

Fausses jambes courtes : vraies jambes courtes : fausses jambes longues : vraies jambes longues : faut-il des semelles? : quel type de semelles?

Autor(en): **Busquet, Léopold**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapie = Fisioterapia**

Band (Jahr): **37 (2001)**

Heft 9

PDF erstellt am: **10.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929177>

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.

Fausses jambes courtes – vraies jambes courtes

Fausses jambes longues – vraies jambes longues

Faut-il des semelles? – Quel type de semelles?

Léopold Busquet, Directeur de la Formation «Les Chaînes Musculaires», F-64000 Pau

Les différences des longueurs de jambes sont devenues une véritable «tarte à la crème». On devrait être les premiers à rire de la cacophonie qui règne entre l'avis des physiothérapeutes, des ostéopathes, des orthopédistes, des podologues, des médecins, des radiologues...

Il est temps d'essayer de décanter ce problème en nous appuyant sur l'anatomie et la physiologie avec le souci prioritaire de ne pas les trahir. Ce bilan est devenu nécessaire pour que l'avis donné au patient soit une vraie réponse à son problème et également pour qu'il s'installe une véritable complémentarité entre les différentes professions médicales ce qui est loin d'être le cas.

Pour analyser les fausses et les vraies différences de longueur des membres inférieurs, il faut faire le bilan de la biomécanique du bassin qui induit ou compense les différences de longueur. Afin que cet article soit facile à lire, je vais utiliser de nombreux schémas. Le lecteur qui voudra

beaucoup plus de précisions pourra se reporter au livre tome 4 des chaînes musculaires. Il pourra également me poser ses questions sur le site Internet: www.chaines-musculaires.com. Elles seront avec les réponses dans la rubrique «question-réponses» (Fqs).

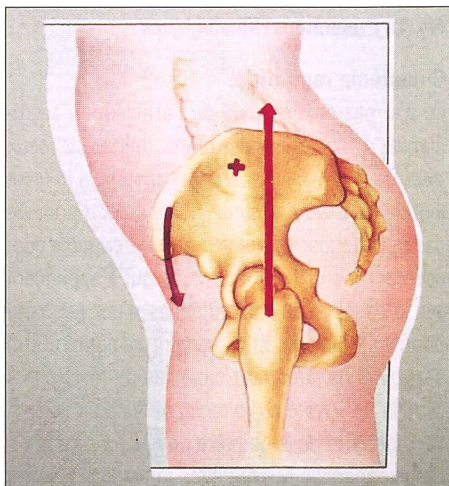


Fig. 1: Antéversion du bassin

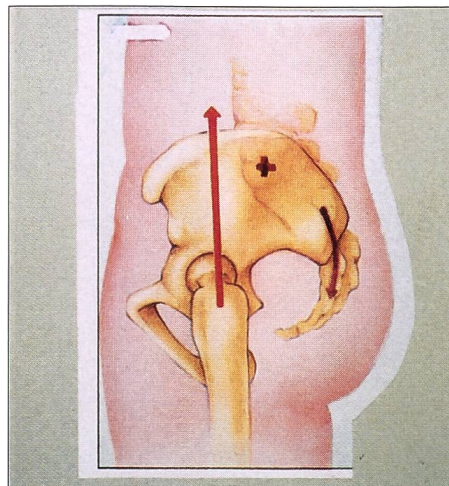


Fig. B: Rétroversion du bassin

Biomecanique du bassin

Le bassin peut faire:

une antéversion (fig. 1) • antériorité des iliaques

une rétroversion (fig. 2) • postériorité des iliaques

une torsion • un iliaque en antériorité
• une iliaque en postériorité

Il peut faire également:

une ouverture (fig. 3) • ouverture des iliaques

une fermeture (fig. 5) • fermeture des iliaques

½ ouverture – ½ fermeture • un iliaque en ouverture
• un iliaque en fermeture

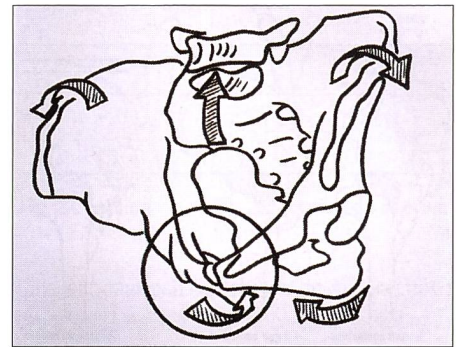


Fig. 3: Ouverture

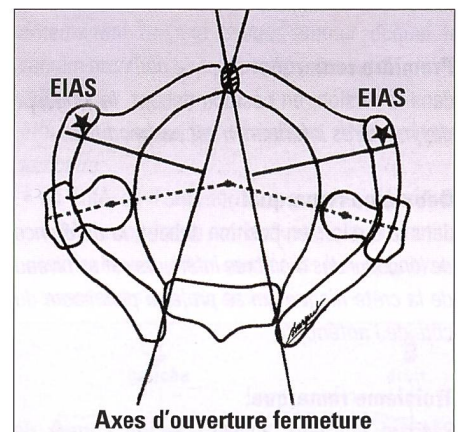


Fig. 4: Axes d'ouverture/fermeture

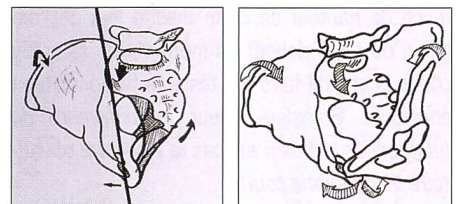


Fig. 5: Fermeture

Quelles sont les influences de ses différents schémas de bassin sur la longueur des membres inférieurs?

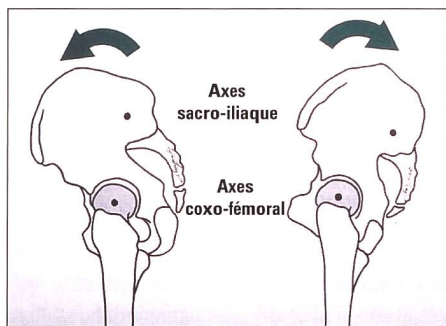


Fig. 6-7: Axes sacro-iliaque, axes coxo-fémoral

Les figures 6-7 montrent l'évolution d'un bassin en antéversion (fig. 6) et d'un bassin en rétroversion (fig. 7). Pour ne pas trahir la réalité j'ai pris la photo d'un bassin dans ces deux positions et j'en ai fait les calques.

