

# LA KINÉSITHÉRAPIE ANALYTIQUE THÉRAPIE MANUELLE SELON LE CONCEPT DE SOHIER

Michel Haye

Paru dans " Profession Kinésithérapeute " Juin 2007

## 1. Définition et champ d'application

**La Kinésithérapie Analytique regroupe des examens et des techniques spécifiques exigeant notamment un haut degré de dextérité manuelle, pour la prévention et le traitement des affections ostéo-articulaires et abarticulaires d'origine traumatique, micro-traumatique, fonctionnelle ou posturale, c'est-à-dire:**

- les pathologies inflammatoires non systémiques ( ténopathies, téno-synovites, arthrites, péri-arthrites, ostéochondrites...)
- les pathologies dégénératives ou dystrophiques ( arthrose, algodystrophie...)
- les traumatismes articulaires et abarticulaires ( luxations, fractures articulaires, ruptures tendineuses... )
- les pathologies orthopédiques ( scoliozes, hypercyphoses dorsales, varus ou valgus du genou, séquelles chirurgicales...)

## 2. Justifications fondamentales

Le choix à bon escient, au bon moment, de ces techniques, de ces examens ainsi que leurs modalités d'exécution reposent sur des justifications théoriques et un raisonnement clinique formant un ensemble logique et cohérent appelé concept.

Le concept de Sohier part de l'idée fondamentale selon laquelle on ne peut réellement soigner une articulation que si on a le potentiel de ramener à l'**équilibre biologique** les tissus lésés ou malades; sinon on fait de l'adjuvance, on limite les effets des compensations, on essaie de réduire la douleur, mais on ne s'attaque pas au problème primitif ayant perturbé la physiologie des tissus articulaires et péri-articulaires.

Les mécanismes déterminant l'**équilibre biologique**, c'est-à-dire les mécanismes qui régissent la dégradation et la reconstruction cellulaire sont inscrits dans les gènes et influencés par les rapports qu'a la cellule avec son environnement (1).

Au niveau des tissus articulaires et péri-articulaires, l'environnement influençant est, en grande partie, physique, mécanique (2). Là est la justification fondamentale de notre intervention, car un trouble biomécanique ( état pathomécanique ) suffit à lui seul pour déclencher une affection articulaire.

La **Kinésithérapie Analytique**, telle que la conçoit R. SOHIER (2), se donne pour finalité de normaliser l'environnement physique des tissus afin d'optimiser leur potentiel biologique.

Dans cette perspective, la récupération d'une **cinématique articulaire normale** s'avère être la première des priorités. Elle a, en effet, pour conséquences:

- d'équilibrer les tensions capsulo-ligamentaires et donc, la mécano-réception ,
- de diminuer les excès de tension musculo-tendineuse par étirement,
- de lever les contractures des muscles stabilisateurs . Cela, probablement par normalisation des afférences proprioceptives péri-articulaires (3). Ces constances de tractions musculaires et tendineuses sont, en grande partie, responsables de la dystrophie musculaire et de la dégénérescence tendineuse,
- de réduire la nociception, par voie de conséquence
- de réduire les déséquilibres vaso-moteurs
- d'améliorer le rendement fonctionnel (nous avons montré en 1987 (4), que la récupération d'un centrage dynamique correct de la tête humérale améliorerait les performances, en termes de rendement immédiat en force),
- de retrouver les programmes initiaux des automatismes moteurs, perturbés notamment par des comportements antalgiques ( voir les troubles de la posture ou du contrôle dynamique de la scapula lors de l'élévation du bras en cas de lésion, même légère de la coiffe des rotateurs).

En dehors des traumatismes, des micro-traumatismes répétés ( sports ), des troubles posturaux et des rétractions capsulo-ligamentaires, c'est la prédominance fonctionnelle qui est responsable de ces troubles cinématiques , encore appelés décentrages.

Dans ses nombreuses publications, Sohier décrit les principaux décentrages des articulations périphériques, du rachis et du bassin (5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15).

