

# PRATIQUE SPORTIVE ET EXAMEN POSTURAL

PAR

J.-C. GAILLET

L'examen postural du sportif revêt un caractère particulier car le sportif est un patient particulier. Sa morphologie, l'intensité et la qualité de la pratique, sa psychologie, sont autant de paramètres qu'il convient de prendre en compte. Chaque sport va générer des pathologies particulières liées au morphotype et aux gestes de ce sport. Ces morphotypes se distinguent assez nettement : - un basketteur dépassera souvent les 2 mètres et les 100 kg ; - un athlète sprinter, sauteur, aura une posture très antépuisée (fig. 1) ; - la torsion tibiale externe avec genu varum se retrouvera chez les footballeurs, les joueurs de tennis, etc.

Une bonne connaissance du geste sportif (course unidirectionnelle, multidirectionnelle avec changement d'appui, etc.) sera nécessaire.

L'aspect psychologique du sportif sera à prendre en considération car il peut intervenir sur sa forme, la qualité de son geste, son ressenti, sa confiance, donc sur sa posture.

*L'examen clinique d'un sportif* commencera toujours par un interrogatoire approfondi. Il faut connaître le type d'activité sportive pratiqué avec la durée hebdomadaire et l'intensité de l'entraînement. L'encadrement du sportif est-il sécurisant quant à la conduite de cette activité ? diététique, étirements, etc. Les ambitions sportives seront abordées et un examen attentif des chaussures viendra corriger de fréquentes erreurs de choix ou d'utilisation. Un trouble postural n'est pas nécessairement en cause dans les pathologies mécaniques du sportif. Une surcharge d'entraînement, ou mécanique, ou vibratoire, peut conduire au dépassement du seuil de tolérance d'un muscle, d'un système ligamentaire, etc. Enfin, la douleur sera étudiée avec soin pour déterminer avec précision sa survenue, sa localisation, l'horaire, etc. afin de la réintégrer éventuellement in fine dans le contexte postural. La réussite d'une correction posturale passe par la prise en compte et la correction d'un maximum de facteurs composant cette posture.

L'examen clinique comporte 3 phases : statique, en décubitus et en dynamique.

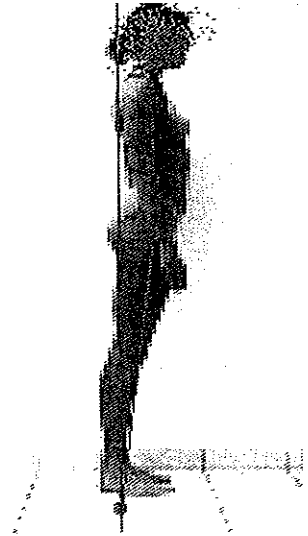


Fig. 1 : Examen dans le plan sagittal

**L'examen statique** - Il se fera dans les 3 plans de l'espace : frontal, sagittal, horizontal.

- Dans le plan frontal, on recherchera les positions en valgus, varus, abduction, adduction, déjettement, bascule, inflexion latérale, inclinaison (tête). Ces mouvements se font autour d'un axe sagittal.
- Dans le plan sagittal, on recherchera une verticalité ou horizontalité (calcaneum, gril métatarsien, sacrum) un genu flexum ou un genu recurvatum, une antéimpulsion du bassin, une antéversion ou rétroversion iliaque, une courbure du rachis lombaire ou dorsale, ces positions évoluant autour d'un axe frontal.
- Dans le plan horizontal, ce sera celui des rotations ou des torsions, avec un axe vertical, tibiales, fémorales, vertébrales, giration pelvienne, giration ou enroulement scapulaire, rotation gauche, droite de la tête. [1]

**L'examen en décubitus** - Il va permettre de vérifier classiquement les amplitudes articulaires, les rotations, etc. La palpation musculaire sera réalisée debout et couché pour identifier les hyper ou hypotonicités avec étirement. Il va surtout nous amener à vérifier si à la position mécanique constatée dans chaque plan de l'espace correspond une hypertonicité musculaire par rapport à l'antagoniste, cohérente et logique. *Par exemple* : à un déjettement droit du bassin (fig. 2) : - moyen fessier opposé hypertonique ; - adducteur du même côté hypertonique ; - et grand dorsal du côté opposé hypertonique ; - en cas de compensation du rachis par une inflexion du côté opposé.

