

CONFERENCE DE CONSENSUS DE L'AFREK
13 NOVEMBRE 1998

PRISE EN CHARGE KINESITHERAPIQUE DU PATIENT LOMBALGIQUE

Les Techniques de Type Mézières

RAPPORT D'EXPERT

*MICHAËL NISAND
MASSEUR-KINESITHERAPEUTE D.E.
RESPONSABLE D'ENSEIGNEMENT
A L'UNIVERSITE LOUIS PASTEUR*

«Plus de 90% de l'énergie produite par le cerveau est employée à maintenir la relation du corps physique avec son champ de gravitation. Plus une personne est mécaniquement déformée, moins elle dispose d'énergie pour la pensée, le métabolisme et la guérison.»

Dr. Roger Sperry

Ph.D. Prix Nobel de Recherche sur le Cerveau

RESUME

1. LA LOMBALGIE

La lombalgie commune reste une énigme à bien des égards. Son histoire naturelle, sa nosologie et son étiologie sont actuellement inconnues ; son évolution habituelle est mal connue ; il n'existe aucune étude clinique systématique sur les modes d'installation des épisodes douloureux ; les facteurs déclenchant des récurrences, restent inconnus, ce qui rend ces dernières absolument imprévisibles ; les lombalgies chroniques ne représentent qu'une proportion limitée (5 à 15%), mais elles sont un enjeu de santé publique de premier plan; les voies de passage à la chronicité sont inconnues; le seul élément diagnostique est la douleur, mais aucun des indices existants, n'a été validé à ce jour; il n'y a pas d'accord sur la description, comme sur l'explication des symptômes de la lombalgie commune.

Au total :

Les pays industrialisés reconnaissent aux lombalgies communes un statut de « Problème prioritaire de santé publique », mais la communauté scientifique internationale admet que les causes anatomiques et physiopathologiques des rachialgies communes restent mal connues.

La lombalgie n'est donc qu'un symptôme; une maladie aux multiples facettes, sans étiologie connue, sans méthode-diagnostic validée, pour laquelle les investigations para-cliniques n'apportent aucune aide.

Les stratégies thérapeutiques revêtent un caractère erratique qui rend toute validation scientifique improbable : comment élaborer une thérapie pour maladie dont on ne connaît ni la nature, ni la cause ? C'est ainsi que le kinésithérapeute hésite entre des traitements hétéroclites et contradictoires, si bien qu'à ce jour, aucune technique ne peut se targuer de résultats significativement favorables (validés). Il en est de même pour les "techniques Mézières".

2. LES TECHNIQUES DITES « MEZIERES »

Elles sont issues des travaux d'une kinésithérapeute française Françoise MEZIERES. Mais, que ces écoles le souhaitent ou non, elles sont amalgamées, dans une sorte de tronc commun, "les techniques Mézières".

L'évolution de ces techniques est à ce point divergente que l'observateur extérieur a bien souvent du mal à en déceler la source : de la définition d'une chaîne musculaire au principe thérapeutique, en passant par les modalités d'application, tout est différent d'une technique à l'autre.

Ces techniques ne sont donc pas comparables et leur amalgame est préjudiciable. C'est abusivement que certaines d'entre-elles continuent à se réclamer du nom d'une femme qui ne l'aurait pas souhaité.

Pour l'ensemble de ces techniques, nous n'avons pu retrouver aucune publication faisant état de résultats validés.

Il convient de distinguer un cas particulier : la Reconstruction Posturale.

Issue, elle aussi, des travaux de Françoise MEZIERES, elle se distingue par :

- un enseignement universitaire.

- une conception neuro-musculaire (versus plastique¹) de son hypothèse pathogénique et de son outil thérapeutique : le reconstruteur recherche la normalisation du tonus des muscles concaténés.
- la recherche des "compensations" (réponses évoquées) comme argument de validation.
- un bilan de début de traitement rigoureux.
- un début de traitement précoce, du fait de la systématisation du travail à distance de l'objectif thérapeutique.
- un début de validation des résultats.

MOTS CLEFS : *lombalgie ; Mézières ; chaînes musculaire ; reconstruction posturale ; tonus postural ; étirement musculaire ; contraction inductrice ; réponse évoquée.*

STRATEGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

- **Recherche automatisée**

Les mots clefs suivants ont été utilisés : Mézières, rééducation globaliste, étirement et rachis.

44 références ont été obtenues par ces interrogations (toutes recherches confondues avec possibilité de redondance).

- **Recherche manuelle**

Les sommaires des revues suivantes ont été dépouillés sur les dix dernières années : Kinésithérapie Scientifique; Kiné Plus ; les Annales de Kinésithérapie

Des articles ont été choisis, pour leur intérêt et leur rapport avec le sujet, dans les actes de congrès et les revues suivantes :

Impact médecin

La lettre du médecin rééducateur

Les assises internationales du dos. Grenoble,

Space and environmental medicine

La Recherche

Rhumatologie Pratique

Arthrorama - pharmascience

J. Réadapt. méd.

Kiné Actualité

SPINE

7° congrès annuel de la Société francophone d'étude de la douleur.

Bulletin de l'Association méziériste internationale de kinésithérapie.

Revue romande de physiothérapie.

Revue de Neurologie

La vie naturelle

Le concours médical

- *Un courrier a été adressé (Cf. : Annexes I, II et III) aux responsables de formations pour les techniques globalistes, posturales et gymniques (liste communiquée par la Charte de Qualité : FIF-PL) : une seule réponse a été obtenue.*

62 articles, 7 livres et 9 mémoires ont été sélectionnés pour leur intérêt scientifique et/ou leur représentativité quant au thème traité. Ces documents ont été analysés et 43 références ont été utilisées pour l'élaboration du texte (Références appelées dans le texte).

LES TECHNIQUES MEZIERES, LEUR APPLICATION AU PATIENT LOMBALGIQUE

1. PREAMBULE

1.1. Les lombalgies

1.1.1 En terme de coût

1.1.1.1. En France

Des chiffres impressionnants mais étrangement divergents :

- Au premier rang des affections limitant l'activité avant 45 ans et au troisième rang de celles-ci entre 45 et 64 ans, selon Rosenberg et Kœger (1).
- Au troisième rang des motifs de consultation en médecine libérale avec 18 millions de consultations en 1992 (pour un total de 213 millions, tous motifs confondus) (2).
- 20% des accidents du travail, selon M. VIGUIER (3) et 7% des arrêts maladie (mais 13% selon Rosenberg et Kœger) : une facture sociale lourde, des remèdes mal évalués.

— Dans le cadre de l'assurance A.T. : 110.000 accidents du travail avec arrêt d'activité : perte annuelle : 3,6 millions de journées de travail. Coût annuel total des lombalgies au travail : 3,5 milliards de francs (1).

— Pour le régime d'assurance maladie (en 1990) :

- 5,8 millions de consultations : 1 milliard de francs;

- 2,5% des médicaments prescrits en secteur libéral, soit 2,7 milliards de francs;

- 20% des prescriptions de rééducation fonctionnelle;

Soit, au minimum, 7 à 9 milliards de francs dans le cadre de l'assurance maladie. Additionnés à la dépense dans le cadre de l'assurance A.T., on atteint le chiffre impressionnant de 11,5 (± 2) milliards de francs par an en France pour les lombalgies. A titre indicatif, ce chiffre était de 9 milliards en 1990 (4). Il y a donc tout lieu de penser que ce chiffre est en croissance rapide. Et ce chiffre ne correspond qu'aux dépenses de soins. Il méconnaît l'ensemble des dépenses virtuelles liées à la perte de productivité, mais aussi, et surtout, à l'altération de la qualité de la vie des patients (1).

Par ailleurs, il faut souligner que l'aspect approximatif de ces chiffres est, pour une bonne part, lié au fait que, **en France, en septembre 1998, hors accidents du travail, la catégorie ou l'entité « lombalgie » n'existe pas en tant que telle, ce qui confère, de facto, à l'épidémiologie des lombalgies un caractère artisanal.**

1.1.1.2. En Amérique du Nord

Quatre américains sur cinq se plaindront au moins une fois dans leur vie d'un épisode de lombalgie. Deuxième motif d'absentéisme au travail, apr-

ès le simple rhume et deuxième cause de consultation médicale. Cent millions de jours d'arrêt de travail par an.

D'après le National Safety Council, le coût total estimé entre \$ 30 et 60 milliards par an.

Mais d'après Frymoyer et coll., (2). les coûts directs du mal de dos aux USA, en 1990 est de \$ 24 milliards, soit plus de 120 milliards de nos francs, pour une population à peine quatre fois plus importante.

Selon le Business Insurance Safety Publication, après un an d'arrêt de travail, 25% seulement des patients seront capables de reprendre leur travail. Après deux ans, le pourcentage de reprise est nul (5). Pourtant ces pourcentages impressionnants, qui sont à l'origine des initiatives vigoureuses de reconditionnement au travail, qui bien souvent tiennent lieu de thérapie, sont à tempérer par les chiffres de Rosenberg et Koeger. Selon eux, l'évolution vers la chronicité paraît faible : 2 à 5% du personnel hospitalier victimes d'une lombalgie au cours du travail sont encore en arrêt de travail après un an. **L'avantage dont pourrait se targuer une méthode de rééducation en prétendant réduire ou éviter la chronicité doit donc être rapporté à ces pourcentages.**

Les données collectées par l'American National Center for Health Statistics révèlent que le nombre d'Américains touchés par le mal de dos a augmenté de 168% entre 1971 et 1988. Ceci sur fond d'automatisation des activités manuelles les plus pénibles et d'amélioration des paramètres ergonomiques. **Cette statistique étonnante infirmerait certaines des hypothèses étiologiques avancées pour cette pathologie, qui font appel à la pénibilité des efforts professionnels. En revanche cette même statistique aurait tendance à confirmer le lieu commun de cette fin de siècle qui voudrait que le mal de**

dos soit « le mal du siècle ». Mais nous reviendrons plus loin sur cette interprétation de la maladie.

1.1.1.3. Dans les pays industrialisés

On estime que 60 à 90% de la population adulte souffre, ou a souffert d'au moins un épisode de lombalgie. On remarquera que la fourchette est large ce qui augure, à cette échelle aussi, de moyens épidémiologiques artisanaux. Ce qui n'est pas le moindre des paradoxes compte tenu de l'importance de l'enjeu en terme de santé publique et des dépenses engendrées par ce qui apparaît dès lors comme un véritable fléau.

1.1.2. Prévalence

La quantification de la morbidité par lombalgie est difficile, une grande partie des lombalgies n'incapacitant pas durablement les malades : 50% des épisodes lombalgiques durent moins d'une semaine, 90% moins d'un mois.

De nombreuses études se sont attachées à dégager des facteurs de risque:

- le sexe ne semble pas être une variable discriminante
- l'âge exerce une influence modérée : les rachialgies à l'école ont un début précoce, entre 8 et 12 ans, et sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Les études actuelles font état de prévalences proches de celles constatées dans les populations adultes. Dans ces dernières, le pic de déclaration des premiers épisodes douloureux se situe dans la tranche d'âge des 20-30 ans. Cette

précocité des premiers symptômes empêche de considérer les lombalgies comme une pathologie strictement dégénérative.

- aucune association n'a été notée avec l'existence de troubles de la statique (scoliose, hyperlordose, inégalité de longueur des membres inférieurs), des séquelles d'épiphysite de croissance, des anomalies transitionnelles, l'existence d'un spina bifida occulta, **ce qui semble infirmer certaines hypothèses pathogéniques que l'on pourrait qualifier de « morphologiques », comme celle de F. Mézières, pour qui « ce qui est beau fonctionne bien ».**

- les résultats concernant la taille et l'obésité sont contradictoires, **ce qui infirme en partie les théories impliquant la gravité dans l'origine de la lombalgie.**

- le rôle de l'hérédité n'a pas été démontré, pas plus que celui de l'activité physique hors du travail (sport, jardinage, etc.).