Avec ce montage on superpose les deux schémas (fig. 8), ce qui nous permet de comparer les modifications qu'entraînent un iliaque en antériorité et un iliaque en postériorité comme dans le cas d'une torsion du bassin.

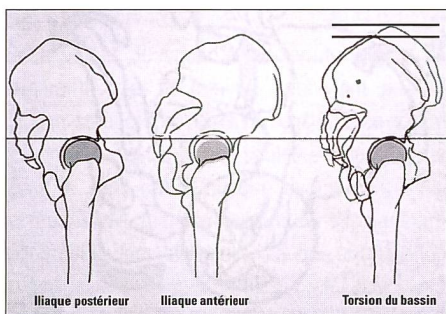


Fig. 8: Différences des hauteur des crêtes iliaques

Première remarque:

dans la torsion, en position debout, la longueur des membres inférieurs n'est pas modifiée.

Deuxième remarque:

dans la torsion, en position debout, la différence de longueur des membres inférieurs est au niveau de la crête iliaque qui se projette plus haute du côté de l'antériorité.

Troisième remarque:

Pendant plusieurs années j'ai fait l'erreur de demander à mes élèves de corriger cette différence de hauteur de crête iliaque lors de l'examen du sujet debout en mettant des cales du côté bas afin de faire des tests de flexion debout équilibrés. Grossière erreur. La différence de hauteur des crêtes n'est pas la signature obligatoire d'une jambe courte.

Quatrième remarque:

Il est très important de comparer:

- la hauteur des crêtes iliaques gauche et droite
- la hauteur des trochanters (fig. 8) gauche et

droit pour savoir si la différence de hauteur des crêtes iliaques est due à un problème iliaque ou à une différence de longueur des membres inférieurs. Quand les trochanters sont de hauteurs égales, la différence vient du positionnement iliaque. Quand les trochanters sont de hauteurs inégales la différence vient des membres inférieurs. Il faudra ensuite mesurer la distance trochanter-sol pour avoir la « mesure fonctionnelle » du membre inférieur.

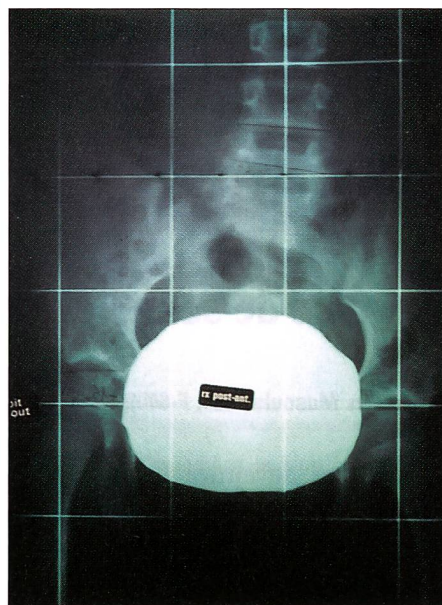


Fig. 9: Inégalité radiologique de 15 mm

La mesure de la longueur d'un membre inférieur n'est pas facile mais on doit accorder beaucoup d'importance à la « mesure fonctionnelle » qu'on fait, sujet debout. On mesure avec un mètre métallique la distance du sol avec le bord supérieur du grand trochanter qu'on aura préalablement marqué d'un trait.



Fig. 10: Même sujet cliché de profil 5 mm

Cette mesure fonctionnelle nous permet de corriger les erreurs fréquentes des mesures faites sur les radiographies. N'oublions pas que la plaque radiologique enregistre la projection de l'ombre du squelette. Cela entraîne des distorsions possibles.

Par exemple, la mesure radiologique sur cet enfant montre une différence de 15 mm (fig. 9). L'année précédente le même examen montrait 8 mm. Suite à cet examen on a proposé aux parents une pose d'agrafes sur les cartilages de croissance du côté long pour le freiner et permettre au côté court de rattraper. La mesure de la « hauteur fonctionnelle » ne montrait que 5 ou 6 mm de différence. J'ai demandé au radiologue de faire un autre cliché (fig. 10). Ce nouveau cliché pris de profil à la hauteur des coxo-fémorales montrait seulement 5 mm. L'intervention n'était plus justifiée. Comment peut-on expliquer une telle erreur?

La figure 11 montre bien que la radio fixe l'ombre des fémurs sur la plaque. S'il y a une différence de position:

- plus antérieure de la coxo-fémorale dans le cas d'un iliaque postérieur la projection de l'ombre est plus courte (plus basse sur la plaque)
- plus postérieure de la coxo-fémorale dans le cas d'un iliaque antérieur la projection de l'ombre est plus longue (plus haute sur la plaque) (cf. tome 4).

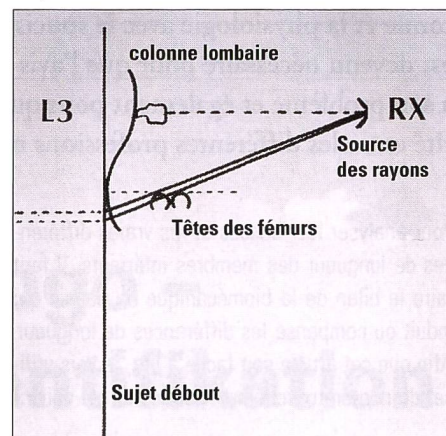


Fig. 11: Projections radiologiques

Cinquième remarque:

Je n'ai pas encore parlé de l'articulation sacro-iliaque. La ceinture pelvienne doit avoir deux qualités pour assumer les contraintes de la locomotion. Elle doit assurer la cohérence pour ne pas se disloquer et elle doit être déformable pour absorber les différentes forces qui s'appliquent sur le bassin. Les sacro-iliaques n'ont pas pour priorité de bouger. Elles doivent seulement être des joints de dilatation, capables de fonctionner comme un « système autobloquant » pour préserver l'intégrité de la ceinture pelvienne (fig. 12). Les expériences scientifiques faites sur le vivant montrent que les sacro-iliaques ne bougent pres-

que pas. Les théories qui valorisent trop quantitativement cette mobilité se discréditent elles-mêmes.

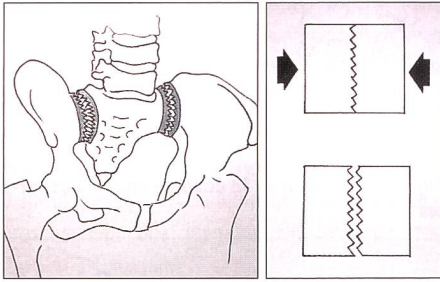


Fig. 12: «Système auto-bloquant»

Sixième remarque:

L'analyse complète que nous allons faire sur le bassin valorise la structure la plus dense de l'iliaque, c'est à dire la portion «coxo-sacro-iliaque».

