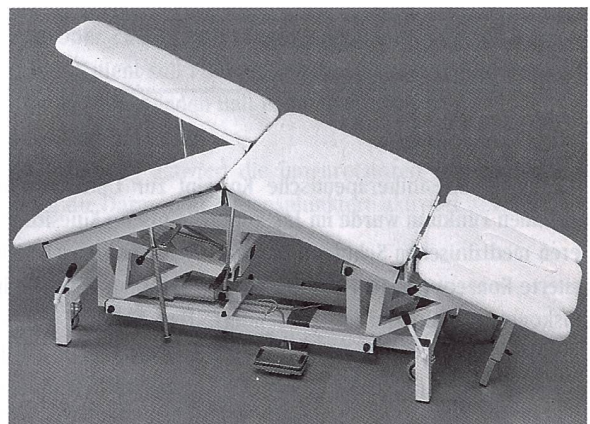
PRACTICAL

- elektrisch- oder hydraulisch höhenverstellbar von 46 bis 95 cm
- als normale Behandlungsliege
- als Manipulationsliege mit Steckhorn für Hüft- und Schulter
- als Extensionsliege mit rollendem Unterteil und ankoppelbarem Gerätewagen
- Polster- und Gestellfarbe nach Wunsch



PRACTICAL 3E split section

NEU als Option:
elektromotorische Verstellung in Drainageposition



PRACTICAL 5E split section

GENERALVERTRETUNG FÜR DIE SCHWEIZ



FRITAC MEDIZINTECHNIK AG
8031 Zürich
Hardturmstrasse 76
Telefon 01/271 86 12

BON

Bitte senden Sie mir/uns Unterlagen
 Liegen
 Therapiegeräte
 Gesamtdokumentation

Name _____
 Strasse _____
 Plz/Ort _____

Bitte ausschneiden und einsenden an
FRITAC AG
 Postfach
 8031 Zürich