En revanche

- certaines études ont identifié le tabac comme étant un facteur de risque, de même que les grossesses.

- les facteurs socioculturels sont, de l'avis de tous, infiniment complexes à analyser.

- en milieu professionnel, il a été mis en évidence que les lombalgies sont plus fréquentes dans des populations exposées à des facteurs de risque spécifiques : efforts de soulèvement, ports de charge, postures contraignantes ou prolongées, exposition à des vibrations du corps entier (1) ou à un stress soutenu. Il faut souligner ici que ces constatations sont en inadéquation avec celles de l'American National Center for Health Statistics (citées en 1.1.1.2.).

- par ailleurs, il est incontestable que certaines conditions psychologiques peuvent jouer le rôle de facteur déclenchant de la lombalgie ou obérer sa guérison. A telle enseigne que des tests psychologiques approfondis ont été intégrés comme condition, sous forme de « pré-tests », à l'admission des patients dans les centres de « reconditionnement à l'effort » comme le P.R.I.D.E. Center de Dallas (5). Ceci, en dépit de ce qu'un tel pré-requis va à l'encontre des règles les plus élémentaires qui conditionnent une étude dite objective.

La dépression jouerait un rôle actif dans la chronicisation en amplifiant la perception des douleurs. De même, un comportement « rapide », « pressé » dans le travail, a été identifié comme étant un facteur de risque. **Le stress apparaît donc, incontestablement, comme l'un des facteurs de risque les plus importants.**

1.1.3. Histoire naturelle

L'évolution habituelle est mal connue si l'on excepte un point : la durée des épisodes aigus.

— Dans le cas des lombalgies aiguës, les épisodes sont de courte durée (entre quelques heures et trois semaines selon l'INSERM) et sont naturellement résolutifs. **Ceci rend problématique toute corrélation entre l'application d'une thérapie donnée et la sédation de l'épisode douloureux.** C'est cette durée, variable mais brève et relativement peu coûteuse pour la société, qui fait dire à l'INSERM que les lombalgies aiguës, contrairement à ce qui est habituellement écrit, ne représentent pas un problème de santé publique.

A cela on peut objecter que les épisodes de lombalgie aiguë sont souvent récidivants, comme l'atteste l'étude de Dillane et coll. (6) portant sur deux groupes de femmes âgées de 40 à 50 ans, suivies sur 10 ans et qui donne les résultats suivants : 72% des femmes présentant une lombalgie au début de l'étude et 24% des femmes initialement asymptomatiques, ont développé au moins un épisode, d'une durée supérieure à deux semaines, pendant les dix ans qui ont suivi (2). Ceci corrobore une récente enquête suédoise qui a montré que 60% des épisodes de lombalgie répertoriés sur une période de deux ans correspondaient à une récurrence (1). Cependant **les facteurs déclenchant des récurrences, restent inconnus, ce qui rend ces dernières absolument imprévisibles**, comme le souligne DE MAUROY (12). Ainsi, par exemple, on ne connaît pas la proportion de rachialgies qui apparaissent à la suite d'un faux mouvement ou d'un effort inhabituel ni celles qui apparaissent progressivement.

Ceci ouvre la voie à des théories comme celle du chaos, faisant appel à des notions de météorologie : *« Il est impossible de prévoir la survenue d'une lombalgie, l'analyse stochastique¹ aboutit à une impasse. La lombalgie évolue avec des seuils et peut provoquer une instabilité ou « turbulence » en langage chaotique. C'est l'instant mystérieux où, à partir d'un seuil, le système ordonné devient chaotique »* (12).

— En revanche, on reconnaît aux lombalgies chroniques et invalidantes des conséquences socio-économiques majeures. Bien qu'elles ne représentent qu'une proportion très limitée des lombalgies prévalantes (5 à 15%) et que **les**

voies de passage à la chronicité soient à ce jour inconnues elles sont considérées comme un enjeu de santé publique de premier plan (2).

L'étude de Spengler et coll., chez Boeing, montre que 10% des plaintes pour « mal de dos » représentent 79% de la dépense pour cette pathologie. Quand on sait que les plaintes pour « mal de dos » sont trois fois supérieures aux autres plaintes, on comprend que les rachialgies et tout particulièrement les lombalgies « chronicisées » soient devenues l'un des enjeux essentiels de la santé publique des pays industrialisés.

Or, ceci contraste singulièrement avec les moyens mis en place pour cerner ce problème sur le plan du dépistage et de l'étude épidémiologique, et surtout avec les connaissances que l'on a pu accumuler sur cette (ou ces) pathologie(s).

1.1.4. Etiologie, nosologie et diagnostic

On parlera de « lombalgie commune » pour désigner les douleurs situées entre D12-L1 et L5-S1, ne relevant pas d'une cause organique majeure, infection, tumeur, rhumatisme inflammatoire ou affection métabolique (2). Il s'agit de 95 à 98% des cas de lombalgies communes. Ces dernières représentent la très grande majorité (plus de 2/3) des plaintes pour rachialgies.

On remarquera d'emblée que **le seul élément diagnostic est la douleur**, laquelle, comme chacun le sait est subjective. De plus, comme le font remarquer Spitzer et coll. (2), le manque de spécificité de cette douleur fait qu'il est souvent difficile d'en apprécier la source précise.

Par ailleurs, si la douleur est quantifiable par des échelles verbales ou des échelles analogiques, il est à noter **qu'aucun des indices établis pour les douleurs du rachis n'a été véritablement validé à ce jour** (2).

A la définition de la lombalgie commune vient s'ajouter la notion de temps qui permet la classification en :

- rachialgie aiguë : accident douloureux paroxystique d'une durée inférieure à 7 jours, avec ou sans irradiations dans les membres inférieurs.
- rachialgie subaiguë : 1 à 12 semaines (1 à 7 pour les anglo-saxons).
- rachialgie chronique : durée supérieure à 12 semaines (7 pour les anglo-saxons) avec récurrence de la symptomatologie douloureuse.

Mais il faut souligner que l'accord est loin d'exister sur la description, comme sur l'explication de ces différents symptômes (2).

En ce qui concerne l'étiologie, trois hypothèses sont habituellement avancées :

1.1.4.1. Des douleurs d'origine musculo-ligamentaires,

Mais comme le soulignent Borget et Bergé (7), **le rôle alloué à la musculature paravertébrale dans l'apparition et l'entretien de la douleur lombaire chronique n'est pas clairement établi**. Par ailleurs, le fait que ces douleurs apparaissent chez certains individus (et pas chez d'autres) reste inexplicable et le facteur déclenchant demeure mystérieux. D'autre part, la question de savoir quelle est la structure, à l'intérieur du muscle ou du tendon, qui souffre, ou fait souffrir, n'en est qu'au stade des hypothèses. Autre point d'interrogation : le muscle souffre-t-il d'être trop faible (ce qui justifierait des

techniques de renforcement musculaire) ou trop « fort » (ce qui justifierait des techniques de relaxation) ?

1.1.4.2. Des douleurs liées à une anomalie des articulations entre les corps vertébraux

notamment des articulations inter-apophysaires postérieures. Mais de très nombreux travaux ont montré **l'absence de corrélation entre les anomalies anatomiques révélées par l'imagerie et la présence de douleurs vertébrales**. Ainsi, SPITZER et coll., cités par l'INSERM, rapportent que 20 à 30% des protrusions discales restent totalement asymptomatiques.

Une autre étude portant sur des sujets âgés de plus de 60 ans et ne souffrant pas du dos, a montré que 36% d'entre eux présentaient des images de hernie discale (2).

Et ceci est vrai dans l'autre sens aussi : nombre de patients se plaignent de lombalgies sans que l'imagerie ne puisse détecter quoi que ce soit d'anormal.

L'imagerie médicale peut ne montrer aucun signe spécifique, y compris dans le cas de la lombalgie chronique.

1.1.4.3. Des douleurs liées à la détérioration du disque inter-vertébral.

Ces dernières sont fréquemment mises en cause, surtout dans les lombosciatiques, ce qui peut conduire à un geste invasif dès lors que l'imagerie confirme un degré important de déplacement du nucleus pulposus.

Cette détérioration du disque s'expliquerait par :

- des faiblesses constitutionnelles. Ce que l'épidémiologie existante ne confirme pas.
- l'usure prématurée liée aux effets combinés du poids et de la gravité. Mais ceci est infirmé par l'existence de lombalgie chez l'enfant et chez les individus secs. Par ailleurs, la théorie de la gravité se trouve infirmée par l'existence de rachialgies importantes des spationautes en microgravité : sur 58 spationautes, 68% ont fait état de rachialgies et 28% les ont décrites comme modérées ou fortes (8).
- la sédentarité a été très fréquemment évoquée comme cause de dégénérescence discale en dépit des travaux, déjà anciens, des paléopathologistes qui révèlent que, dans des populations de nomades ayant vécu il y a plusieurs milliers d'années, une vertèbre sur trois présente des signes de dégénérescence (32 cas sur 86 squelettes de la population cromagnonide de Taforalt au Maroc).(9) ***Ces travaux devraient suffire, à eux seul, à tordre le cou, à la légende du « mal de dos, mal du siècle »*** (cf.: 1.1.1.3.).

Mais actuellement, comme le souligne G. RAJZBAUM (10), la communauté scientifique tendrait plutôt à penser que le mécanisme de la douleur dans les lombosciatiques n'est **pas univoque**. Mais s'agit-il là d'une manière plus adéquate d'envisager le problème des lombalgies, ou d'un constat d'échec dans la tentative de les comprendre, de les soigner ?

Une certitude : les phénomènes de compression ou d'étirement de la racine au contact du disque ne suffisent pas à expliquer les nombreuses lombosciatiques sans réel conflit disco-radicalaire. D'où les nouvelles théories qui font intervenir des mécanismes d'irritation inflammatoire au contact du disque, avec

l'intervention, de plus en plus fréquemment évoquée, de phénomènes chimiques dans la genèse de la douleur : la lombosciatique apparaît actuellement plus comme la résultante d'une **radiculite chimique associée à une compression mécanique**.

Le Professeur CHEVROT (Hôpital Cochin) va plus loin et conteste l'existence même du nucleus pulposus : dès l'âge de 10-15 ans, le ligament intervertébral (disque) se délamine en laissant apparaître une **cavité centrale, ce qui ne reflète pas du tout le concept classique de nucleus**. Plus de zone centrale gélatineuse individualisée, mais du tissu conjonctif très hydraté. Lors d'un traumatisme, l'anneau fibreux et les ligaments latéraux se déchirent, entraînant l'apparition d'une **tuméfaction locale** qui peut être comparée à celle d'une entorse de la cheville (11). On comprend mieux comment cette tuméfaction peut disparaître spontanément et pourquoi le repos est essentiel dans la phase aiguë. Cette conception novatrice, due à l'imagerie médicale, explique enfin les résultats contrastés des interventions chirurgicales.

Et pourtant, ces dernières années, à partir de données de la littérature et probablement aussi influencés par les contingences socio-économiques, les anglo-saxons ont élaboré des recommandations concernant la prise en charge de la lombalgie. Ces recommandations remettent en cause le dogme du repos absolu, en particulier, dans sa durée.

1.1.5. Au total :

Les pays industrialisés reconnaissent aux lombalgies communes un statut de « Problème prioritaire de santé publique », bien qu'ils aient du mal à en quantifier les conséquences.