Ces décentrages, dynamiques au départ, finissent par être objectivés, au repos par l'imagerie médicale (exemples : décentrage supérieur de la tête humérale - fig.1 - et Décentrage interne de la tête fémorale - fig. 2-). Il est alors souvent , thérapeutiquement parlant , assez tard, car la pathologie s'est structuralisée. Fort heureusement, nos examens cliniques sélectifs et significatifs permettent de les mettre en évidence dès le stade fonctionnel de l'affection.

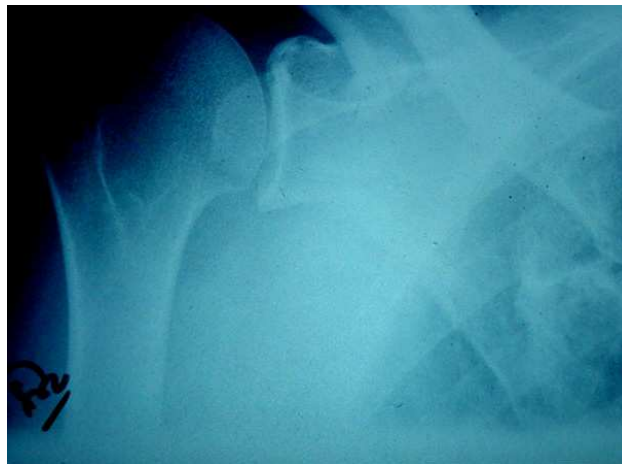


fig. 1 : DECENTRAGE SUPERIEUR DE LA TETE HUMERALE



fig. 2 : DECENTRAGE INTERNE DE LA TETE FEMORALE

*Nous commençons, donc, nos traitements par des mobilisations spécifiques visant à libérer l'interligne de ses coincements et décentrages, ce, dans les trois plans de l'espace.*

**Ce sont des mobilisations douces, progressives, tangentielles aux surfaces articulaires et réalisées à partir de positions initiales ne mettant pas en tension les tissus mous péri-articulaires.**

**C'est à ce niveau que le " ressenti " du professionnel prend toute sa valeur.**

Quand le recentrage est obtenu, les contraintes fonctionnelles, forces qui passent par l'interligne ( compressions - décompressions, roulers-glissers en opposition des surfaces - cisaillements) peuvent « s'exprimer librement », c'est-à-dire créer un environnement physique idéal, capable de stimuler correctement le potentiel génétique de renouvellement cellulaire. C'est ce que confirment les études des mécano-biologistes relatives au cartilage puisque, comme cette structure n'étant ni innervée, ni vascularisée, le métabolisme des chondrocytes dépend, pour l'essentiel, de la qualité biomécanique, biogène des forces qui y transitent (16).

C'est à ce stade du traitement que les techniques adjuvantes, à but anti-inflammatoires et antalgiques sont ajoutées ( repos, conseils d'hygiène de vie, électrothérapie, postures antalgiques ...)

Les mécano-biologistes (16) insistent également sur le caractère obligatoirement cyclique de la distribution des forces pour correspondre à la physiologie normale des chondrocytes.

**La constance d'appui détériore le cartilage.**

On peut facilement extrapoler et imaginer l'importance du caractère cyclique des contraintes sollicitant les zones tendineuses mal vascularisées.

**A l'alternance d'appui s'ajoute ainsi l'alternance contractions-décontractions ( absence de contracture ) pour que les tissus articulaires et péri-articulaires vivent bien ou se réparent dans de bonnes conditions.**

Fonctionnellement, ce caractère cyclique correspond à ce que Sohier appelle le « *Rythme Biomécanique Fondamental ( RBF )* »(2). C'est pour lui le dénominateur commun à toutes les articulations, chaînes musculaires et articulaires pour créer l'environnement physique idéal.

