

Les ateliers de la Posturologie 2012

Résumés développés

Atelier 1	Synchronicité : la réorganisation neuro-fonctionnelle : la méthode Padovan
Conférence	<i>Dr S. Padovan, Neuropsychiatre</i>
Atelier 2	Approche neurosensorielle des postures essentielles au développement psychomoteur <i>Dr R. Zekri – Hurstel, Neurologue</i>
Atelier 3	Stratégie clinique et thérapeutique de prise en charge des déséquilibres posturaux <i>Dr G. Vallier, Médecin Ostéopathe Posturologue</i>
Atelier 4	Apport de la posture et de l'ostéopathie en médecine du sport <i>Dr P. Malafosse, Médecin Ostéopathe Posturologue</i>
Atelier 5	Prévention de l'Asymétrie Tonique Posturale dans l'Enfance et l'Adolescence <i>A. Cudel, Ostéopathe</i>
Atelier 6	Modulation du tonus postural et stimulation ou neutralisation informationnelle d'un <i>exocapteur (pied ou bouche)</i> <i>P. Villeneuve, Posturologue Podologue Ostéopathe</i>
Atelier 7	Modulation du tonus postural et stimulation d'un <i>endocapteur proprioceptif (neural ou musculaire)</i> <i>P. Villeneuve, Posturologue Podologue Ostéopathe</i>
Atelier 8	La recalibration posturale – Synthèse et globalité <i>Dr B. Bricot, Chirurgien orthopédiste, Président du C.I.E.S.</i>
Atelier 9	Techniques discales et rééducation posturale <i>Dr P. Vélu – Médecin Ostéopathe</i>
Atelier 10	Investigation clinique via le Test de Maddox adapté - stries verticales <i>E. Matheron, Kinésithérapeute, PhD – PT</i>
Atelier 11	Les fondements de la posturologie selon l'Ecole de Lisbonne
Conférence	<i>Dr O. Alves Da Silva, Ophthalmologiste, Ecole de posturologie de Lisbonne</i>
Atelier 12	La réalisation d'une gouttière occlusale et posturale. Indications et méthodologie <i>Dr M. Clauzade, Chirurgien Dentiste Occlusodontiste</i>
Atelier 13	Ventilation orale et déglutition dysfonctionnelle <i>Dr J.L. Ouhoun, Dr F. Froger, Orthodontistes</i>
Atelier 14	Mesure et enregistrement postural (atelier en 2 parties) 1) Posturologie analytique – Bilan et perspectives - <i>M. Ouaknine, Ingénieur</i> 2) Dépistage biomécanique appliqué au golf. Enregistrement des appuis couplé à l'analyse vidéo : mesures, bilan et solutions - <i>M. WILLAME, F.F.Golf, Kinésithérapeute</i>

Atelier 1 Conférence	Synchronicité - la réorganisation neuro-fonctionnelle : la méthode Padovan
	Dr Sonia Padovan, Neuropsychiatre

Résumé

La méthode Padovan ou réorganisation neuro-fonctionnelle prend en charge les enfants qui présentent des difficultés d'apprentissage, des retards de développement psychomoteur mais aussi les adultes par action sur la neuroplasticité. Une séquence d'exercices posturaux récapitule la genèse de l'apprentissage de la marche, le développement des mains, des yeux et des fonctions neurovégétatives.

Atelier 2	Approche neurosensorielle des postures essentielles au développement psychomoteur
	Dr Régine Zekri – Hurstel, Neurologue

Résumé

**Le développement psycho- moteur a ses postures : oscillations, ondulations, assis, roulé, rampé, quatre pattes, accroupi, marche.
A chacune de celles-ci et à leur combinatoire correspond une ou plusieurs approches neuro-sensorielles dans le cadre de la pratique de la neurologie fonctionnelle.**

L'objet essentiel d'un atelier pratique est d'initier les participants à des apprentissages et à des travaux leur permettant de mieux assimiler la problématique proposée en l'occurrence sur le premier mouvement du développement post-natal dont il faut immédiatement rappeler que :

- C'est aussi la première onde, le premier mouvement du développement in-utero.
- C'est aussi le premier mouvement qui se met en place à l'aide des contractions de la maman quand l'accouchement débute.
- C'est aussi un des premiers réflexes archaïques du post-natal.
- Et c'est le premier mouvement du développement post-natal, mis en place par la partie archaïque du cervelet, l'archi-cérébellum.