La communauté scientifique internationale est d'accord sur le fait que les causes anatomiques et physiopathologiques des rachialgies communes restent mal connues ce qui fait dire au Pr. Alf NACHEMSON : *«Nous ne savons pas pourquoi les malades ont mal au dos, le prétendre est mentir»* (13)

Il n'existe aucune étude clinique systématique sur les modes d'installation des épisodes douloureux et l'ensemble des enquêtes épidémiologiques revêt un caractère artisanal.

La lombalgie n'est donc qu'un symptôme, mal défini, dans des publications nombreuses mais peu comparables ; une maladie aux multiples facettes, sans étiologie connue, sans méthode diagnostique validée, pour laquelle les méthodes d'investigation para-cliniques n'apportent aucune aide. Les facteurs déterminants du passage à la chronicité restent inconnus à ce jour, alors que cette dernière représente incontestablement, en matière de santé publique l'enjeu majeur, et ce, dans l'ensemble des pays industrialisés.

Dès lors comment s'étonner que les politiques thérapeutiques revêtent un caractère erratique quand ce n'est pas fantaisiste : *«La plupart des études sont entachées d'erreurs et rares sont les thérapeutiques qui fournissent honnêtement des résultats supérieurs à ceux de dame nature livrée à elle-même»* Pr. ALF NACHEMSON (13).

1.2. Le problème de la validation d'une technique

Le Pr. NACHEMSON insiste sur le fait qu'il existe très peu d'études randomisées qui permettraient de s'assurer de la valeur d'une thérapeutique. Il constate, par exemple, que c'est bien souvent une personne impliquée dans les soins qui est chargée d'évaluer la procédure. (13)

En fait on retrouve ce constat chez de nombreux auteurs :

« En 1987, le Quebec Task Force on Spinal Disorders a publié des instructions de prise en charge des troubles rachidiens consécutifs à une activité physique, sur la base de la force de la preuve scientifique. Le QTF a considéré que les expérimentations randomisées contrôlées (RCT) étaient la preuve scientifique la plus forte de l'efficacité d'une intervention. Cependant, non seulement le type d'étude mais aussi la qualité méthodologique de l'étude ont été évalués par le protocole. Environ 18% des 469 études sélectionnées par le QTF étaient des expérimentations randomisées contrôlées, et parmi celles-ci 56% ont été considérées comme étant de bonne voire très bonne qualité méthodologique. Selon le QTF, les expérimentations randomisées contrôlées bien menées n'ont révélé qu'un seul traitement efficace dans le traitement des lombalgies aiguës sur des sujets ne travaillant pas : le repos couché pendant moins de 2 jours et l'école du dos. Pas la moindre intervention thérapeutique n'a fait ses preuves dans le traitement de lombalgies chroniques.

Conclusion : *La qualité de la conception, de l'exécution et de l'établissement des rapports des expérimentations randomisées contrôlées devrait être améliorée, dans le but d'établir des preuves fortes de l'efficacité des différentes*

interventions thérapeutiques sur les douleurs lombaires aiguës et chroniques.
(14)

A ces incontestables constats d'insuffisance méthodologique, on peut avancer plusieurs raisons :

- les kinésithérapeutes, du moins en Europe, ne reçoivent pas une formation qui leur permet, ultérieurement de mettre sur pied des protocoles d'évaluation de traitement qui soient dignes de revues référencées comme *Spine*.

- ces expérimentations, qui ne peuvent s'envisager sans une logistique lourde, devraient être réalisées en milieu hospitalier. Or, hormis quelques exceptions, il apparaît que l'hôpital, au prise avec des préoccupations de rendement, a tendance à réduire le rôle du kinésithérapeute à celui de simple exécutant et n'est pas réellement propice, à l'heure actuelle, à ce genre d'initiative.

- de par sa nature, le geste kinésithérapique se prête mal aux études en double aveugle, ou à l'usage d'un groupe placebo de contrôle, qui sont la base des études randomisées contrôlées. (15)

- enfin, comment peut-on prétendre élaborer une thérapie pour une maladie dont on ne connaît ni la nature, ni la cause. C'est ainsi que, le kinésithérapeute hésite entre des traitements hétéroclites et contradictoires : repos couché ou réentraînement à l'effort, renforcement musculaire ou étirements, mobilisation ou verrouillage, exercices de Williams en délordose systématique, ou de McKenzie en lordose systématique. Margareta Nordin évoque une étude randomisée, en double aveugle de ces deux dernières techniques : l'étude des résultats et la validation statistique n'ayant pas permis de donner l'avantage à l'une ou à l'autre de ces deux techniques de soins. (13)

Concernant la conduite à adopter à l'égard du sport, la confusion est la plus totale : certains adoptent la formule des trois S de Dimeglio (Santé, Sport, Scolarité), d'autres, au contraire ne jurent que par le repos et l'économie de la zone lombaire. Certains interdisent les activités cyphosantes comme le tennis ou le crawl, alors que d'autres proscrivent les sports en extension.

Même les écoles du dos, qui semblent pourtant faire l'objet d'un consensus quant à leur efficacité à court terme, sont contestées par des personnalités scientifiques éminentes comme le Professeur REVEL :

« Le bénéfice apporté par les écoles du dos reste à démontrer mais il faut aussi, après plus d'un quart de siècle d'expérience, se poser la question en termes d'avantages/inconvénients de la pertinence de "l'économie lombaire" qui est l'un des aspects centraux des écoles du dos...

Il est surtout vrai que certaines tâches professionnelles sont pénibles pour tout individu en raison de leur monotonie, de leur faible rétribution et de leur cadence. Elles affectent cependant non seulement la région lombaire mais aussi tout le reste de l'appareil locomoteur et l'état psychologique. Les vraies mesures préventives sur les lieux de travail ne sont pas médicales, elles sont sociales et devraient porter dans l'idéal sur la réduction de la charge de travail, des cadences, et surtout sur la possibilité d'adapter et d'organiser son travail en fonction de son état de santé non seulement lombaire mais général. » (14.)

Pour douloureux que soit ce constat de carence, il nous faut reconnaître que la kinésithérapie, dans le domaine de la lombalgie, en est encore au stade de la médecine de Molière. L'arbitraire y règne et les recettes empiriques y sont monnaie courantes, Si bien qu'à ce jour, aucune technique ne

peut se targuer de résultats significativement favorables (validés) par rapport à l'évolution naturelle de ces symptômes. Il en est de même pour les "techniques Mézières".

2. LES TECHNIQUES DITES « MEZIERES »

2.1. Contexte historique

Les techniques dites « Mézières » sont issues des travaux d'une kinésithérapeute française Françoise MEZIERES (1909-1991).

F. MEZIERES enseigna son art dès la fin des années 50, et ce, jusqu'à sa mort en 1991. Elle estimait, vers la fin de sa vie, le nombre de thérapeutes ayant suivi ses cours à mille cinq cents.

Ce chiffre est approximatif et doit être tempéré par le fait que F. MEZIERES était réfractaire à toute idée de structuration de son enseignement : ni programme, ni évaluation des connaissances, ni même émargement des présentes aux cours.

Bien que Françoise Mézières ne cessa de le déplorer, il est indéniable que la seule condition à se dire "méziériste" était d'avoir payé son stage. Il n'est pas niable non plus que l'autonomase consistant à baptiser sa méthode de son nom, ainsi que le charisme dont elle était dotée, contribuèrent considérablement à établir une connotation sectaire à sa mouvance.

Comme une suite logique à cet état de choses, les écoles parallèles firent florès et ce, dès les années 60. En 1990, elle déclarait : *« Je m'indigne en voyant une multitude de kinésithérapeutes prétendre améliorer, voir enseigner*

ma méthode, alors qu'il y a fort peu de praticiens qui l'aient réellement assimilée » (16). Le phénomène s'amplifia considérablement après que le livre de Thérèse Bertherat, « le corps a ses raisons », qui lui consacrait un chapitre, eut connu un succès mondial sans précédent.

Parallèlement, de nombreuses méthodes nouvelles, dont la parenté avec la « méthode Mézières » était évidente, virent le jour. Ce succès démesuré ne manqua pas d'irriter les kinésithérapeutes qui se refusaient à céder à cette « mode irrationnelle pour une méthode empirique ».

Mais, bien qu'introduisant des idées intéressantes, les nouveaux formateurs se refusaient souvent à renoncer à l'appellation "Mézières", au motif qu'il "faut rendre à César ce qui appartient à César". Ceci en dépit des injonctions souvent tempétueuses (parfois procédurières) et de libelles féroces de F. MEZIERES, qui les accusait "d'abâtardir" son oeuvre (17) et d'utiliser son nom comme viatique.

Au début des années 80, Françoise MEZIERES fit protéger son nom par l'Institut National de la Propriété Industrielle, ce qui obligea les nouveaux laudateurs à trouver d'autres appellations, moins "porteuses". Mais ceux qui bénéficiaient de l'antériorité conservèrent ce viatique.

Au final, sept ans après la disparition de F. MEZIERES et concernant les techniques dérivées de ses travaux, on retrouve une situation hétérogène à l'intérieur de laquelle l'observateur doit distinguer plusieurs cas de figures :

- Des auteurs qui ne se réclament pas de F. MEZIERES, ne souhaitent pas l'amalgame, mais dont les techniques sont, à l'évidence, teintées par celle de Françoise MEZIERES, tant par le substrat théorique que par la pratique.

C'est le cas du RPG de Monsieur SOUCHARD, qui fut son assistant de nombreuses années.

- Des techniques dont les promoteurs ont assisté à des cours de Françoise MEZIERES et se déclarent volontiers en être la continuité, mais qui présentent des différences significatives, sur le plan théorique et pratique, d'avec l'enseignement originel. C'est le cas d'enseignements dispensés par de nombreuses associations comme l'association des méziéristes d'Europe, l'association méziériste internationale de kinésithérapie (AMIK), ou l'association des méziéristes du Nord.
- Enfin des techniques se réclamant de F. MEZIERES quant à leur origine mais qui prétendent avoir apporté des évolutions significatives sur les plans théorique et pratique, évolutions justifiant une appellation nouvelle. C'est le cas des "chaînes musculaires" de Madame STRUYFF-DENIS ou de Monsieur BUSQUET. Il est à noter que tous deux se trouvent être d'anciens élèves de F. MEZIERES. C'est aussi le cas de la Reconstruction Posturale.

Mais, que ces écoles le souhaitent ou non, elles sont intégrées, par le lander-nau de la kinésithérapie, dans une sorte de tronc commun, "les techniques Mézières", alors que bien souvent elles n'ont en commun qu'un précurseur commun qui a forcément marqué, peu ou prou, leur substrat théorique et leur pratique.

Avant d'aborder les "techniques Mézières", c'est-à-dire des techniques dérivées de la "méthode Mézières", il est nécessaire d'analyser cette matrice quant à ses principes, son contenu scientifique et ses résultats thérapeutiques.

2.2. Le paradigme¹ de la méthode dite "Méthode Mézières"

La "méthode Mézières" trouve son origine dans une observation datée de 1947. A ceux qui la taxaient d'empirisme², Françoise MEZIERES répondait que toutes les grandes découvertes étaient empiriques au départ et que ces observations pouvaient être qualifiées de scientifiques dès lors qu'elle répondaient à l'exigence de "reproductibilité universelle" et qu'elles étaient expliquées par des lois objectives³, ce qui était le cas pour sa méthode.

2.2.1. Observation et interprétations

De son observation princeps faite sur une patiente hypercyphotique, Françoise MEZIERES tira plusieurs interprétations:

- **"Il n'est que des lordoses"** : La cyphose n'est possible qu'au prix de l'accroissement des lordoses et n'en est que la conséquence. (18) La lordose est à l'origine de toutes les déformations acquises du rachis (quel que soit le plan) et des membres; elle est nécessitée par la station debout⁴ et par les mouvements de moyenne et de grande amplitude.