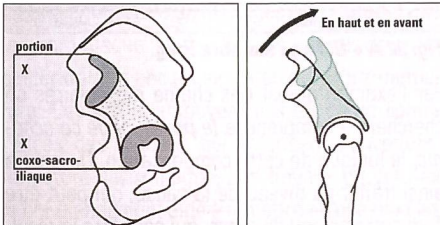


Fig. 13: Portion coxo-sacro iliaque

Fig. 14: Antériorité iliaque

Reprenons point par point les modifications entraînés par l'antériorité et la postériorité iliaque.

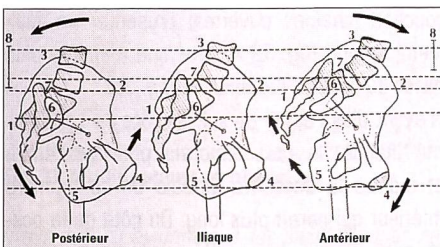


Fig. 15: Iliaque-postérieur, neutre, antérieur

A gauche : un iliaque antérieur	A droite : un iliaque postérieur
1. Ascension de l'épine iliaque postéro-supérieure : EIP'S.	1. Descente de l'épine iliaque postéro-supérieure : EIP'S.
2. Descente de l'épine iliaque antéro-supérieure : EIAS.	2. Ascension de l'épine iliaque antéro-supérieure : EIAS.
3. Ascension de la crête iliaque : verticalisation de l'iliaque en particulier de la portion « coxo-sacro-iliaque » sur la tête fémorale.	3. Descente de la crête iliaque : horizontalisation de l'iliaque en particulier de la portion « coxo-sacro-iliaque » sur la tête fémorale.
4. Descente et recul du pubis.	4. Montée et avancée du pubis.
5. Ascension et recul de l'ischion.	5. Descente et avancée de l'ischion.
6. L'articulation sacro-iliaque est amenée en haut et en avant.	6. L'articulation sacro-iliaque est amenée en bas et en arrière.
7. Le sacrum s'horizontalise et monte : - sa base va en haut et en avant - les angles inféro-latéraux ALL reculent	7. Le sacrum se verticalise et descend : - sa base va en arrière et en bas - les angles inféro-latéraux ALL avancent.
8. La colonne lombaire se lordose : avancée de L5-L4, la projection verticale de la colonne lombaire diminue.	8. La colonne lombaire se délordose : recul de L5-L4, la projection verticale de la colonne lombaire augmente.
9. L'appui discal lombaire est postérieur.	9. L'appui discal lombaire est central.
10. Les muscles carré des lombes et droit antérieur gauche/chaîne de l'antériorité.	10. Les muscles grand droit de l'abdomen et ischio-jambiers droits forment le couple actif de cette postériorité.
11. Lors du TFD, le genou répondra dans le sens du recurvatum.	11. Lors du TFD, le genou répondra dans le sens du flexum.

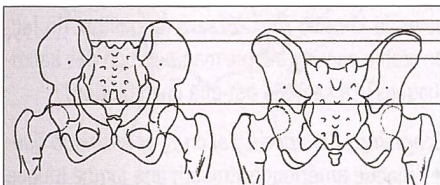
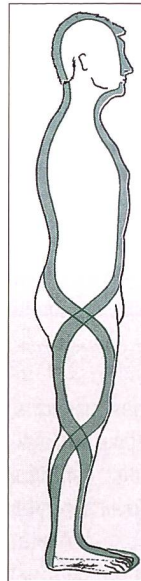


Fig. 16-17: Antéverson - Retroversion



Première remarque:

Il est important de noter que ces différentes statiques sont induites par la surprogrammation

- des chaînes de flexion pour la postériorité (fig. 19)
- des chaînes d'extension pour l'antériorité (fig. 18)

Après avoir fait un bilan minutieux sur l'antéverson et la rétroversion on peut envisager le schéma combiné: la torsion. La figure 20 nous montre la nécessité d'une plasticité des os pour s'adapter. Le sacrum ne peut compenser qu'en faisant

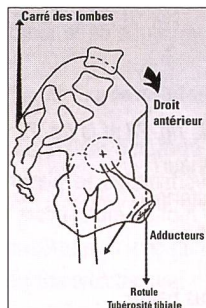


Fig. 18: Chaîne d'extension

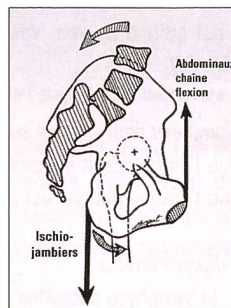


Fig. 19: Chaîne de flexion

une torsion intra-osseuse. La torsion du bassin s'installe sous l'effet de la chaîne de flexion du côté de la postériorité et de la chaîne d'extension du côté de l'antériorité. La torsion implique plus la déformation intra-osseuse que le paramètre articulaire des sacro-iliaques.

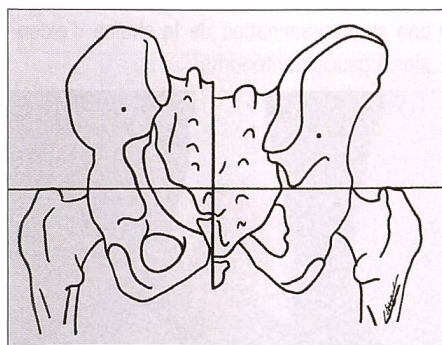


Fig. 20: Torsion du bassin

En effet:

- la sacro-iliaque à gauche va en haut et en avant (fig. 24)
- la sacro-iliaque à droite va en arrière et en bas

Les déplacements étant dus à l'antériorité-postériorité, ils sont importants. Dans la majorité des torsions de bassin, on a une torsion posturale qui s'inscrit dans une compensation globale. Les

sacro-iliaques n'ont pas de problèmes articulaires. Elles subissent les contraintes musculaires comme le font des joints de dilatation. Par contre dans le cas de traumatisme on peut avoir un grip-page de ce «joint de dilatation» qui devient une épine irritative et qui aliène tout le bassin à sa douleur. Mais le caractère aigu fait que le patient n'attend pas pour se faire soigner.