La compréhension, la représentation, l'illustration de ces quatre déclinaisons du premier mouvement du développement post-natal ouvriront le regard des participants et orienteront autrement leur appréhension de la posturologie.

Atelier 3	Stratégie clinique et thérapeutique de prise en charge des déséquilibres posturaux Dr G. Vallier, Médecin Ostéopathe Posturologue
------------------	---

Résumé

L'un des grands challenges de la posturologie est de savoir comment effectuer une corrélation entre la symptomatologie décrite par le patient, l'examen clinique postural et l'analyse des capteurs posturaux. **Quel(s) capteur(s) traiter ?**

La méthode enseignée dans cet atelier basée sur un arbre décisionnel permet de déterminer le ou les capteurs à l'origine d'un déséquilibre postural.

A partir d'une classification de l'ensemble des déséquilibres posturaux, le Docteur Gérard Vallier propose pour chaque classe posturale un protocole de tests cliniques validés (test scapulaire, test sur tapis mousse, Maddox...) qui permettra de définir le ou les capteur(s) primaire(s) à l'origine du déséquilibre postural.

Chaque praticien sera ainsi en mesure de mettre en application une stratégie de traitement pluridisciplinaire immédiatement transférable dans sa pratique quotidienne.

La méthode se déroule en trois étapes :

1 - Classification posturale :

L'examen à la verticale de Barré permet de répertorier les déséquilibres posturaux en huit classes. A chaque classe posturale est associée une orientation diagnostic des capteurs incriminés dans le déséquilibre postural et des prédispositions pathologiques.

2 - Hiérarchisation des capteurs :

Les tests posturaux seront exposés puis mis en pratique par chaque participant.

Les tests posturaux décrits dans la méthode permettent de déterminer l'impact de l'asynchronisme d'un capteur sur le déséquilibre postural.

Seront décrits et pratiqués :

- Test scapulaire
- Test sur tapis mousse
- Test au podoscope
- Test de Maddox
- Test de convergence
- Test des cicatrices
- Downing test

3 - Stratégie de traitement

Une stratégie de traitement et de rééducation sera décrite pour chaque classe de déséquilibre postural.

Atelier 4	Apport de la posture et de l'ostéopathie en médecine du sport
	Dr P. Malafosse, Médecin du sport, Médecine manuelle ostéopathique, Posture

Résumé

C'est à partir de bilans posturaux que nous avons appréhendé l'approche de la prévention des blessures chroniques ou répétitives afin d'en limiter les conséquences ou, dans le meilleur des cas, les prévenir. L'ostéopathie interviendra en aval ou en amont du bilan postural.

Nous commençons par un bilan postural clinique qui analyse de nombreux paramètres du sportif : appuis plantaires, axes et longueurs des membres inférieurs, stéréométrie du bassin dans l'espace, équilibre du rachis, latéralité préférentielle des pieds (pied statique – pied dynamique), des mains, des yeux (œil directeur – œil vestibulaire), vision binoculaire, tests posturaux...

Une analyse stabilométrique électronique vient compléter le bilan.