Il s'agit d'un rythme fonctionnel, séquentiel, binaire qui comporte et répète une phase rigidifiante, où il y a augmentation des contraintes d'appui des surfaces, et de tensions ligamentaires, et une phase dérigidifiante où ces contraintes se réduisent. De plus, le sens du déplacement des surfaces articulaires en présence s'inverse à chaque phase transformant alors l'interface articulaire en zone de fibres neutres.

**C'est par le choix et la chronologie des muscles qui entrent en action, c'est-à-dire nos programmations neuro-motrices automatiques, que la dynamique de ce Rythme se produit.**

Par exemple au niveau de l'épaule, au cours de l'élévation du bras -Phase Rigidifiante - s'enchaînent les contractions du Transverse de l'abdomen et du Multifide ( stabilisation rachidienne- appui facettaire ), celle des stabilisateurs de la scapula ( Particulièrement le Rhomboïde et le Dentelé Antérieur - appui scapulo-thoracique) et celle de la Coiffe des rotateurs (appui gléno-huméral).

Cette programmation est déficiente chez l'insuffisant de coiffe.

***La récupération de ce rythme rigidifiant constitue le deuxième temps du traitement, la base de la rééducation fonctionnelle et sensori-motrice, mais, répétons le, après avoir recouvré une meilleure cinématique au niveau de chaque maillon de la chaîne articulaire. La persistance d'un état pathomécanique ( coincement, décentrage ) perturbe, en effet, grandement le RBF.***

Ainsi, en cas de lésion de coiffe, cette phase du traitement comprendra:

- des exercices de correction posturale du Rachis et de la Scapula,
- des exercices sollicitant, en progression, les muscles de la coiffe,
- des exercices analytiques, puis globaux de récupération fonctionnelle de la chaîne musculaire rigidifiante, c'est-à-dire l'élévation du bras, selon différentes modalités associées au contrôle postural du rachis et dynamique de la scapula,

- des exercices d'assouplissement capsulaire, si besoin est.

**Le traitement sera toujours modulé en fonction des réactions neuro-végétatives du patient, ( irritabilité ou non ) et de la gravité des séquelles structurales.**

Cette manière de penser, ici illustrée par le schéma du traitement des lésions de coiffe, est applicable à toutes les pathologies du champ d'application précité.

Ainsi, dans le domaine de la pathologie vertébrale mécanique, nos techniques viseront la récupération d'appuis apophysaires corrects, c'est-à-dire bien axés et symétriquement coaptés.

Cette situation restaure en tout ou en partie ( limitations structurales ) le jeu physiologique de l'alternance de glissements et appuis apophysaires en arrière et de compressions-décompressions du disque intervertébral en avant de l'étage vertébral ( RBF – base de la stabilisation et de la rééducation – ) - fig. 3 - . Elle réduit également les symptômes neurogènes associés.

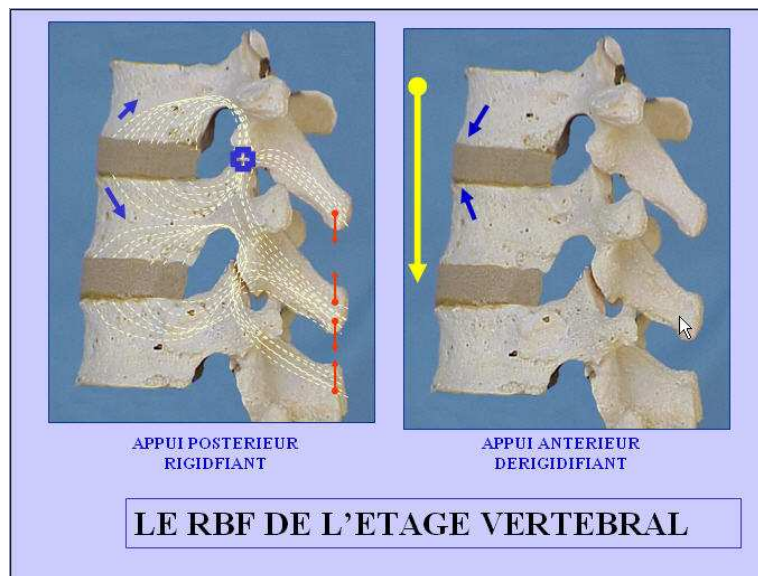


Fig. 3 Le rythme biomécanique fondamental de l'étage vertébral

### 3. Pour conclure : La Kinésithérapie Analytique ... une troisième voie !

« Ce que vous faites, c'est de l'ostéopathie » ... me disait un patient .... Et c'est vrai que pour faire simple on aime bien étiqueter, classifier, abrégé.