Voici les influences subies par le sacrum:

- Le sacrum à gauche vient en haut et en avant.
- Le sacrum à droite vient en bas et en arrière.

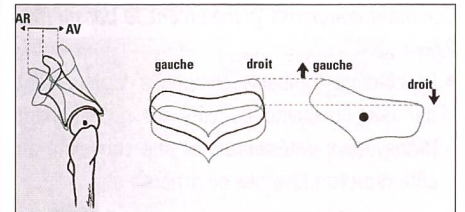


Fig. 21: Influences subies par le sacrum

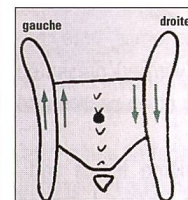


Fig. 22: Torsion

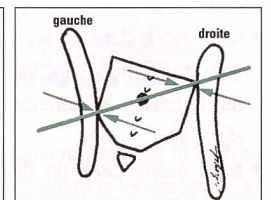


Fig. 23: Torsion du sacrum

Cela entraîne une inclinaison du sacrum bas à droite avec deux points de compression: droit à la partie haute de la sacro-iliaque, gauche à la partie basse. Ces deux points de ralentissement déterminent un axe oblique autour duquel la sacrum organise sa torsion intra osseuse.

Influences subies par le sacrum et la colonne lombaire:

- du côté de l'antériorité à gauche: fig. 24 la colonne lombaire est lordosée, sa projection verticale est plus courte et les apophyses transverses sont en avant

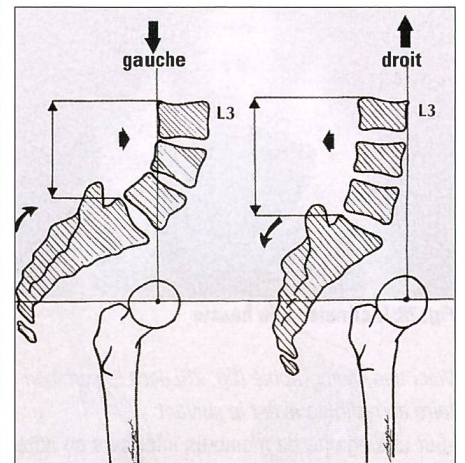


Fig. 24: Du côté de l'antériorité

Fig. 25: Du côté de la postériorité

- du côté de la postériorité à droite: fig. 25 la colonne lombaire est délordosée, sa projection verticale est plus longue et les apophyses transverses sont en arrière (fig. 26).

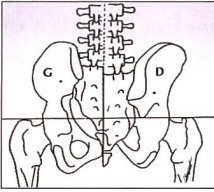


Fig. 26: Anteriorité – postériorité

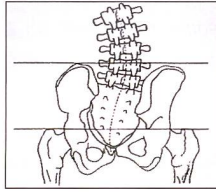


Fig. 27: Torsion

Comment compense globalement le bassin (fig. 27):

- La colonne lombaire compense logiquement par une concavité du côté du sacrum haut (transverses antérieures) et une convexité du côté droit (transverses en arrière).

Vous avez remarqué que dans notre mode de raisonnement:

- nous avons dans un premier temps, noté chaque modification (facile à vérifier) présentée par le bassin en antériorité et en postériorité (fig. 15)
- nous avons dans un deuxième temps additionné ces composantes et le schéma de torsion nous est imposé, dicté, par nos «entrées de bases».

C'est un raisonnement de type informatique. Nous faisons entrer des données de base dans l'ordinateur et nous lui posons la question «que se passe-t-il en torsion?»

La réponse est mathématique, le PC ne réfléchit pas s'il y a une erreur c'est au niveau des entrées. Il sera simple de corriger ces données pour améliorer le programme. On doit progresser de la même façon et éviter des «théories trop intellectuelles». Essayons d'adopter ce raisonnement rigoureux... il mettra en évidence plus vite nos erreurs possibles.



Fig. 28: Inclinaison du bassin

Voici une radiographie (fig. 28) dont le commentaire du radiologue est le suivant:

«Sur une égalité de membres inférieurs on note une inclinaison du bassin avec rattrapage lombaire. Cela est dû à une malformation du sacrum.»

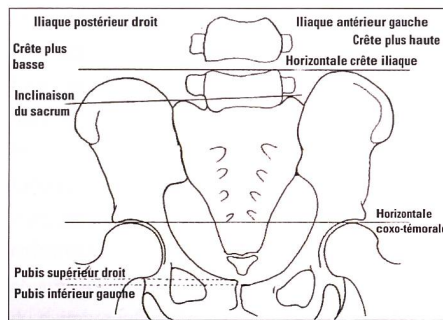


Fig. 29: Calque de la radio

Vous physiothérapeutes, ostéopathes, médecins, podologues que pouvez-vous faire pour une malformation de naissance?... Il aurait peut-être mieux valu avoir une jambe courte pour expliquer l'inclinaison du bassin et du sacrum à droite! Attention ce bassin vous pouvez le corriger c'est dans nos compétences manuelles. En effet ce n'est qu'une torsion. Voici le calque de la radio (fig. 29).

Comment peut-on dire sur la fig. 28 et la fig. 29: que l'iliaque droit est postérieur? que l'iliaque gauche est postérieur?

L'iliaque droit a:

1. la symphyse pubienne plus haute
2. la crête iliaque est plus basse

L'iliaque gauche a:

3. la symphyse pubienne plus basse
4. la crête iliaque plus haute.

C'est tout simplement une torsion induite par:

- une surprogrammation de la chaîne de flexion à droite (postériorité)
- une surprogrammation de la chaîne d'extension à gauche (antériorité)