Au total nous pouvons :

- retenir l'examen référence pour un joueur donné ;
- dépister tout écart par rapport à sa meilleure « performance posturale » avant qu'il ne crée un désordre fonctionnel puis une authentique lésion ;
- surveiller la reprise après blessure ou intervention chirurgicale, pour savoir si le schéma postural s'est bien ré-initialisé, sous peine d'exposer le sportif à une récurrence ou à une sur-blessure ;
- dépister les parasitages posturaux tels que des semelles ou toutes autres orthèses mal adaptées et donc source de pathologies ;
- améliorer le schéma postural et donc proprioceptif des joueurs évoluant à des postes de précision : buteurs et lanceurs ;

Les corrections posturales et l'ostéopathie deviennent alors d'excellents moyens pour organiser le suivi longitudinal d'un joueur sur du moyen ou du long terme en lui permettant une optimisation de ses caractéristiques sportives : c'est à dire d'aider le joueur à une meilleure gestion de sa saison voire de sa carrière.

Résumé

Dans la dualité Structure/Fonction, la fonction neuromusculaire est prévalente dans un grand nombre de cas d'Asymétrie Posturale.

Cette assertion vaut surtout pour un patient jeune encore épargné sur le plan ostéo articulaire.

L'Asymétrie Tonique posturale est le plus souvent asymptotique chez l'enfant et l'adolescent.

Le diagnostic et la prise en charge précoces d'une telle asymétrie permettent d'atténuer voire de supprimer ses effets potentiellement iatrogènes.

L'Asymétrie Tonique Posturale a pour origine la dysfonction d'une ou plusieurs modalités, avec, pour chacune, une traduction sensori-motrice variable selon l'âge.

Je propose de tenir compte de chaque âge charnière de cette première période de la vie pour établir une revue détaillée des modalités susceptibles d'être le point de départ d'une Asymétrie Tonique Posturale.

Chaque modalité sera explorée au moyen de tests spécifiques afin d'objectiver une dysfonction et permettre l'évaluation régulière de celle-ci au cours de sa prise en charge.

Prise en charge nécessairement multi disciplinaire, qui devrait se structurer autour d'un protocole d'évaluation commun.

Atelier 6	Modulation du tonus postural et stimulation ou neutralisation informationnelle d'un <i>exocapteur (pied ou bouche)</i> P. Villeneuve, Posturologue Podologue Ostéopathe Président Association Posturologie Internationale (API)
----------------------	--

Résumé

Pratiquer la posturologie clinique implique de pouvoir **évaluer le tonus postural** de ses patients, puis de stimuler une entrée du système postural et d'objectiver à nouveau les variations toniques secondaires à la stimulation.

L'atelier dans un premier temps permettra de **découvrir des manœuvres posturocinétiques** ayant montré leurs reproductibilités. Ces manœuvres posturocinétiques permettent l'analyse de la sortie du système postural : le tonus. Le posturodynamique, la rotation de tête, l'antépuulsion passive seront effectués par les participants.

Dans un second temps, nous objectiverons le poids de l'entrée podale et de l'entrée stomatognathique sur le tonus des participants en neutralisant les afférences, ce qui **mettra en évidence les zones nociceptives**. Puis, nous envisagerons l'apport de neurostimulations plantaires (semelles de posture), ou orofaciales sur les lèvres ou la langue dénommées : Alphs sur la **remédiation posturale** en observant les variations toniques induites.

Atelier 7	Modulation du tonus postural et stimulation d'un endocapteur proprioceptif (<i>neural ou musculaire</i>) P. Villeneuve, Posturologue Podologue Ostéopathe
------------------	---

Résumé

L'analyse de la sortie du système postural, par l'intermédiaire de manœuvres posturocinétiques telles l'épreuve posturodynamique montre fréquemment une **hypertonie de l'ensemble de la musculature rachidienne**. Ce réflexe de défense se diffusant à l'ensemble du corps est dans notre expérience lié à des **dysfonctions neurales ou neurovégétatives** ces dernières pouvant être engendrées par des traumatismes ou des états émotifs (*André-Thomas 1921*). Après avoir mis en évidence les dysfonctions neurales, nous envisagerons leurs traitements par l'intermédiaire de **neurostimulations manuelles, dénommées saturations**, appliquées aux tissus nerveux. Le tissu neural peut dans ce cadre être considéré comme un endocapteur du système postural. Une fois la neurostimulation du tissu neural effectuée, il convient alors d'envisager le traitement de l'hypertonie musculaire, en résultant par une méthode simple de sidération musculaire.