¹ Paradigme : ensemble des unités qui peuvent être substituées les unes aux autres dans un contexte donné.

² Empirique : issu de l'observation.

³ Objectif : qui ne dépend pas du sentiment.

⁴ Ceci en dépit de ce que la station debout ne nécessite aucun effort, comme le confirment

- **La lordose est mobile** et coulisse sur le corps "tel un anneau sur une tringle à rideau¹".
- **Les membres sont solidaires du tronc** et le creux poplité constitue, en dehors du rachis, une troisième concavité postérieure liée aux lordoses rachidiennes.
- **"Tout est compensation lordotique"** : la correction thérapeutique de la lordose, là où elle apparaît à l'examen du sujet, aboutit à ce qu'elle se reporte instantanément sur d'autres segments pendant la durée de l'exercice, pour réapparaître à son lieu de prédilection, dès la fin de celui-ci.
- **La lordose s'accompagne toujours de la rotation interne des membres.**
- **La morphologie thoracique est conditionnée par certains mouvements de la tête et des membres supérieurs.**
- **La lordose coexiste toujours avec le "blocage du diaphragme"** (en inspiration lors de efforts; sur la retenue de l'expiration, dans les conditions normales).
Au quotidien, *"il n'est pas de mauvaise respiration, il n'est que des respirations gênées"*. Et donc, *"la respiration ne se rééduque pas, elle se libère."*

2.2.2. L'explication.

2.2.2.1. Les lois

Les six "lois objectives" expliquant ces phénomènes ne furent énoncées qu'en 1984 (17).

— **Première loi : Les nombreux muscles postérieurs se comportent** comme un seul et même muscle.

Il convient de rappeler ici la définition précise, que donnait Françoise MEZIERES d'une chaîne musculaire¹ :

Une chaîne musculaire se définira comme étant un ensemble de muscles polyarticulaires et de même direction, qui se succèdent en s'enjambant comme les tuiles d'un toit.

Dans ces conditions, et dans ces conditions seulement, tous les éléments d'une même chaîne sont interdépendants. Cette définition semble avoir été passée "en pertes et profits" par la deuxième génération de "méziéristes".

— *Deuxième loi : les muscles des chaînes sont trop toniques et trop courts.* Il n'y a donc rien qu'il faille renforcer.

— *Troisième loi : Toute action localisée, aussi bien élongation que raccourcissement, provoque instantanément le raccourcissement de l'ensemble du système.*

La troisième loi est la condamnation rédhibitoire de toute tentative de travail analytique des chaînes au profit du concept de globalité, sur lequel nous reviendrons plus loin.

— *Quatrième loi : Toute opposition à ce raccourcissement provoque instantanément des latérofléxions et des rotations du rachis et des membres.*

Ces mouvements parasites induits seront appelés "compensations". Il ne peut être question d'étirement d'une chaîne musculaire que dans la mesure où celui-ci est global et que seront supprimées toutes les *compensations*.

— *Cinquième loi : La rotation des membres due à l'hypertonie des chaînes s'effectue toujours en dedans.*

¹ Comme on le verra plus loin, il est bien rare que les écoles se réclamant de l'héritage de

— *Sixième loi : Toute élongation, détorsion, douleur, tout effort implique instantanément le blocage respiratoire en inspiration.*

2.2.2.2. Les blocs fonctionnels

A l'instar des paléontologistes, Françoise MEZIERES considère que l'appareil locomoteur de l'être humain peut s'envisager en deux zones ou blocs à l'intérieur desquels tous les éléments seront interdépendants.

- **Le bloc supérieur** comprend la tête, la colonne cervicale, la ceinture scapulaire et les membres supérieurs, la colonne dorsale jusqu'à T7.
- **Le bloc inférieur** c'est le rachis de T7 au coccyx, la ceinture pelvienne, ainsi que les membres inférieurs.

Le concept même des blocs oblige le thérapeute à envisager une pathologie donnée en fonction du bloc où elle se trouve située, et d'élaborer des postures qui, forcément ne seront pas analytiques, puisqu'au minimum, elles solliciteront, tout le bloc incriminé. Comme on le verra plus loin, seule la Reconstruction Posturale a intégré et exploité le concept des blocs.

2.2.2.3. Les chaînes musculaires

Les chaînes musculaires sont au nombre de **quatre** :

- **La chaîne brachiale** (mise en évidence par Françoise MEZIERES) s'étend de l'épaule à la face palmaire des doigts. Elle fait partie du bloc supérieur. Elle est composée de muscles fléchisseurs et de muscles pronateurs.

- **La grande chaîne postérieure** (mise en évidence par Françoise MEZIERES) s'étend de la base du crâne à la pointe des pieds et remonte sur la face antérieure de la jambe.
- **La chaîne antéro-intérieure** (mise en évidence par Françoise MEZIERES) fait partie du bloc inférieur. Elle est composée du diaphragme et du muscle psoas-iliaque.
- **la chaîne antérieure du cou** (mise en évidence par M. NISAND et incluse dans l'enseignement de Françoise MEZIERES à partir de 1983) composée de trois muscles situés sur la face antérieure des vertèbres cervicales et thoraciques hautes. Elle fait partie du bloc supérieur.

2.2.3. Le postulat pathogénique

Les quatre chaînes musculaires, sous l'effet conjugué de la station debout et des mouvements de moyenne et grande amplitude, ne vont cesser de se raccourcir. Ce faisant, elles vont déformer le corps, l'éloigner de sa forme parfaite d'origine (parangon), à l'instar d'un arc dont on raccourcirait la corde.

- Du fait que les chaînes sont essentiellement postérieures, la déformation principale sera la lordose. Mais, de par leur disposition anatomique, elles pourront déformer le corps dans les trois plans de l'espace.

- Du fait qu'elles s'étendent d'un bout à l'autre du corps, elles déformeront les membres aussi bien que le rachis et pour les mêmes raisons.

Or, "ce qui est beau fonctionne bien" et une morphologie proche du parangon est garante du bon fonctionnement. **Pour Françoise MEZIERES, la forme condi-**

tionne la fonction et la douleur est à envisager comme un signal d'alarme d'une déformation qui aurait atteint son seuil d'acceptabilité.

Cette hypothèse pathogénique, en l'état, n'est pas applicable à la lombalgie, dont on a vu qu'aucune association n'a été notée avec l'existence de troubles de la statique. (cf. 1.1.2.) .

- Mais on ne peut pas passer sous silence un concept essentiel inventé par Françoise Mézières et qui semble aller dans le sens des recherches actuelles sur la douleur : **le réflexe antalgique a priori**. (19) Françoise Mézières écrit : *Il s'agit d'automatismes de défense contre une douleur occulte, que le comportement normal ferait surgir dans une région précise, éloignée de celle reconnue comme altérée, et sans rapport avec cette dernière.* Ce concept rend compte de la complexité de l'organisation de la réponse au stimuli nociceptif, en particulier dans les cas où il ne s'agit d'un signal d'alarme, douleur utile. Ce qui est le cas dans la lombalgie.

- A l'exception des traumatismes, **les articulations et les ligaments passifs ne sont que les victimes** des rétractions musculaires et des dysmorphismes qu'elles engendrent. Les DIM, par exemple, ne seraient que des conséquences (si l'on excepte leur éventuelle origine traumatique.)

2.2.4. Le principe thérapeutique

Le traitement consistera à allonger les chaînes musculaires :

"Quel que soit le cas, les groupes lordosants et rotateurs internes seront toujours à allonger en sollicitant leurs antagonistes dans un travail actif et global. La liberté du diaphragme est à observer sévèrement pendant les exercices,

ainsi que la parfaite mise en place de tous les segments qui doivent être très précisément axés." (18)

La notion de "globalité" est très présente dans le paradigme de Françoise MEZIERES. Et pourtant, dans la conclusion de son livre "originalité de la méthode Mézières", elle s'insurge : *"Ma méthode n'est pas globale parce qu'elle ne vise pas à exercer tout et n'importe quel muscle. Mais elle vise à réaliser la tension intégrale des chaînes."*

2.2.5. Le principe actif

"Les chaînes ne se peuvent s'allonger que par contraction isométrique, ou statique excentrique" (17)

Pendant de nombreuses années, Françoise MEZIERES a parlé, concernant son outil de travail de **"contraction isométrique excentrique"**. Ce concept était en réalité très proche de celui de MITCHELL, aux Etats-Unis, au début du siècle : un ensemble de contractions isométriques en position d'allongement maximum d'un groupe musculaire. Mais PIERON et DUPRE (21) indiquent : *"Quant à l'étirement des muscles postérieurs, Mézières, dans son fascicule n'en parle pas, elle parle de contractions isométriques des chaînes, dans un but d'assouplissement... Techniquement, les postures proposées sont très intéressantes. par contre, sur le plan de l'analyse mécanique, il nous semble qu'il existe des lacunes importantes, voire des erreurs d'interprétation... En conclusion, il nous semble que la méthode Mézières est une excellente technique de régulation tonique posturale, mais qu'elle devrait être débarrassée d'affirmations, peut-être valables lors de sa création, mais qui mériteraient d'être reconsidérées."*

Il est incontestable que, pour Françoise MEZIERES, la formulation théorique de sa pratique, qui était essentiellement intuitive, était accessoire. En conséquence, chacun pouvait interpréter les manoeuvres à sa guise. Par ailleurs, cette indigence conceptuelle a été fort mal perçue dans les milieux scientifiques, d'où un rejet réciproque et durable.

On retiendra que la "méthode Mézières" consistait en postures tenues de longues minutes sur une respiration régulière, bouche ouverte en insistant sur le temps expiratoire. Ces postures, dont la pénibilité était bien réelle, permettaient de rechercher la forme idéale, dans l'alignement le plus correct possible de tous les segments afin d'éviter les "compensations". La méthode Mézières a été décrite par certains et à juste titre, comme **une chasse aux compensations**.

Au final, la plus grande partie des rééducations dérivant des travaux de Françoise MEZIERES, visent à restaurer la morphologie normale et, pour ce faire, proposent, comme moyen thérapeutique, un ensemble de postures correctrices d'étirement. Le thérapeute postule que, parce que maintenues longtemps (plusieurs minutes par semaine), ces postures actives ou passives, vont déboucher sur un gain durable de longueur musculaire. Cette démarche thérapeutique, qui n'est pas sans rappeler celle qui préside à l'élaboration des corsets et de certaines orthèses, est sous-tendue par une vision plastique de la correction morphologique. Cette conception plastique s'inspire du "fluage", utilisé dans l'industrie des macro-polymères.

Par ailleurs il faut indiquer que le postulat du raccourcissement des chaînes est contesté par des scientifiques de haut niveau. On retiendra l'intervention de E.VIEL : "*Parler constamment de chaîne postérieure, sans connaître la mor-*

*phologie et l'anatomie de ces muscles, me semble un peu osé. On ne peut pas comparer les muscles du rachis aux ischio-jambiers par exemple. Les ischio-jambiers contiennent 50% de tissu collagène qui est non extensible et non contractile, alors que les muscles du dos contiennent à peine 20% de ce tissu. Cela signifie que les muscles du dos ne sont jamais raides. Mais surtout cela veut dire, et il s'agit là d'une considération biomécanique de très grande importance, qu'un ligament, les ligaments du rachis ne peuvent se laisser étirer que d'environ 15% de leur longueur de repos, alors que la fibre musculaire, elle, se laisse étirer de 45% de sa longueur de repos. **Il est donc impossible d'étirer les muscles du rachis.** Quand on ressent une sensation de tension, ce sont les ligaments qui en sont responsables. "(23)*

2.2.6. Adjuvants, matériel et conseils d'hygiène de vie

Dans une "**Note à l'attention des patients**", Françoise MEZIERES précisait (cf. ANNEXE IV), en mars 1988 que

- le seul adjuvant à la "méthode Mézières" était le massage.
- le matériel est composé exclusivement d'un tapis, de sangles (dont elle ne se servait jamais) et de miroirs.
- les conseils d'hygiène de vie se résument à éviter les exercices de musculation, le yoga, dormir à plat ventre et le port de chaussures pointues ou à talons hauts.