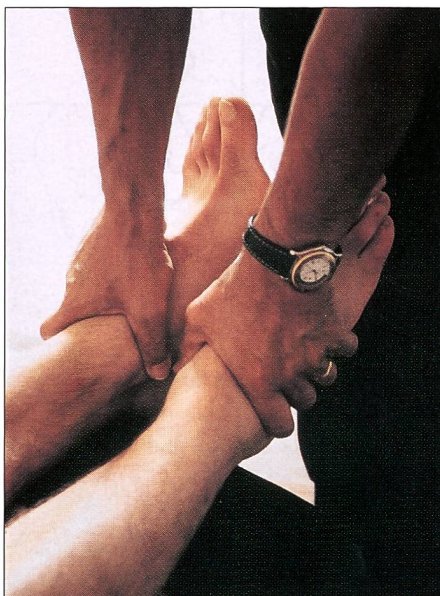


Fig. 30: Malléole plus basse du côté de l'antériorité

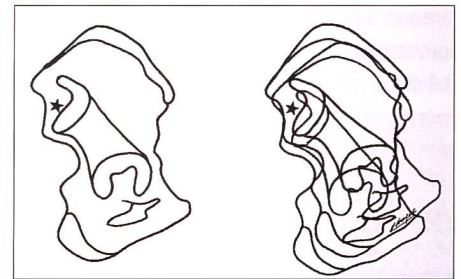


Fig. 31: Projection de la coxo en chaînes ouvertes

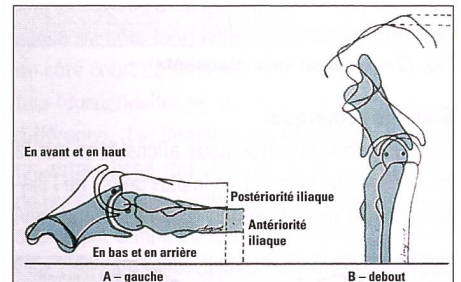


Fig. 32 A + B: Faux membre long

Par l'examen global des chaînes musculaires on cherchera à comprendre le pourquoi de ce schéma, la logique de cette compensation. On pourra ainsi traiter au niveau de la cause, qui peut-être à un autre niveau du corps, qui peut être le résultat d'une position de travail ou d'une pratique sportive.

Attention ce même sujet (fig. 28–29) qui présente une égalité parfaite de longueur des membres inférieurs en position debout, va en position couchée (chaînes ouvertes) présenter un faux membre long (fig. 32 A) avec une malléole plus basse du côté de l'antériorité (fig. 30).

N'ayant plus l'appui au sol, du côté de l'antériorité iliaque, la coxo-fémorale peut descendre et induire la descente globale de ce membre inférieur qui paraît plus long. Du côté de la postériorité iliaque, la coxo-fémorale peut monter et induire l'ascension de l'ensemble du membre inférieur qui paraît plus court (fig. 31). Cette modification de projection des membres inférieurs en position couchée est en réalité due au déséquilibre de tension des chaînes de flexion et d'extension entre le côté G et D.

Mais en position debout (fig. 32 B) la longueur est égale, la différence est au niveau de la projection verticale plus haute de la «zone portante coxo-sacro-iliaque» et de la crête iliaque (fig. 32 A). Trop souvent nous affirmons au patient qu'il a une jambe longue à la suite de l'examen couché (fig. 30). Ce diagnostic n'est pas suffisant et dans la plupart des cas erronés. Pensez-vous que le sujet de la radio (fig. 28) sera rééquilibré de façon stable par une simple manipulation des sacro-iliaques? La semelle est-elle une solution?

Longtemps j'ai appris, j'ai cru, j'ai enseigné que:

- l'iliaque antérieur entraînait une jambe longue
- l'iliaque postérieur entraînait une jambe courte

Je reconnais mon erreur et voici ce que j'observe. Dans un premier temps la torsion avec l'antériorité-postériorité n'entraîne pas de différence de longueur de membres sur un sujet debout. Dans un deuxième temps la torsion se complète avec les paramètres d'ouverture-fermeture pour que la compensation se fasse dans les 3 plans de l'espace et soit plus cohérente au niveau de la ceinture pelvienne, au niveau du pubis (cf. tome 3 sur la pubalgie). A ce moment là s'installe progressivement une inégalité de longueur des membres. Pourquoi?

Quels sont les paramètres qui génèrent cette différence? L'ouverture-fermeture.

L'ouverture-fermeture

Avant d'envisager l'ouverture-fermeture je dois vous rappeler les travaux de Paul Klein professeur à l'Université Libre de Bruxelles qui montrent que la sacro-iliaque bouge très peu en antériorité-postériorité et encore moins en ouverture-fermeture. Cet ami m'a souvent mis en garde contre l'excès des théories qui valorisent l'ouverture-fermeture sacro-iliaque. Les travaux de cet ami m'ont grandement aidé à remettre en question les théories sur lesquelles je m'appuyais jusque là.

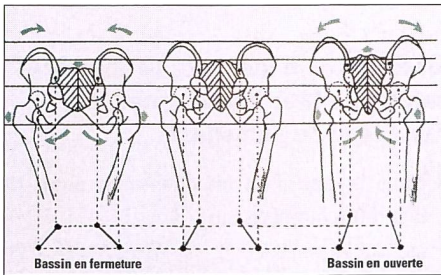


Fig. 33: Modifications du bassin

Il est devenu évident que les sacro-iliaques ne peuvent générer l'ouverture-fermeture iliaque. Les théories articulaires sont inadaptées. Si l'ouverture-fermeture iliaque était dépendante des articulations sacro-iliaques on aurait tout simplement des *dislocations* de sacro-iliaques. Par contre l'analyse par les chaînes musculaires nous

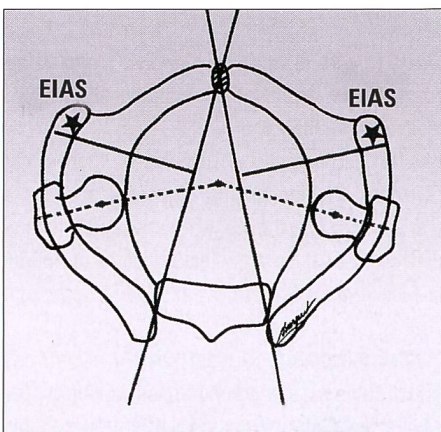


Fig. 34: Axes d'ouverture – fermeture

permet d'aller beaucoup plus loin. C'est la *plasticité* de l'iliaque qui sous l'effet sculptant des chaînes musculaires d'ouverture-fermeture va nous donner les répercussions macroscopiques sur la forme du bassin, sur l'architecture des membres inférieurs sans trahir l'intégrité, la physiologie des articulations sacro-iliaques. Rappelons les axes autour desquels s'organisent ces compensations tout en assurant la *cohérence* indispensable de la ceinture pelvienne.

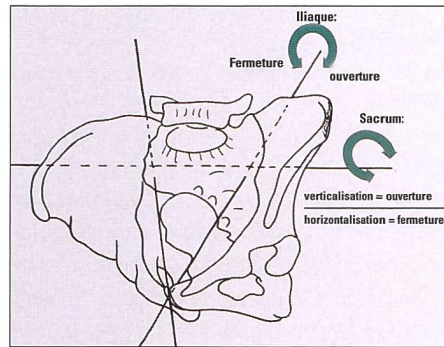


Fig. 35: Axe de mobilité de l'ouverture – fermeture

Les chaînes d'ouverture entraînent l'ouverture du bassin et automatiquement la modification de l'architecture de tout le membre inférieur qui se projette plus long du fait du meilleur alignement de son architecture.