Résumé

LA POSTUROLOGIE EN PEU DE LIGNES

Si l'individu tient debout dans l'espace, s'il se situe par rapport à son environnement et s'il s'équilibre dans le mouvement, c'est grâce à son système postural.

L'oreille interne est un des éléments fondamentaux de ce système mais ce n'est pas le seul. De nombreux travaux scientifiques (Fitzpatrick, Roll, Berthoz, Melvill Jones, Matthews...) réalisés ces dernières années en neurosciences le confirment : le système postural possède différentes entrées ou "capteurs".

Deux de ses entrées dominant : le pied et l'oeil, ce sont à la fois des extérocepteurs (exocapteurs) et des propriocepteurs (endocapteurs).

Si, sur le plan fonctionnel, l'oreille interne, fortement enchâssée dans le massif pétreux, se dérègle peu, il n'en est pas de même pour le pied et l'oeil.

Un léger défaut de convergence oculaire, ou une asymétrie podale peut provoquer un déséquilibre des chaînes musculaires posturales.

Ce trouble statique pourra être analysé cliniquement au niveau des ceintures scapulaire et pelvienne ou objectivé par une étude stabilométrique. Il concerne les trois directions de l'espace et il provoquera des sollicitations anormales sur tout le système locomoteur.

Les contraintes articulo-capsulaires qu'il génère seront à la base de différents phénomènes pathologiques, algiques et inflammatoires souvent traités de manière symptomatique.

Le but de la posturologie moderne :

- corrélérer la symptomatologie et le déséquilibre postural ;
- analyser ce déséquilibre dans les trois directions de l'espace ;
- trouver le ou les capteurs responsables ;
- corriger ces capteurs afin de reprogrammer l'ensemble pour retrouver une eutonie ; vertébrale et articulaire.

La posturologie permet donc de corriger le facteur mécanique de différentes affections du système locomoteur et vertébral, d'en mieux comprendre les diverses pathologies (vertébrales, condylorotuliennes, fibromyalgies) et d'apporter une correction étiologique en lieu et place des habituels traitements symptomatiques dont on connaît le coût, la iatrogénicité et les possibilités de récives dans le temps.

Résumé

Les pathologies discales cervicales et lombaires défont les lois biomécaniques traditionnelles et les techniques de manipulation vertébrale articulaire. L'apprentissage des techniques de manipulations directes, dans le plan sagittal, par drop permettra à l'ostéopathe une prise en charge adaptée et efficace de ces pathologies.

Les pathologies discales défont les lois de la biomécanique vertébrale traditionnelle et les techniques de manipulation vertébrales articulaires.

Considérée comme la « maladie du siècle » par leur fréquence, les pathologies discales nécessitent une approche thérapeutique différente :

- il ne s'agit pas d'une dysfonction articulaire mais d'une pathologie lésionnelle (cependant accessible au traitement ostéopathique) par migration postérieure de matériel discal ;
- il n'y a pas de mouvements mineurs ou majeurs, pas de test positionnel, pas de postériorité ;
- le muscle est inopérant et donc les techniques myotensives inefficaces ;

Les techniques de manipulation directe par drop sont indiquées même en cas d'hyperalgie ou de hernie discale

Avec 80 % d'amélioration ressentie immédiatement, ces manipulations sont le plus souvent efficaces dès la première séance et pourront être effectuées dès le lendemain de l'atelier.

Au cours de cet atelier, vous apprendrez à maîtriser les manipulations directes par drop en correction des pathologies de pratique quotidienne : lumbago aigu, lombalgies chroniques, sciatique, cruralgie, méralgie, NCB.