2.2.7. Application au traitement des lombalgies

Il importe de mettre en tension l'ensemble du système des chaînes afin d'éviter les compensations.

Les postures sont variées et ne se réduisent pas, tant s'en faut, à la plus connue d'entre elles, qui se pratique, le patient en décubitus, les membres inférieurs en flexion, les malléoles à l'aplomb des trochanters.(22) Les postures se pratiquent essentiellement à partir de cinq positions de départ :

- décubitus dorsal
- décubitus dorsal, membres inférieurs en flexion
- assis, membres inférieurs adductés
- debout appuyé à un plan vertical
- debout en appui antérieur

Partant de ces positions de départ, la posture est constituée en fonction des dysmorphismes du patient et de ses moyens pour les protéger (habitus de compensations). Il n'existe donc pas de posture standard propre à une pathologie, aucune recette, mais quelques principes de base :

- la lordose étant incriminée, c'est elle qu'il faut réduire en priorité.
- la mise en tension des chaînes, en particulier de la grande chaîne postérieure doit être complète. Chaque posture implique donc l'ensemble du corps puisque les chaînes se prolongent jusqu'aux extrémités distales de membres.
- le maintien du rythme et de la liberté de l'expiration doit être rigoureusement respecté.
- la proprioception ne représente qu'un outil utilisé pendant les séances afin de rendre les postures plus précises. En aucun cas, la prise de conscience corpo-

relle n'a pour objectif l'instauration d'un nouveau schéma corporel plus favorable, la statique étant avant tout, du domaine des automatismes.

2.2.8. Posologie et contre-indications

Ce sont les mêmes contre-indications et la même posologie que pour les autres pathologies soignées par la "méthode Mézières".

Le rythme d'attaque du traitement est d'une séance par semaine. Les séances sont individuelles et durent approximativement une heure. Le patient n'a pas d'exercices à faire tout seul. Il est possible d'espacer les séances dès lors que le patient va mieux et surtout que sa morphologie commence à s'améliorer.

Les contre-indications sont :

- Les infections avec fièvre.
- Les trois premiers mois de la grossesse.
- Les processus néoplasiques.
- mais surtout, l'absence de motivation du patient.

2.2.9. Bilan et objectivation des résultats

Fondée sur la correction de la morphologie, la "méthode Mézières" évalue l'efficacité du traitement par la comparaison à un bilan morphologique de départ et à l'anamnèse.

Ce bilan morphologique est méticuleux et réalisé en référence à la forme morphologique idéale. Afin d'éviter le caractère aléatoire de la comparaison de différences parfois infimes à quelques mois d'intervalle, des photos sont ré-

alisées en position debout, pieds joints (afin d'être comparables). Il faut toutefois déplorer que, dans la pratique, le nombre de thérapeutes faisant un usage systématique de ces photos, est extrêmement limité.

2.2.10. Validation de la technique

Il n'existe aucune publication faisant état de d'expérimentations randomisées contrôlées.

A cela plusieurs raisons peuvent être avancées :

- la personnalité de Françoise MEZIERES, son esprit profondément anticonformiste l'ont toujours empêchée de "rentrer dans le moule" et de se plier aux exigences d'une publication scientifique. Il semblerait que cette problématique ait été reprise par ses suivants.
- ne l'eut-elle pas empêché qu'il aurait fallu des décennies, au rythme d'un patient par heure, pour réunir et soigner le nombre de patients nécessaires à une telle étude;
- ceci aurait pu être compensé par le nombre de thérapeutes pratiquant la "méthode Mézières", mais encore eut-il fallu que leurs modus operandi soient comparables. Or le caractère anarchique et déstructuré de l'enseignement a engendré une anomie au niveau des concepts et une hétérogénéité totale au niveau de la pratique des élèves.
- enfin le milieu hospitalier, dans lequel il est possible d'envisager des études sur des séries importantes se prête fort mal à la prise en charge de type individuel avec des séances longues

- la lombalgie est une symptomatologie et non une pathologie. Elle évolue sur de longues durées qui dépassent le cadre habituel de la prise en charge hospitalière.

2.2.11. La prise en charge

Les séances durant approximativement une heure et la convention n'offrant pas de possibilité de dépassement d'honoraires ou des secteurs d'honoraires libres, les élèves de Françoise MEZIERES, n'avaient d'autre choix que de se déconventionner ou de jongler entre les "dépassements pour exigences" et les "hors nomenclature". Cette situation est stigmatisée par J. BOUDOT (24) : *"Malgré les efforts de la Fédération qui citait cette situation comme exemple type à résoudre par un deuxième secteur tarifaire, le dossier n'a jamais pu avancer. Pire : les sections des assurances sociales des Conseils de l'Ordre des médecins ont à connaître régulièrement des plaintes des caisses contre les kinésithérapeutes méziéristes ayant résolu en dehors des règles la question des honoraires et des remboursements."*

Ce texte qui date de 1990 est encore tout à fait d'actualité.

2.3. Evolutions des "techniques Mézières"

C'est en reprenant, point par point, les éléments originaux de l'abord thérapeutique de Françoise MEZIERES, que l'on réalise la grande hétérogénéité des techniques que l'on classe abusivement dans la catégorie "Techniques Mézières". Ces éléments essentiels, Françoise MEZIERES les reprend dans la conclusion de son opuscule "Originalité de la Méthode Mézières" (17) :

A la différence de toutes les autres méthodes, ma méthode :

- *1° ne s'adresse qu'à l'élasticité musculaire;*
- *2° ne fait jamais de musculation;*
- *3° tient compte de la morphologie normale;*
- *4° n'exerce jamais l'inspiration;*
- *5° ne fait jamais d'exercice analytique;*
- *6° ne fait jamais d'exercice perpendiculaire à l'axe rachidien;*
- *ne s'adresse qu'au physique.*

J'ajouterai, de surcroît, qu'elle ne tient pas la pesanteur pour une ennemie mais pour une alliée;"

2.3.1. Blocs, chaînes et hypothèses pathogéniques

Si la notion de bloc est absente de la "littérature post-Mézières", il n'en est pas de même des chaînes : du fait que la définition donnée par Françoise MEZIERES d'une chaîne musculaire est généralement passée inaperçue, les auteurs ne se sont pas limités à quatre chaînes : leur nombre varie, en fonction des écoles, entre quatre et plus de vingt. Il s'agit de suites musculaires ou myo-

fasciales, ne présentant pas le recouvrement caractéristique en tuiles de toit. A cette différence notoire s'ajoutent des suites articulaires d'influence ostéopathique.

Il y a donc une incontestable évolution du concept de "chaîne musculaire".

- Pour G. STRUYF-DENYS, *"Les gestes chargés de psychisme chargent les chaînes musculaires et y déterminent une activité. Cette activité selon les modalités du geste et le schéma postural sera répartie d'une manière inégale et variable d'un individu à l'autre au travers de cinq paires de chaînes."* (25). Nous n'avons pas trouvé de définition pour ces dix chaînes musculaires.

- Pour certains comme J. PATTE, les chaînes apparaissent comme des "options possibles" pour des ensembles de muscles synergiques.

*"Ainsi en s'installant durablement, une chaîne musculaire entraînera des compensations et, par conséquent, des dysmorphismes et des pathologies. Biomécaniquement et de par leurs réseaux aponévrotiques, **les muscles ont donc la possibilité de s'agencer en chaînes.**"* (26) Et cet auteur décrit une chaîne cervico-thoraco-abdomino-pelvienne et ajoute des suites articulaires.

- Pour L. BUSQUET, les chaînes musculaires représentent « *des circuits en continuité de direction et de plan, à travers lesquels se propagent les forces organisatrices du corps* ». (27)

Rien que pour le rachis, il distingue : deux chaînes droites antérieures du tronc, deux chaînes droites postérieures du tronc, deux chaînes croisées antérieures du tronc et deux chaînes croisées postérieures du tronc. A cela il faut rajouter deux chaînes droites antérieures de la colonne cervicale, deux chaînes droites postérieures de la colonne cervicale deux chaînes croisées antérieures de la

colonne cervicale et deux chaînes croisées postérieures de la colonne cervicale. (28)

A ces seize chaînes, il faut rajouter celles des membres inférieurs qui sont au nombre de cinq : la chaîne statique, la chaîne de flexion, la chaîne d'extension, la chaîne d'ouverture, la chaîne de fermeture. (29)

- PH. SOUCHARD distingue des chaînes statiques et des chaînes dynamiques. Il décrit des "suites inspiratoires, antérieure du bras, postérieure et antéro-interne du membre inférieur". (30)

Chez ce même auteur, dans un autre article, on retrouve d'autres chaînes : la chaîne inspiratoire, la chaîne antéro-interne de l'épaule, la chaîne antéro-interne de la hanche, la chaîne supérieure de l'épaule, la chaîne latérale de la hanche, la chaîne antérieure du bras. (31) A chacune de ces chaînes Souchard fait correspondre des postures. (32)

- Pour la Reconstruction Posturale, la définition des chaînes musculaires n'ayant pas été révisée et, pour des raisons qui seront exposées plus loin, les quatre chaînes décrites par Françoise MEZIERES ont été conservées en l'état. Seule différence, deux d'entre elles ont été rebaptisées pour des raisons didactiques: la "grande chaîne postérieure" devient "grande chaîne corporéale postérieure" ; et la "chaîne antéro-intérieure" devient "chaîne antérieure des lombes".

On le voit, le concept de "chaîne musculaire", très précis au départ, s'est considérablement enrichi. Or, s'il existe un point d'accord entre toutes ces techniques, il se situe dans la responsabilité attribuée à la rétraction des chaînes (contestée par E. VIEL) dans les processus pathogéniques. Tous ces

auteurs, à l'exception de la Reconstruction Posturale, s'accordent à dire qu'il faut étirer les chaînes par des "postures globales d'étirement".

Mais, la définition des chaînes étant différente d'une technique à l'autre, ce ne sont pas les mêmes structures qui seront "étirées". Ces techniques ne sont donc pas comparables.

Par ailleurs, les auteurs ne précisent pas comment une rétraction musculaire est susceptible d'engendrer un phénomène algique, ce qui rend délicate l'application du principe d'étirement des chaînes au traitement de la lombalgie.

2.3.2. Principe thérapeutique, principe actif, adjuvants et matériel.

— A l'exception de la Reconstruction Posturale, les techniques dérivées des travaux de Françoise MEZIERES proposent d'étirer les muscles des chaînes. Ceci, en dépit de ce que nombre de recherches comme celles de Tardieu contestent la faisabilité de pareils étirements. (33)

Ces étirements, qui s'apparentent à des fluages permettraient d'agir au niveau du tissu conjonctif.(34) Ils se doivent d'être globaux et effectués sur le temps expiratoire¹.