Alors, s'il y a une catégorie à laquelle nous appartenons c'est celle des Thérapeutes Manuels.

« oui, mais... Kiné ou Ostéo insiste - t'il ? »...

L'idée d'une troisième voie nous vient de notre confrère Pierre Laudon, de Chambéry.

Pourquoi un troisième voie ?

Parce que nous avons gardé de la Kinésithérapie académique :

- la prescription médicale et donc le travail en équipe avec le médecin traitant ou spécialiste,
- Les composantes classiques du bilan auxquelles nous ajoutons les examens de fins de courses articulaires, témoins, pour nous, les plus fiables des troubles de la cinématique articulaire,
- la stabilisation fonctionnelle et sensori-motrice, mais basée sur le RBF et le retour aux programmations motrices initiales, en référence au rendement biologique des tissus et non au rendement fonctionnel d'une articulation.

Des thérapies manuelles exclusives, nous retenons :

- le caractère prioritaire des mobilisations spécifiques visant à redonner à l'articulation sa cinématique idéale,
- les nombreuses exigences requises pour une bonne pratique : écoute et perception du patient et de ses tissus, présence, progressivité, intention, association intime entre le soignant et le soigné par l'

adéquation entre le ressenti et la distribution et l'orientation des forces correctrices par la main thérapeutique etc...

Toutes ces qualités ne s'acquièrent qu'au prix d'une bonne formation de base, d'une pratique régulière, d'affinements et de mises à jour permanents.

---

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. AMEISEN J.C La sculpture du vivant Ed. Seuil 2003
2. Sohier R. Le rythme biomécanique fondamental justifie la kinésithérapie analytique . KS N° 444 mai 2004
3. Laudon. D. Etude de la contraction et de la contracture par l'analyse du bruit musculaire. Mémoire I.P.K.N. Charleroi Belgique 2002
4. Haye. M. Effets immédiats d'une technique de recentrage articulaire sur l'épaule du joueur de hand-ball. Mémoire U.L.B. Bruxelles 1987
5. Sohier R. Kinésithérapie analytique de l'épaule. Ed. Kiné-Sciences La Louvière 1959-1985
6. Sohier R. Kinésithérapie analytique de la colonne vertébrale T.1 . Ed. Kiné-Sciences La Louvière 1960
7. Sohier R. Kinésithérapie analytique de la colonne vertébrale T.2 . Ed. Kiné-Sciences La Louvière 1960
8. Sohier R, Heures P. La kinésithérapie du rachis scoliotique. Ed. Kiné-Sciences La Louvière 1978
9. Sohier R. Kinésithérapie analytique de la hanche. Ed. Kiné-Sciences La Louvière 1974
10. Sohier R et J. Concept Sohier . Ed. Kiné-Sciences La Louvière 2000
11. Sohier R. Kinésithérapie analytique de la lombalgie. Ed. Kiné-Sciences La Louvière 1999
12. Sohier R. Kinésithérapie analytique de la gonarthrose. Ed. Kiné-Sciences La Louvière 2001
13. Sohier R. Biologie mécanogène. Ed. Kiné-Sciences La Louvière 1996
14. Sohier R. La dynamique du vivant. Ed. Kiné-Sciences La Louvière 1995
15. Sohier R. Haye M. Deux marches pour la machine humaine. Ed. Kiné-Sciences La Louvière 1989
16. La mécanobiologie. L'Observatoire du mouvement . Lettre d'information sept. 2004 N°13