LE PROGRAMME

- Biomécanique vertébrale et discale
- Rappel des signes cliniques et radiologiques des pathologies discales
- Diagnostic ostéopathique d'une pathologie discale lombaire
 - o le test du ligament inter épineux
 - o les tests de mobilité
- Diagnostic différentiel : pathologie discale ou vertébrale ?
- Protocole de traitement de la dysfonction discale
 - o les contre-indications au traitement
 - o le test en lordose et délordose
 - o la détermination de l'axe du drop
 - o la réalisation du drop lombaire
- Spécificité de la protrusion discale L4-L5
- Spécificité de la protrusion discale L5-S1
- Les strapping lombaires
- Conseils de rééducation
- L'apport considérable des techniques de « drop » dans le traitement des dysfonctions du sacrum
- Approche thérapeutique des pathologies discales cervicales

**Atelier
10**

Investigation clinique via le Test de Maddox adapté - stries verticales

Eric Matheron^{1,2}, PhD – PT

¹ Groupe IRIS, Centre d'Etudes de la SensoriMotricité (CESeM), CNRS/UMR 8194 - Université Paris Descartes.

Service d'Ophtalmologie-ORL-Stomatologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris.

² Cabinet de kinésithérapie, 6 rue du Tillot, 21000 Dijon. E-mail : matheron@wanadoo.fr

Résumé

La recherche fondamentale montre que le contrôle de l'équilibre, de la posture et du mouvement est complexe, le système nerveux central (SNC) utilisant plusieurs sources à la fois (visuelle, vestibulaire, somesthésique dont proprioceptive). Pour maintenir le corps en équilibre, le SNC doit réaliser les transformations appropriées et coordonnées de ces informations, et générer en permanence les réponses musculaires adaptées (e.g. 1,2).

Parmi les troubles posturaux, ceux purement fonctionnels existent, incluant un très grand nombre de patients sans diagnostic anatomo-clinique précis, notamment en présence de douleurs chroniques non spécifiques. Pour la grande majorité de ces patients, une hétérophorie verticale (HV) est présente (objectivée par le test de Maddox), c'est-à-dire une déviation latente de l'axe visuel vers le haut ou vers le bas lorsqu'on dissocie les images rétinienne, déviation annulée par les mécanismes de vision binoculaire. En dehors de troubles neurologiques ou vestibulaires, ou encore de réactions, la présence d'HV indiquerait l'existence de conflits sensoriels somesthésiques ou une intégration neurologique centrale non optimale de ces signaux, perturbateurs du contrôle moteur et pouvant mener à la douleur en cas de persistance (voir 3,4). Des études cliniques rapportent que des manœuvres spécifiques (e.g. au niveau des ATM, ou encore du bassin) sont efficaces sur ces HV en les annulant, et diminuent significativement l'intensité des douleurs (e.g. 5,6). L'impact a également été observé sur la normalisation de tests cliniques qualitatifs d'équilibre, de mobilité rachidienne et articulaire périphérique, donc la réduction des asymétries toniques posturales, restant à évaluer précisément. De nombreuses techniques enseignées dans différentes méthodes (e.g. kinésithérapie proprioceptive, ostéopathie, chiropractie, et autres techniques manuelles – ayant pour certaines maintenant intégré pour partie cette approche originale) permettent ce constat : ce qui caractérise cette approche « posturale » est le fait que la disparition de l'HV indique la (ou les) région(s) à traiter en priorité. Et dans bien des cas, l'approche pluridisciplinaire (i.e. impliquant médecins de différentes spécialités, dentistes/stomatologistes, podologues, orthoptistes, thérapeutes manuels, etc...) s'avérera nécessaire pour la stabilité des résultats, l'intérêt des individus, et tout ce qui s'y rattache...

Cet atelier, basé sur ces différents points tant fondamentaux que cliniques, proposera cette investigation.