— Mais pour J. Patté, le principe actif est un **"travail musculaire en isométrie excentrique"**, alors que pour Ph. Souchard, il s'agit d'une **"muscultation isotoni-**

¹ On retrouve pourtant des auteurs de l'AMIK qui préconisent des exercices d'apnée inspiratoire qui ont l'air en contradiction complète avec les principes de base de la "méthode

que excentrique" (31). D'autres sont plus difficiles à appréhender, tel L. BUSQUET : *"Les techniques utilisées sont essentiellement des techniques de relâchement et d'étirement...La compréhension apportée par l'analyse globale des chaînes musculaires permet de mettre en place un traitement personnalisé."* (28) . Nous n'avons pas trouvé d'information sur ce "traitement personnalisé" élaboré à partir d'une "analyse globale".

Les postures proposées sont très variées et semblent même parfois dépasser le concept traditionnel de "posture" : *"Il est important de mettre du rythme et du mouvement dans nos postures"* (34). Nous n'avons pas trouvé d'information sur ces postures mobiles.

Elles incluent désormais la posture en grenouille de Ph. SOUCHARD (reprise par l'AMIK¹ (ANNEXE V) (35) , les appuis occipitaux en position assise², les *"postures de base, dites au carré"*. (26)

B. OPHOVEN, dans le cadre d'un congrès de l'AMIK, propose des postures "doigts dans la bouche", une gymnastique oculaire et *"s'attache à l'observation des extrémités entre autres temporo-mandibulaires, ano-rectale bilatérale (?) dont les corrections sont partie intégrante de notre pratique."* (36). Le même auteur indique qu' *"il est nécessaire d'entretenir ces fonctions extrêmes que sont les courses internes"* et propose des exercices sur planche inclinée, des "roulés-boulés", de la gymnastique chinoise, de l'aïki-do et du yoga.

On découvre des concepts originaux comme le *"travail Mézières analytique"* sous la plume de J. Renauld de l'AMIK. (37)

¹ AMIK : association créée par Françoise MEZIERES en 1970 et dont elle a démissionné en 1982 (CF. ANNEXE V.)

² Cette dernière ayant été formellement déconseillée par Françoise MEZIERES (22),

La musculation fait son retour : *"On demande au patient de participer au mouvement et lui donne des exercices pour remuscler certaines parties du corps"*.

La proprioception ne se limite plus à un simple outil de travail durant les séances : *"Le patient va savoir, par lui-même, corriger sa position. En attendant le métro, en marchant dans la rue, au bureau, il va essayer de trouver un équilibre, la tête dégagée, les épaules relâchées, en appui symétrique sur les deux pieds, ça prend quelques secondes et ça devient vite une habitude entraînant une réorganisation du corps en profondeur, avec moins de contraintes et de tensions. On suggère aussi au patient de lâcher son diaphragme, ses épaules, son ventre, s'il est en colère, angoissé ou nerveux"*. (38)

On notera aussi que, pour pallier à des carences conceptuelles de Françoise MEZIERES, certaines techniques se proposent d'agir sur des "blocages d'énergie" et sur les fascias (34), sur "les tensions" d'origine musculaires, articulaires, viscérales et crâniennes. (29), et enfin sur le psychisme (25).

En fait, on retrouve ici les deux déviations habituelles qui, déjà du vivant de Françoise MEZIERES, et à son corps défendant, avaient tendance à teinter cette mouvance : ostéopathie et de psychothérapie, tendance "New age" : *"Le fait de libérer le corps dans toutes ses composantes, permet d'obtenir un lâcher prise du paraître, facilitant le mieux vivre et le mieux être"*. (34).

Concernant le matériel : des tables sophistiquées font leur apparition avec Ph. SOUCHARD et des planches inclinées, contentions souples, balles et coussins, (35) avec l'AMIK.

Les "séances de groupe" tentent même une percée officielle avec l'AMIK (Cf ANNEXE VI.).

2.3.3. Application au traitement des lombalgies

Les auteurs s'accordent à dire que chaque patient est un cas unique : *"La sciatique contractée lors d'un effort n'est en aucun cas comparable à la vieille lombalgie chronique, manifestations apparemment semblables, mais issues de causes différentes. Unique, nous sommes, uniques nous demeurons dans le domaine de la pathologie. Il faut soigner des malades et non des maladies."* (31)

J. Renauld l'affirme : *"C'est le patient qui induit le traitement et non le traitement qui impose au patient."* (37). Dans le cas de la lombosciatique commune avec discopathie, cet auteur propose *"Une manipulation douce qui pourra débloquer une sacro-iliaque, une lombo-sacrée fibrosée depuis trop longtemps"*.

En l'absence d'hypothèse pathogénique, les techniques dites " Mézières" ne sont, pas plus que les méthodes traditionnelles, en mesure de proposer un traitement spécifique aux lombalgies communes, ou au moins d'en ébaucher les principes de base.

2.3.4. Posologie et contre-indications

Concernant les contre-indications, exceptions faites de celles qui furent énoncées par Françoise MEZIERES (Cf : 2.2.8.), et de celles de la Reconstruction Posturale, nous n'avons pas trouvé d'information dans la littérature à notre disposition.

La posologie généralement recommandée est d'une séance par semaine. Mais, même sur ce sujet l'unanimité ne se réalise pas, puisque Ph. Souchard indique que ce rythme peut, le cas échéant passer à une séance par jour. (40)

2.3.5. Bilan et objectivation des résultats

Compte tenu de l'incertitude sur la nature même de cet ensemble de symptômes qu'est la lombalgie commune, il n'est guère étonnant de constater que ces techniques sont tout aussi démunies que les autres disciplines dans l'objectivation des résultats obtenus. Elles en sont réduites à écouter les plaintes de patients et à observer la "fluidité de leurs mouvements" (26).

On peut toutefois regretter que, issues d'une technique morphologique qui fonctionnait, chose originale, en référence à une morphologie précise, dite normale, l'évaluation des éventuelles améliorations morphologiques apparaisse comme le parent pauvre des publications consultées. Cette évaluation apporterait au moins un élément objectif au sein de l'incertitude des signes subjectifs qui caractérisent les lombalgies communes.

Ainsi ne retrouve-t-on que peu de mesures objectives (testing, Schober, goniométrie, etc.) et pas de radiographies. Les rares photographies rencontrées dans les publications, ne sont pas reproductibles et ne comportent pas de date.

2.3.6. Validation des techniques

Bien que les thérapeutes pratiquant des techniques issues des travaux de F. Mézières fassent état de bons résultats concernant la lombalgie et que ces techniques aient acquis une incontestable notoriété pour tout ce qui concerne le « mal de dos », on ne peut qu'être frappé par l'aspect polymorphe de l'évolution de ces thérapies, en termes de concepts et de techniques. Il n'est pas impossible qu'au delà d'une louable ouverture d'esprit (qui infirme la réputation sectaire dont on a affublé ces praticiens), la babélisation de cette mouvance de la kinésithérapie, témoigne d'un sentiment d'insatisfaction.

Nous n'avons pu retrouver aucune publication faisant état d'une étude randomisée contrôlée.

Nous n'avons pu retrouver aucune publication faisant état d'une étude sur plusieurs cas de lombalgies.

Nous n'avons pu retrouver aucune publication faisant état d'une étude sur un cas de lombalgie aiguë ou chronique, améliorée de manière objectivée.

2.4. Le cas particulier de la Reconstruction Posturale

La Reconstruction Posturale peut se définir comme étant un ensemble de techniques visant à rapprocher le patient de la morphologie normale par normalisation du tonus des chaînes musculaires. Elle est née en 1991 et son précurseur a été Françoise Mézières.

Elle se distingue :

- par une conception neuro-musculaire (versus plastique) de son hypothèse pathogénique et de son outil thérapeutique.
- par un enseignement universitaire.

Comme précédemment, les grandes lignes de cette technologie seront étudiées à travers les éléments importants de la méthode dont elle découle et à travers les résultats disponibles concernant la lombalgie commune.

2.4.1. Blocs, chaînes et hypothèses pathogéniques

2.4.1.1. Les chaînes

Les chaînes décrites par Françoise Mézières sont restées inchangées car il n'a été vérifié, à ce jour, aucun élément probant justifiant une modification : la notion de recouvrement en tuiles de toit prend toute sa valeur quand on sait que, dans un ensemble musculaire ainsi décrit, tout se passe comme s'il se produisait une augmentation spontanée, systématique et non linéaire du tonus musculaire.

2.4.1.2. Hypothèse pathogénique :

JESEL M. et coll. indiquent (41) : « *Les dysmorphismes acquis, et surtout leur aggravation progressive, que l'on observe fréquemment, seraient secondaires à une différence de répartition du tonus musculaire. L'excès de tonus concernerait essentiellement les muscles agencés en chaîne, qui de ce*

fait, ont une tendance au raccourcissement et en s'adaptant à leur nouvelle longueur, fixe une déformation donnée. »

Nisand M. ajoute (42) : *« Le raccourcissement musculaire est ainsi consécutif à l'augmentation du tonus. Il n'est donc pas la cause originelle des dysmorphismes. Par conséquent, faire de l'étirement musculaire une philosophie de traitement c'est encore faire du symptomatique. »*

Le tonus musculaire n'étant, dans l'état actuel de la science, pas mesurable¹, le kinésithérapeute reconstructeur évalue les fluctuations de ce tonus à travers les déformations morphologiques dont il est responsable. Les chaînes musculaires, au nombre de quatre (cinq, si on admet qu'il y a deux chaînes brachiales) ont trois « vocations » : postéro-flexion, latéro-flexion et rotation. Il arrive que deux chaînes soient antagonistes dans leur action, et donc dans les tendances aux dysmorphismes qu'elles engendrent par leur hypertonie. Cet antagonisme ne concerne en général qu'une ou deux de leurs vocations. Le conflit, dont l'expression consciente serait la douleur, s'éviterait donc grâce à l'apparition, ou à l'aggravation d'un dysmorphisme dans le ou les plans restants.

Exemple :

- la grande chaîne corporeale postérieure pourra, par son hypertonie, être responsable de l'augmentation de la lordose dorso-lombaire. Le sacrum nute et aura tendance à reculer.

- La chaîne antérieure des lombes pourra, par son hypertonie, être responsable de la projection en avant du bassin.

¹ Si le tonus n'est effectivement pas mesurable à l'EMG, il faut noter qu'il existe une manière indirecte de l'approcher et d'en évaluer les fluctuations : c'est le « réflexe H ». Des travaux sont actuellement en

Ces deux chaînes se trouvent donc être antagonistes quant à leur action sur le bassin dans le plan sagittal. Le conflit d'influences mécaniques résultant de cet antagonisme pourra être évité par l'exploitation d'une déformation dans l'un des deux autres plans, en latéro-flexion ou en rotation.

On notera qu'il n'existe que deux zones vertébrales qui soient prises en étau entre une chaîne en avant et une chaîne en arrière : la zone lombaire et la zone cervicale. Il se trouve que ces deux zones sont celles qui totalisent le plus grand nombre de lésions dégénératives, ainsi que de syndromes algiques.

La douleur, expression d'un conflit non résolu entre chaînes hypertoniques et antagonistes, n'apparaîtrait que dans les cas où aucune « déformation consensuelle » n'aurait pu être trouvée et exploitée.

Bien qu'il ne s'agisse que d'une hypothèse pathogénique, ceci pourrait fournir l'explication aux faits que :

- les scoliotiques, ne souffrent pas, ou très tardivement.
- il n'a été mis en évidence aucune corrélation entre les troubles de la statique et les lombalgies communes. (Cf. :1.1.2.)

2.4.2. Principe thérapeutique, principe actif, adjuvants et matériel.

2.4.2.1. Principe thérapeutique

Le kinésithérapeute reconstructeur aura pour objectif la normalisation du tonus des muscles concaténés¹, ce qui se traduira, en cas de succès, par la diminution des dysmorphismes et des algies éventuelles. Cette diminu-

tion sera donc, à la fois un objectif de traitement et un mode d'évaluation des résultats.