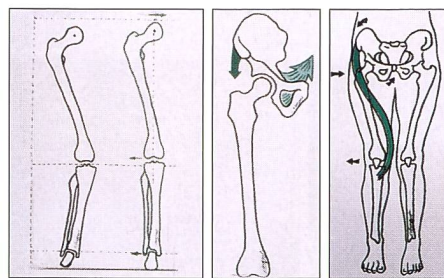


Fig. 36: Plus long

Fig. 37-38: Plus centré

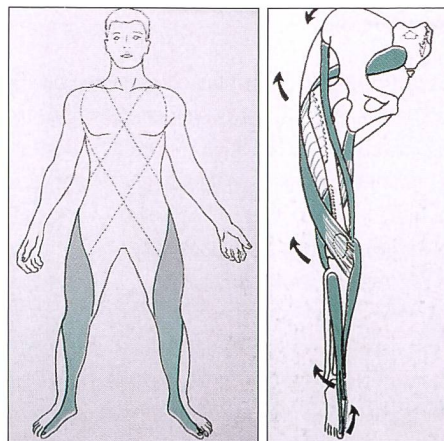


Fig. 39: Chaîne d'ouverture Fig. 40: Ch. ouverture

Répercussions de l'ouverture:

- sur la coxo-fémorale: *plus centrée* (fig. 37, 38, 43)
- sur la hauteur du membre inférieur: *plus long* (fig. 36)
- sur l'axe d'ouverture qui *monte* (fig. 42)
- sur la crête iliaque qui (fig 41-42):

- par rapport à l'axe va en dehors, en avant et *descend*
- par rapport au sol *monte* comme l'axe et le bassin *montent*

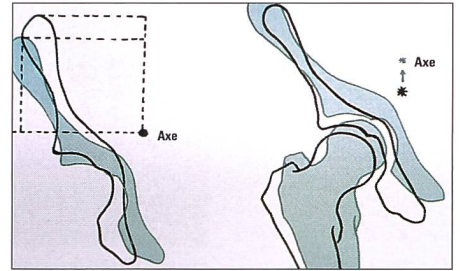


Fig. 41-42: Ascension de l'axe

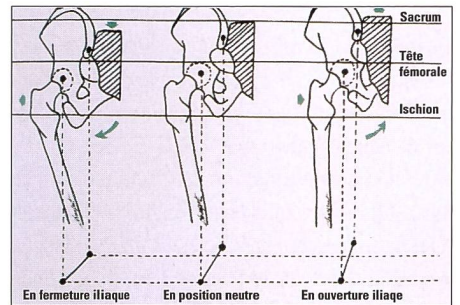


Fig. 43: Projection verticale de la zone coxo-sacro-iliaque

Les chaînes de fermeture entraînent la fermeture du bassin et automatiquement la modification de l'architecture du membre inférieur qui se projette plus court du fait de son architecture qui valorise le valgus: hanche, genou, calcanéum.

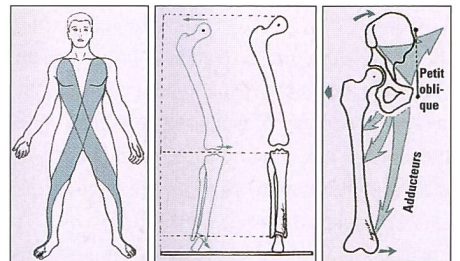


Fig. 44-46: Chaîne de fermeture

Répercussions de la fermeture:

- sur la coxo-fémorale: *plus écartée* (fig. 43, 45, 46)
- sur la hauteur du membre inférieur: *plus court* (fig. 43, 45)
- sur l'axe de fermeture qui *descend* (fig. 48)
- sur la crête iliaque qui:
 - par rapport à l'axe (fig. 47) va en dedans en avant et *monte*
 - par rapport au sol (fig. 48) *descend* comme l'axe et le bassin *descendent*

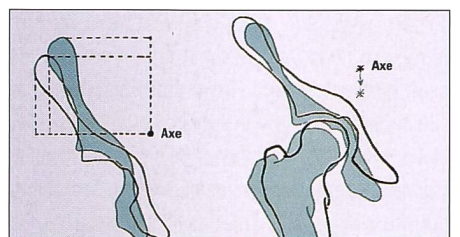


Fig. 47-48: Descente de l'axe

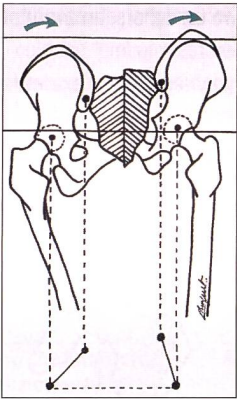


Fig. 49: ½ Ouverture – ½ fermeture

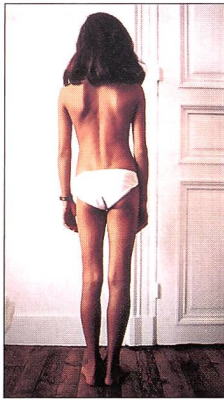


Fig. 50: Photo du sujet

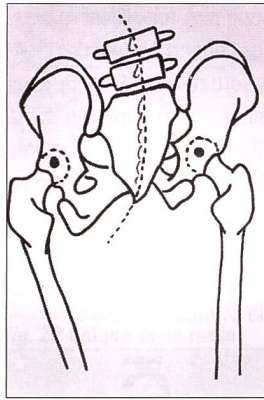


Fig. 51: Concavité lombosacrée

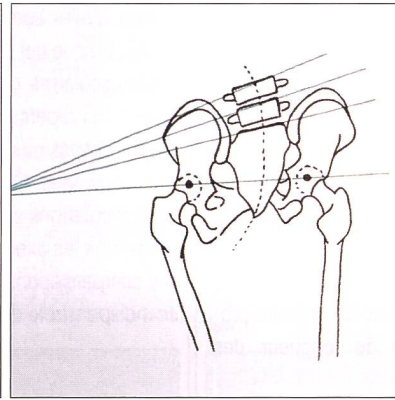


Fig. 52: Convergence dans la concavité

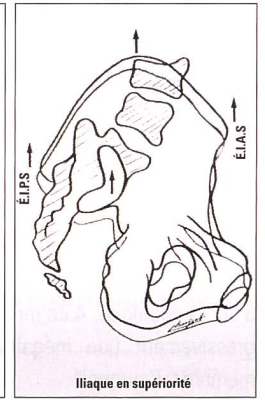


Fig. 53: Trois points hauts

Quand un ½ bassin est en ouverture (chaînes d'ouverture) et un ½ bassin est en fermeture (chaînes de fermeture), on obtient un autre schéma de compensation (fig. 49–50, 51–52).