1) Nashner LM (1976) *Exp Brain Res* 26: 59-72; 2) Ivanenko YP et al. (1999) *J Physiol* 519: 301-14; 3) Matheron E & Kapoula Z (2008) *Clinical Neurophysiology* 119 : 2314-20; 4) Matheron E & Kapoula Z (2011) *PLoS ONE* 6, e18110; 5) Matheron E (2000) Hétérophories verticales et normalisation myotonique. *Kinésithér Scient* 34 : 23-8; 6) Matheron E et al. (2005) In : *Bipédie, contrôle postural et représentation corticale*, pp 213-20.

Remarque : Les dernières études menées sur la douleur chronique non spécifique, les HV et le contrôle postural, ont été primées par l'International Society for Posture and Gait Research (<http://www.ispgr.org/>) en 2009"

Atelier 11 Conférence	Les fondements de la posturologie selon l'École de Lisbonne Dr Orlando Alves Da Silva, Ophthalmologiste, Ecole de posturologie de Lisbonne
--	---

Résumé

Le concept de posturologie selon l'école de Lisbonne sera développé avec l'abord proprioceptif des troubles posturaux. Les concepts de Proprioception et Système Neurologique Lent de Base Proprioceptive seront mis en confrontation.

La stratégie de diagnostique, traitement et contrôle thérapeutique utilisée par l'École de Lisbonne sera référée et exemplifiée.

Les rapports entre posturologie et cognition seront mis en évidence ainsi que l'efficacité des traitements sur les troubles d'apprentissage. Des vidéofilms concernant des s cas cliniques réels seront présentés.

Atelier 12	La réalisation d'une gouttière occlusale et posturale Indications et méthodologie Dr M. Clauzade, Chirurgien Dentiste Occlusodontiste
-------------------	---

Résumé

Cette table clinique présentera en direct sur un patient les examens cliniques (anamnèse, palpation et cinématique mandibulaire), les examens dentaires spécifiques (montage en articulateur, axiographie) et posturaux (tests et stabilométrie) nécessaires au diagnostic et à la réalisation d'une gouttière occlusale de repositionnement mandibulaire. Le travail pluridisciplinaire associé sera discuté et un diaporama des solutions de stabilisation dentaire après la phase de la gouttière sera présenté.

Atelier 13	Ventilation orale et déglutition dysfonctionnelle <i>Dr J.L. Ouhioun, Dr F. Froger, Orthodontistes</i>
-------------------	--

Résumé

Quelles en sont les conséquences sur le développement dento-maxillo-facial, sur la posture céphalique et sur celle du tronc ? Comment apprendre à en reconnaître les signes ? Quelles thérapeutiques mettre en place ?

Atelier 14	Mesure et enregistrement postural (atelier en 2 parties)
-------------------	---

1) Posturologie analytique – Bilan et perspectives

M. Ouaknine, Ingénieur

Résumé Partie 1

Enregistrements en situation « normale » et perturbée (vibration, stimulation électrique mastoïdienne, ...), mise en corrélation des activités anti-gravitaires EMG soléaires (électrodes de surface), des excursions du CdeP (plateformes statiques et dynamiques) et des mouvements segmentaires du DdeM ou de la tête (accéléromètres). Bilan et perspectives.

2) Dépistage biomécanique appliqué au golf. Enregistrement des appuis couplé à l'analyse vidéo : mesures, bilan et solutions

Mathias WILLAME, F.F.Golf, Kinésithérapeute Fédéral National

Résumé Partie 2

La posture et l'équilibre sont à la base du geste golfique. Pour les joueurs de tous niveaux, les contraintes biomécaniques et physiologiques engagées durant un swing doivent être prises en compte pour progresser et pour éviter toute blessure ou douleur chronique conséquente.

Cet atelier aura pour but de présenter un concept novateur à destination des professeurs de golf ou des kinésithérapeutes qui encadrent les joueurs professionnels ou amateurs.