Le raccourcissement étant une conséquence des déséquilibres toniques, le kinésithérapeute reconstituteur ne cherchera pas à étirer les muscles raccourcis.

2.4.2.2. Principe actif

« la Reconstruction Posturale utilise une technique qui lui est spécifique, "la contraction inductrice à effet excentrant à distance". Il s'agit de contractions volontaires localisées, recrutées pour des mouvements de grande amplitude, induisant à distance (c'est à dire dans un secteur géographiquement éloigné), un excès de tonus musculaire (par facilitation), se traduisant par l'apparition ou l'augmentation d'un dysmorphisme donné, ensuite la correction de celui-ci, l'épuisement de l'excès de tonus provoquant l'effet excentrant recherché. (43)

Il n'y aura pas de "mise en tension" mais des "sollicitations" des chaînes musculaires.

En pratique, le kinésithérapeute reconstituteur, pour mettre en jeu cette « contraction inductrice à effet excentrant à distance », sera amené à choisir systématiquement des manoeuvres aggravantes des dysmorphismes existants. **Ce que Françoise Mézières appelait « compensation » et cherchait à éviter à tout prix (Cf. : 2.2.5.), est appelé « réponse évoquée » par le kinésithérapeute reconstituteur. Ces réponses évoquées sont recherchées par le**

kinésithérapeute reconstructeur, car elles signent la validité d'une manoeuvre.

« Il se produit un effet excentrant qui se situe à distance des contractions volontaires localisées inductrices réalisées initialement par le patient. La Reconstruction Posturale tend par conséquent à rétablir l'équilibre tonique entre les différentes chaînes musculaires. Ce rééquilibrage de la balance musculaire induira secondairement des remaniements structurels expliquant le caractère durable de la correction morphologique. » (41)

2.4.2.3. Adjuvants

La Reconstruction Posturale utilise comme adjuvants :

- une respiration de travail : uniquement durant les séances. Le temps expiratoire en est le temps actif. Ces expirations sont régulières, libres et profondes.
- des mises en tensions musculaires, en particulier autour de poulies de réflexion naturelles comme le bassin. Elles sont utilisées pour empêcher l'expression trop proximale (par rapport à la contraction inductrice) de la réponse évoquée. Car, en pratique, on constate que, plus la réponse évoquée se produira loin de la contraction inductrice, plus la manoeuvre sera efficace.
- des massages à visée lénifiante.
- des exercices proprioceptifs qui auront pour but de rendre les manoeuvres plus précises pendant les séances. Mais il n'est pas question d'apprendre au patient à se tenir droit : sauf à admettre qu'il faut "lutter contre la pesanteur"

grâce à des "muscles antigravifiques", il n'en a pas les moyens. Si les moyens, par un traitement pertinent, lui en sont donnés, le kinésithérapeute reconstructeur postule qu'il n'aura besoin de personne pour lui apprendre à se redresser. Le "travail à la maison" est formellement déconseillé aux patients : il est inutile, imprécis et peut être dangereux.

2.4.2.4. Matériel

La Reconstruction Posturale n'utilise aucun matériel . Un tapis et un coussin sont utiles pour ménager le thérapeute. Des miroirs latéraux s'avèrent d'une grande utilité.

2.4.3. Application au traitement des lombalgies

Pour comprendre la stratégie de traitement de la Reconstruction Posturale dans les lombalgies, il convient d'établir un distinguo entre les notions suivantes :

- l'objectif d'une séance, d'un traitement, est le but que le thérapeute se fixe en fonction de la plainte du patient (algie, dysfonction, dysmorphisme) et/ou des éléments du bilan initial. C'est un résultat recherché, escompté.
- le principe actif (thérapeutique) d'une manoeuvre, quelle qu'elle soit, est une contraction inductrice à effet excentrant à distance. Tous les autres outils (massage, mises en tension musculo-aponévrotiques, exercices proprio-

ceptifs), s'ils s'avèrent bien souvent utiles, voir indispensables, ne seront jamais que des adjuvants dans cette méthodologie. Ce principe actif de la Reconstruction Posturale est composé d'une **induction** et d'une **réponse évoquée** dont on provoquera l'épuisement.

La cible d'une manoeuvre caractérise le lieu et le mode d'expression de la réponse évoquée. **Elle peut, dans certains cas, se confondre avec l'objectif.** Mais ceci n'est pas une obligation. Dans le cas particulier des douleurs lombopelviennes, la localisation de l'objectif (au milieu du corps) limite la distance maximale possible (condition d'efficacité) entre la contraction inductrice et la cible thérapeutique. Force est donc au thérapeute de choisir une cible plus distale, tout en conservant le même objectif. Dans ce cas, la réponse évoquée « transitera » par l'objectif (zone lombaire) pour atteindre la cible.

En Reconstruction Posturale, le travail à distance (de l'objectif), n'est plus une option : c'est un dogme.

La **règle de l'indolence** de la manoeuvre est absolue. De même, l'installation, toujours passive, du patient en position de flexion de hanches, se fera précautionneusement et ne sera utilisée qu'exceptionnellement en période algique. **De manière générale, on évitera de placer la contraction inductrice dans les muscles spinaux du bloc inférieur.**

Le choix des postures sera fonction des dysmorphismes préexistants et du mode réactionnel spécifique du patient. Ainsi, on ne pourra pas dégager de recette ni de protocole de traitement des lombalgies en général. Mais le bilan, statique et dynamique, réalisé en début de traitement et repris en début et en fin de chaque séance, sera des plus rigoureux.

La Reconstruction Posturale peut être considérée comme une méthode analytique si l'on considère le soin apporté localement à la réalisation d'une manoeuvre. Elle peut être considérée comme "intégrale", si l'on considère que ladite manoeuvre n'est que le déclencheur d'une réaction d'ordre neuro-musculaire, laquelle sera toujours délocalisée. Mais la Reconstruction Posturale réfute le qualificatif de "globale" en raison de la connotation d'imprécision liée à ce terme.

2.4.4. Posologie, contre-indications et prévention

— **Du fait du travail à distance systématique, le traitement de Reconstruction Posturale peut commencer dès la période aiguë.**

— Le rythme maximum est d'une séance par semaine, en phase d'attaque du traitement. Ceci en raison des réactions végétatives générées par les manoeuvres, et qui mettent plusieurs jours à s'estomper. Les séances peuvent être espacées dès l'apparition des premiers résultats morphologiques. Ces derniers sont en général précédés par la diminution des algies. Un total de douze séances est suffisant dans le cas de la lombalgie commune. Un traitement d'entretien à raison d'une à deux séances par année peut s'avérer bénéfique.

— *« Les contre-indications de cette thérapie, en dehors du manque de participation, seront au nombre de trois : la grossesse précieuse, bien que le risque abortif semble négligeable; les processus pathologiques infectieux avec fièvre*

et néoplasiques de la colonne vertébrale et des membres; les troubles de la statique corrigés par une ostéosynthèse vertébrale. » (41)

— Le problème de la prévention soulève deux questions :

- les auto-postures : conseillées par Françoise Mézières, et pratiquées par elle, pendant de longues années, les auto-postures furent formellement déconseillées à partir de 1980, date à laquelle Françoise Mézières réalisa leur toxicité potentielle. L'entretien des résultats acquis ne peut être réalisé que par des séances thérapeutiques normales mais à un rythme plus espacé.

- le sport : Churchill, à qui un journaliste demandait le secret de sa longévité, répondit : "le sport : je n'en fais pas". Le postulat du "sport qui est bon pour la santé" est sans fondement pour ce qui concerne la pathogénie liée à l'hypertonie des chaînes musculaires. Les patients sont autorisés à reprendre l'activité sportive dès la fin de la période algique, mais il leur est demandé de considérer celle-ci comme un plaisir et non comme un médicament.

2.4.5. Bilan et objectivation des résultats

Le bilan de début de traitement sera repris, dans ses grandes lignes, en début et en fin de séance. Il est essentiellement morphologique : il a pour but d'évaluer les déformations spontanées du corps. Il sera complété par des manoeuvres de sollicitation active des chaînes musculaires, ainsi que des manoeuvres de mise en tension de ces chaînes autour de poulies de réflexion naturelles.

Pour l'ensemble de la "mouvance Mézières", le seul article donnant un protocole complet et précis de bilan morphologique est celui de JESEL M. et coll. . (43)

L'objectivation des résultats morphologiques se fera par des photographies (Cf. Annexe). Celles-ci seront réalisées dans des conditions strictement reproductibles grâce à la permanence des principaux paramètres pour un même kinésithérapeute reconstructeur : distance, lumière, position du patient naturelle, mais pieds réunis des talons à la pointe. Elles comporteront la date.

L'anamnèse du patient, l'éventuel usage d'échelles d'évaluation de la douleur, apporteront des informations importantes quant à l'impact du traitement sur la qualité de la vie.

2.4.6. Validation des techniques

Il n'existe pas, pour l'instant, d'étude faisant état d'expérimentations randomisées contrôlées. La réalisation de celles-ci exige :

- un grand nombre de patients, ce qui est difficile compte tenu du fait qu'un kinésithérapeute reconstructeur ne traite qu'un patient par heure et que sa patientèle ne se limite pas aux lombalgiques. Ceci peut être compensé par l'extension de l'expérimentation à un groupe de thérapeutes ayant un modus operandi commun. La constitution d'un tel groupe exige une formation initiale commune et rigoureuse, ainsi qu'une formation continue qui assure le trait d'union malgré les évolutions ultérieures des techniques et des concepts. Tout ceci demande du temps et il faut noter que la Reconstruction Posturale n'existe que depuis 1991.

- un observateur extérieur à l'expérimentation, ce qui suppose un travail d'équipe pluridisciplinaire.
- des critères d'évaluation validés. Or ceux-ci n'existent pas, à l'heure actuelle, pour la lombalgie commune.

Toutefois, il faut signaler une expérimentation sur **CYBEX 6000 au Centre de Réadaptation Fonctionnelle Clémenceau de Strasbourg**¹. Cette expérimentation est en cours d'interprétation pour le niveau de significativité statistique. , Le critère d'inclusion de cette étude non randomisée mais avec observateur extérieur à la rééducation, est le lombalgique chronique de moins de 45 ans.

Les critères d'exclusion sont :

- les opérés du rachis
- les douleurs psychogènes
- les accidentés du travail
- la recherche de bénéfices secondaires

Le bilan isocinétique est effectué sur CYBEX 6000 avant et après 12 séances de Reconstruction Posturale. Aucune autre rééducation n'est associée. L'objectif est de valider statistiquement des paramètres musculaires mesurés lors d'évaluations isocinétiques, avant et après un traitement de Reconstruction Posturale, à raison d'une séance par semaine.

Les paramètres mesurés sont : le travail total, la puissance moyenne, le pic de couple rapporté au poids, la TAE (énergie d'accélération) et l'évolution du ratio entre extenseurs et fléchisseurs. Suivant les paramètres, une, deux ou trois vitesses sont étudiées. Ces paramètres sont étudiés pour les extenseurs et les fléchisseurs du tronc, des genoux et des chevilles.

Les résultats, en cours d'interprétation pour le niveau de significativité statistique, semblent, à première vue, être intéressants.

En voici un aperçu :

Paramètres	Augmentation en pourcentage
Puissance moyenne à 120°/sec. pour les extenseurs du rachis	3,3%
Pic de couple rapporté au poids à 30°/sec. pour les extenseurs du rachis	6,8%
Travail total à 120°/sec. pour les extenseurs du rachis	9,1%
Travail total à 120°/sec. pour les fléchisseurs du rachis	10,3%
TAE à 30°/sec pour les extenseurs du rachis	5,4%

Il faut rappeler que ces patients, au nombre de onze, n'ont subi dans l'intervalle aucune forme de réentraînement à l'effort, et n'ont eu qu'une séance de Reconstruction Posturale par semaine. La prise en charge est de type ambulatoire.