Attention quand vous retrouvez à l'examen d'un sujet (fig. 53) les trois points hauts. Traditionnellement on nous a enseigné que c'était un iliaque en supériorité... Avez-vous réalisé l'énormité de cette proposition? Si la différence de hauteur de crête iliaque est vraiment due à la supériorité iliaque, on a une véritable entorse, une dislocation de l'articulation sacro-iliaque.

Le sujet ne pourrait, dans ce cas, poser le pied au sol et s'appuyer dessus. Ce patient doit avoir recours à l'orthopédie pour réparer cette *dislocation* gravissime... Quand j'ai réalisé l'énormité de cette théorie (que j'ai comme beaucoup, enseignée) j'ai compris qu'un patient qui a pu marcher pour venir me consulter ne peut avoir un tel problème. Deux, trois, cinq, dix millimètres de glissement en supériorité au niveau sacro-iliaque seraient un «cataclysme articulaire».

L'explication fournie par les chaînes musculaires est beaucoup plus cohérente. On retrouve les 3 points hauts dans le bassin qui présente

- un ½ bassin en fermeture (fig. 49)
- un ½ bassin en ouverture (fig. 50–51).

Les trois points hauts sont du côté de l'ouverture. Les trois points bas sont du côté de la fermeture. La concavité lombaire L4-L5-sacrum est du côté bas (cf. tome 4). Du côté de la fermeture, la colonne lombaire est lordosée. Du côté de l'ouverture elle est délordosée. Cela entraîne une concavité lombaire du côté du sacrum bas. La rééquilibration se fait au-dessus de L3. Les tests d'ouverture-fermeture nous indiquent s'il y a un côté ou les deux qui compensent. On traitera selon le côté concerné la chaîne d'ouverture ou de fermeture et on ajoutera l'examen et le traitement de la chaîne statique viscérale au niveau abdomino-pelvien s'il y a une relation contenant-contenu qui génère ce schéma. C'est souvent le cas.

Il est important de comprendre que le but n'est pas uniquement de corriger ce bassin mais de nous poser la question pourquoi on a un ½ bassin en fermeture et l'autre en ouverture.

Je vous soumetts quelques réflexions. Un hémibassin en fermeture adopte un schéma de replis qu'explique bien les chaînes musculaires, ne pourraient-elles compenser des tensions internes au niveau:

- d'un cicatrice
- d'un ovaire
- d'un trompe
- d'une portion intestinale etc.?

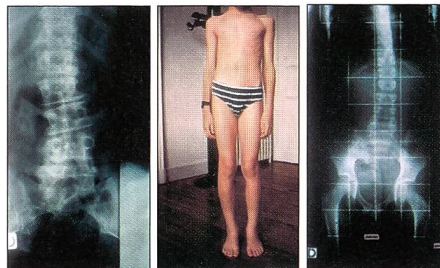


Fig. 54–56: Répercussions des tensions abdomino-péliciennes

Statistiquement il y a plus de membre court à droite, pourquoi? L'iliaque en fermeture induit un raccourcissement. En plus des causes de tensions citées plus haut on aura fréquemment dans la fosse iliaque droite:

- les inflammations de l'appendice
- les tensions iléo-cœcales

Les viscères peuvent-ils être à la source du raccourcissement d'un faux membre court? La pratique sur les patients semble nous confirmer cette relation. La relation contenant-contenu développée par les chaînes musculaires nous permet d'aller plus loin dans la recherche de la compréhension de nos patients.

En résumé

L'iliaque en fermeture induit un raccourcissement, l'iliaque en ouverture induit un allongement du

membre inférieur. Nous sommes dans le cas de *fausses jambes courtes* et de *fausses jambes longues*. La longueur du squelette n'est pas en cause. C'est la modification architecturale du membre inférieur qui modifie la projection verticale du squelette.

Lors de la fermeture le valgus est valorisé au niveau de la hanche, du genou, du pied (fig. 38). L'architecture du membre inférieur en ligne brisée est cohérente. Lors de l'ouverture l'alignement articulaire est cohérent (fig. 36). La projection linéaire est plus longue.

Dans le cas d'inégalité de membres inférieurs faut-il des semelles? Quel type de semelles?

I. Dans le cas d'un faux membre court et d'un faux membre long

– Le *faux membre court* est la résultante d'un iliaque qui cherche à raccourcir: Faux membre court = iliaque en fermeture + postériorité. L'examen montre une surprogrammation de la chaîne de fermeture et de flexion.

– Le *faux membre long* est la résultante d'un iliaque qui cherche à allonger: Faux membre long = iliaque en ouverture + antériorité.

L'examen montre une surprogrammation des chaînes d'ouverture et d'extension.

Dans le cas d'un faux membre court il ne faut pas de semelle pour compenser la fausse différence de longueur.

En effet elle aggraverait la compensation. «Pour plaisanter» il serait plus ingénieux de mettre une semelle du côté de la fausse jambe longue pour rendre l'autre vraie jambe courte et obliger la fausse jambe courte à s'allonger... pourquoi pas!

Plus sérieusement ce n'est pas au niveau des effets qu'on aura la solution mais en traitant les causes que l'analyse par les chaînes musculaires mettent en évidence.

II. Dans le cas d'un vrai membre court et d'un vrai membre long

– Le vrai membre court cherche à s'allonger. Il utilisera logiquement les paramètres d'allongement. Vrai membre court = iliaque antérieur + ouverture

L'examen montre une surprogrammation des chaînes d'extension et d'ouverture.

– Le vrai membre long cherche à se raccourcir. Il utilisera tous les paramètres iliaques de raccourcissement. Vrai membre long = iliaque postérieur + fermeture.

L'examen montre une surprogrammation des chaînes de flexion et de fermeture.

Dans le cas d'un vrai membre court il faut une semelle pour compenser à 100%. On peut bien sûr passer par une étape intermédiaire à 50% pour permettre au sujet de se réadapter progressivement. Si la semelle ne peut suffisamment compenser on pourra envisager la chirurgie d'allongement (et ou de raccourcissement).