Cette étude fera l'objet d'une prochaine communication.

2.4.7. En conclusion

La Reconstruction Posturale représente, à bien des égards, une rupture par rapport à la méthode Mézières. A l'instar de toutes les autres techniques ayant ce même précurseur, elle peut être considérée comme une évolution ou une dérive par rapport à l'oeuvre originale. Toutefois, la cohérence de sa démarche, ainsi que la rigueur de sa pratique et de son enseignement peuvent faire penser que cette technologie représente une ouverture vers une forme de kinésithérapie plus scientifique.

3. Recommandations

Bien qu'il soit difficile d'émettre des recommandations de bonne pratique concernant le traitement d'une pathologie dont on ne sait rien, pour des techniques aussi différentes, il convient d'insister sur l'adage : "Primum non nocere". BORCH-JACOBSEN Ch. rapporte le cas d'un patient soigné en Reconstruction Posturale pour une lombalgie commune, chez lequel le traitement bien qu'efficace en ce qui concerne la lombalgie, provoqua incontestablement l'apparition de céphalées tenaces. (44)

Les techniques, quelles qu'elles soient se doivent de ne pas exacerber la douleur pendant les séances. A cet égard, le travail à distance de la zone lombaire semble être une garantie acceptable. On évitera toute manoeuvre intempestive, active ou passive du rachis lombaire, y compris des manoeuvres sensées allonger des muscles supposés raccourcis ou "replacer des vertèbres".

Les traitements doivent faire l'objet d'une prescription médicale. Ceci afin de s'assurer du diagnostic de lombalgie commune.

Tout traitement devra être précédé, en plus du bilan traditionnel, d'un bilan morphologique actif et passif. A cet égard, il serait judicieux que le bilan morphologique proposé par le Professeur JESEL serve de base de travail. (43) Des photographies reproductibles devraient, systématiquement être prises, à intervalles réguliers pendant le traitement (ANNEXE VII). L'usage d'une échelle d'évaluation de la douleur (analogique ou autre) devrait être standardisé et généralisé.

Les séances doivent être individuelles et durer approximativement une heure. Elles ne nécessitent l'usage d'aucun matériel.

Les auto-postures étant dangereuses, au même titre que n'importe quelle automédication, elles seront proscrites.

4. CONCLUSION

La lombalgie commune reste une énigme à bien des égards. Son histoire naturelle, sa nosologie et son étiologie sont actuellement inconnues.

Face à ce problème, la médecine reconnaît actuellement sa perplexité et son impéritie. Il est en effet difficile d'envisager de soigner un symptôme dont on ignore la cause. La médecine en est au stade de la réflexion et de la recherche.

Il en est de même pour la kinésithérapie. Elle bénéficie d'une approche plus pragmatique, mais avec des moyens beaucoup plus limités, plus artisanaux.

Nous n'en sommes pas encore, malheureusement pour nos patients et pour notre profession, au stade de la sélection des meilleures techniques **puisqu'aucune d'elles n'a fait la preuve de sa validité**. Ceci justifierait que des rencontres régulières et pluridisciplinaires soient initialisées pour mettre en commun les connaissances et faire le point sur les éléments nouveaux afin de tenter un enrichissement transversal.

Concernant ce qu'il est convenu d'appeler "les techniques Mézières", il a été démontré, au cours de cet exposé, que cet ensemble n'a aucune homogénéité et que c'est abusivement que l'on recourt au nom d'une femme qui ne l'aurait pas souhaité. Cette classification qui n'a de fondement qu'historique, est pénalisante pour les techniques représentées et, plus généralement, pour l'ensemble de la kinésithérapie.

Bien que leurs bases scientifiques puissent parfois apparaître confuses et que leurs résultats demandent à être démontrés, chacune de ces techniques a acquis sa propre identité. En faire l'amalgame revient à les "ghettoïser" et à

les déresponsabiliser individuellement quant à l'obligation d'expérimentations validées.

Par ailleurs, du fait de l'autonomase de son inventeur disparu, une technique qui continuerait à se recommander de la "méthode Mézières", de manière quasi-incantatoire, se condamne à ce que chaque évolution conceptuelle ou technique, soit assimilée à une trahison de l'oeuvre originelle.

Il serait judicieux, que les techniques, issues des travaux de Françoise MEZIERES aient la liberté d'accepter ou de refuser leur assimilation à un ensemble de "**rééducations morphologiques**" (versus rééducation fonctionnelle). Le postulat commun que "la forme qui conditionne la fonction" ouvrirait la voie à une nouvelle possibilité d'objectivation des résultats.

Plus généralement, afin de remédier au manque chronique de publications d'expérimentations validées en kinésithérapie, il serait pertinent que des groupes d'experts travaillent à établir des protocoles d'expérimentation adaptés à chaque technique. Ceci donnerait l'opportunité à chaque école de mener à bien des études susceptibles d'être retenues par des publications référencées, comme "SPINE".

A ce prix, notre profession pourra prétendre, à terme, quitter son strapontin de simple exécutant (prescrit), pour une place de partenaire à part entière dans l'équipe de soin.

BIBLIOGRAPHIE

1. ROZENBERG S, KÆGER A-C. Les lombalgies - Aspects épidémiologiques et socio-économiques. *Impact médecin*, 1995 (288) : 4-5
2. INSERM. Rachialgies en milieu professionnel. *Les éditions INSERM* 1995 : 10-23, 56-64, 163-182.
3. VIGUIER M. Le dos. *La lettre du médecin rééducateur* 1997, 42 : 1
4. LACRONIQUE JF. Le coût du mal de dos. *Les assises internationales du dos. Grenoble*, 11 et 12 octobre, 1991 : 7-12
5. SCHMIDT D, GENTY M. Prise en charge des lombalgies chroniques sur le continent Nord-Américain. *La lettre du médecin rééducateur* 1997, 42 : 6-7
6. DILLANE JB, Fry J, Kalton G. Acute back syndrome- A study from general practice. *Brit Med J* 1966, 2 : 82-84
7. BORGET C, BERGÉ E. Les lombalgies - Traitement. *Impact médecin*, 1995 (288) : 8-12
8. HUTCHINSON KJ et COLL. Back pain during 6° head-down-tilt. *Aviation; Space and environmental medicine*. 1995
9. DASTUGUE J. Les maladies de nos ancêtres. *La Recherche*. 1982 (N°136) : 980-988.
10. RAJZBAUM G. Ce qui a changé dans la lombalgie et la sciatique en 1998. *Rhumatologie Pratique* 1998 (175) : 12-13
11. CHEVROT A. La hernie discale existe-t-elle ? *Arthrorama - pharmascience* 1997 (28) : 3-4
12. DE MAUROY JC. Douleur et rachis. *J. Réadapt. méd.* 1997 (3) : 128-132
13. PLAS F, VIEL E. Assises Nationales Du Dos. *Kiné Actualité*, 1991 (401) : 10-12
14. MAURITS W, VAN TULDER PhD, BART W, KOES PhD, LEX M, BOUTER PhD. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. *SPINE* 1997. (19)

15. REVEL M. Les écoles du dos. 7° congrès annuel de la Société francophone d'étude de la douleur : 151-155
16. TURLIN P. Françoise MEZIERES sort du silence. *Kiné Actualité* 1990 (332) : 6-7
17. MEZIERES F. Originalité de la Méthode Mézières. *Maloine*. 1984 (95) : 64.
18. MEZIERES F. Retour à l'harmonie morphologique par une rééducation spécialisée. *Kinésithérapie scientifique* N°157 (290). 1978.
19. MEZIERES F. Le réflexe antalgique a priori. Cahiers de la Méthode naturelle N°44. 1970
20. GRAF S. L'autograndissement rachidien existe-t-il ? Etude biométrique portant sur 19 cas. Mémoire de Diplôme universitaire. *Université Louis Pasteur de Strasbourg*. 1998.
21. PIERON G, DUPRE J-M. Point de vue : Des erreurs d'interprétation. *Kiné actualité* 1990 (332) : 8-9
22. MEZIERES F. De quelques aberrations. *Bulletin de l'Association méziériste internationale de kinésithérapie*. Juin 1976.
23. VIEL E. D'une observation à une révélation. *Kiné Actualité*. 1990 (332) : 8
24. BOUDOT J. Méziéristes et Sécurité sociale. *Kiné Actualité*. 1990 (332) : 9
25. STRUYF-DENYS G. Les chaînes musculaires et articulaires. *SBO & RTM*. 1978 : 30
26. PATTE J. Méthode Mézières en rhumatologie "le mal n'est jamais là où il se manifeste". *VI° congrès de l'AMIK* :10-21
27. BUSQUET L. Les chaînes musculaires Tome 1. *Ed. Frison-Roche* :19
28. BUSQUET L. La méthode des chaînes musculaires. *Plaquette de présentation*
29. BUSQUET L. Les chaînes musculaires. *KINE PLUS*. 1996 (57) : 19-25
30. SOUCHARD Ph-E. Rééducation posturale globale : les chaînes musculaires et leurs postures. *Kinésithérapie scientifique*. 1987 (256) : 46-54
31. SOUCHARD Ph-E. Rééducation posturale globale : les chaînes musculaires. *Revue romande de physiothérapie*. 1996 (6) : 181-190

32. SOUCHARD Ph-E. Rééducation posturale globale : Les postures. *Revue romande de physiothérapie*. 1996 (7) : 217-226
33. TARDIEU G, TABARY J.C., TARDIEU C, TABARY C, GAGNARD L, LOMBARD. L'ajustement du nombre de sarcomères de la fibre musculaire à la longueur qui lui est imposée. *Rev. Neurol.* 1973; 129:21-42
34. PATTE J. La méthode Mézières, et le mal de dos : une véritable réponse aux mécanismes d'adaptation et de compensation du corps. *KINE PLUS N°22 1992* : 4-11
35. GAIN S. Algies et inversions de courbures rachidiennes. *AMIK 6° congrès international Recueil des conférences* : 22-31
36. OPHOVEN B. Invitation à la globalité souffle-posture mouvement propos sur le diaphragme. *KINE PLUS N°22. 1992*: 15-22
37. RENAULD J. Evaluation de la douleur et pronostic dans le traitement des lombosciatiques communes avec discopathie par rééducation posturale Mézières. *AMIK 6° congrès international Recueil des conférences* : 59-66
38. ODIN C. Le point sur la méthode Mézières, un entretien avec Jacques PATTE, Président de l'AMIK. *La vie naturelle N°100 1994* : 48-51
39. OPHOVEN B. Invitation à la globalité souffle-posture mouvement propos sur le diaphragme. *KINE PLUS N°22. 1992*: 15-22
40. SOUCHARD Ph-E. Rééducation posturale globale : les chaînes musculaires. *Revue romande de physiothérapie N°7. 1996* : 217-226
41. JESEL M, CALLENS CH, NISAND M. Reconstruction Posturale. Concept; traitement des dysmorphismes et des algies du tronc et des membres. A paraître dans *Kinésithérapie scientifique*
42. NISAND M. La Reconstruction Posturale, une physiothérapie normative de la forme. *Revue romande de physiothérapie*; N°2 et N°3. 1997 pp.41 à 54 et 77 à 82.
43. JESEL M, CALLENS CH, NISAND M. Le traitement des algies vertébrales par la

44. BORCH-JACOBSEN Ch. De la lombalgie commune aux algies cervico-crâniennes. Mémoire de Diplôme universitaire. 1996. *Université Louis Pasteur de Strasbourg*

ANNEXES