III. Le diagnostic entre un vrai membre court et un faux membre court est facile à faire.

Sur un vrai membre court l'iliaque utilise tous les paramètres d'allongement.

Sur un faux membre court l'iliaque utilise tous les paramètres de raccourcissement.

Vrai membre court = iliaque en ouverture + antériorité

Faux membre court = iliaque en fermeture + postériorité

IV. Le diagnostic pour un vrai membre long et un faux membre long

Sur un vrai membre long l'iliaque utilise tous les paramètres de raccourcissement.

Sur un faux membre long l'iliaque utilise tous les paramètres d'allongement

Vrai membre long = iliaque en fermeture + postériorité

Faux membre long = iliaque en ouverture + antériorité

V. Les différences de longueur des membres inférieurs

Comme le montre le tome 4 des chaînes musculaires ces différences de longueur sont dépendantes de l'influence en priorité des chaînes de fermeture et d'ouverture. Ces chaînes entraînent des modifications sur la voûte plantaire qui se

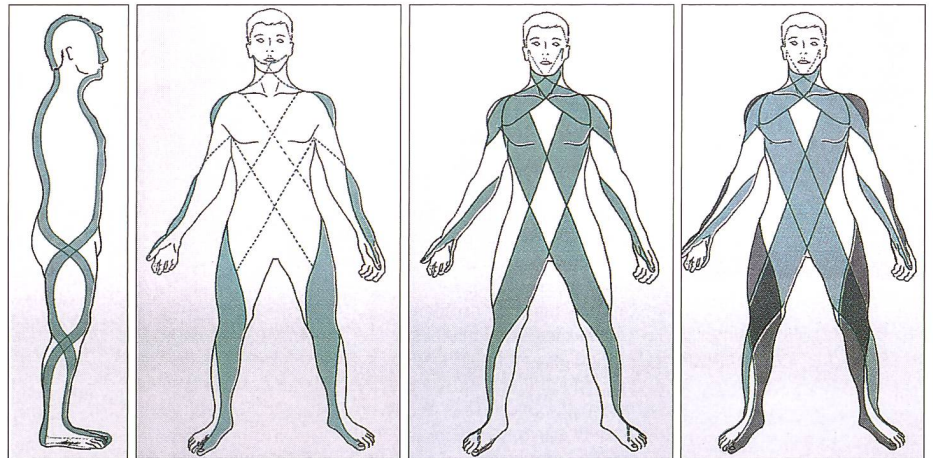


Fig. 57-60: Chaîne de flexion – d'extension d'ouverture – de fermeture

déclinent de façon cohérente du bassin, à la hanche, au genou, cheville, pied, voûte plantaire et aux orteils. Les chaînes d'ouverture – fermeture sont en relation, privilégiées avec le plan viscéral. Les fausses différences de longueurs de membres inférieurs ont souvent leurs origines au niveau viscéral. L'influence de la chaîne statique viscérale est surprenante par son évidence et sa fréquence. Chacun des schémas de compensation du bassin traité dans cet article déterminera par le relais des chaînes musculaires une adaptation spécifique de la voûte plantaire. En dehors de malformation de naissance, en dehors de traumatisme local, la voûte plantaire est le reflet de l'abdomen au sol.

En fonction de l'examen sur le podoscope, si on se contente de corriger «les effets» au niveau du pied, sans avoir préalablement traité les causes et les influences descendantes, on envoie dans le membre inférieur des compensations montantes qui se télescopent au niveau d'une articulation, genou, hanche, du bassin, de la colonne et donnent un déplacement du problème, avec apparitions ultérieures de douleurs.

Par contre quand la source des problèmes est traitée, quand les influences descendantes des chaînes musculaires sont équilibrées, on aura besoin de reprogrammer l'appui au sol, de restituer la voûte plantaire avec le travail qualitatif des semelles proprioceptives. Sans ce travail du pied les chaînes musculaires mettent beaucoup plus de temps à se rééquilibrer et à retrouver leur rythme proprioceptif.

Il est important de mettre en valeur la complémentarité de notre travail avec celui du podologue. Mais les stratégies de traitement de l'un et de l'autre doivent s'inscrire dans la même logique du schéma de compensation du patient.

La Méthode des Chaînes Musculaires est un programme fiable, cohérent, respectant l'anatomie et la physiologie. Il peut servir de base commune pour améliorer la compatibilité de nos examens, de nos traitements avec les podologues mais également à d'autres niveaux avec les orthodontistes, les orthoptistes, les optométristes, les orthopédistes...

En conclusion voici deux cas traités par des élèves après le deuxième séminaire de la formation des chaînes musculaires. Les résultats obtenus après trois mois (une séance par semaine) montrent l'intérêt que la méthode des chaînes musculaires présente.

(Kinésithérapeute Practicien® n° 77, mai/juin 2000-4-7)

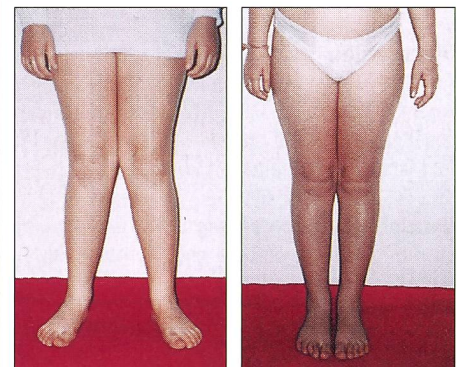


Fig. 61: Faux-valgus Trois mois après

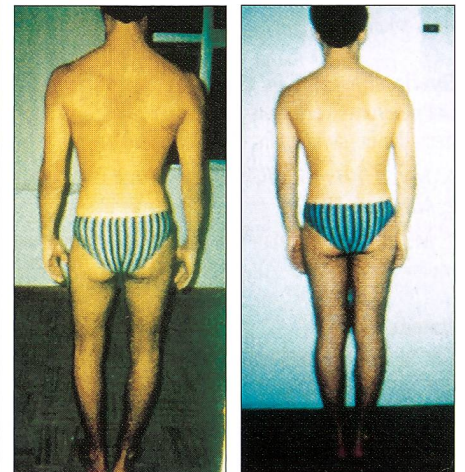


Fig. 62: Varus Trois mois après

Membre court	Iliaque	Membre long
Faux membre court	Fermeture + postériorité	Vrai membre long
Vrai membre court	Ouverture + antériorité	Faux membre long