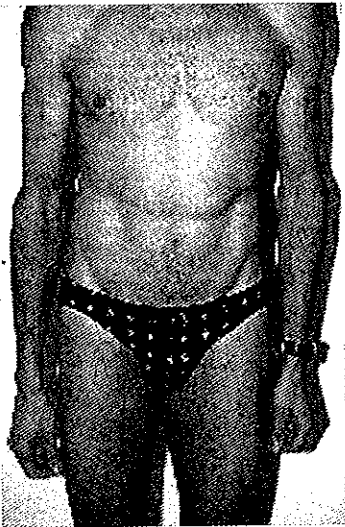


Fig. 2 : Examen clinique dejettement droit du bassin

*Autre exemple* : une giration pelvienne peut être induite par : - un flexum du genou du même côté, avec ischio-jambier et ou jumeau hypertonique ; - une rotation externe de membre inférieur côté opposé ; - une rotation interne de membre inférieur du même côté ; - par une torsion tibiale externe plus marquée du même côté avec rotation interne fémorale compensatrice, etc.

Dans les constructions posturales à perturbations peu importantes, à un muscle hypertonique correspond une position osseuse ou articulaire logique. Dans les perturbations plus complexes, le muscle étiré devient hypertonique sans pouvoir corriger la position mais témoignant semble-t-il d'une prise en charge du contrôle musculaire par les centres supra-médullaires. [3] Cette notion continuera notre approche thérapeutique que nous verrons par ailleurs.

**L'examen dynamique du sportif** - Il va revêtir un aspect particulier lié à l'activité physique. L'examen classique de la marche sera complété par un examen dynamique sur piste de marche avec analyse vidéo permettant une étude détaillée du mouvement (fig. 3).

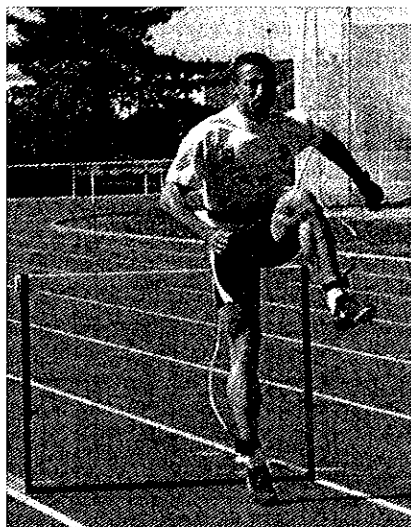
Les systèmes de capteurs sur semelles embarquées seront également utilisés pour comprendre le geste sportif et analyser un certain nombre de données telles

que : - durée d'appui, durée du double appui ; - pression maximum et pression moyenne ; - film du déroulement du pas ; - déplacement de la résultante des forces, etc. ainsi que l'intensité des pressions enregistrées aux différentes phases.

L'utilisation ambulatoire de ce système dans les conditions réelles du mouvement, avec les chaussures (pointes, etc.) donne un éclairage nouveau et précis sur le geste sportif et ses contraintes (fig. 4).



*Fig. 3 : Examen dynamique sur piste de marche*



*Fig. 4 : Examen dynamique du sportif*

#### BIBLIOGRAPHIE

- [1] H.O. KENDALL, F.P. KENDALL, G.E. — Les muscles. Bilan et étude fonctionnelle. Wadsworth. Ed. Maloine. pp. 19-21. [2] S. BOUISSET, B. MATON. — Muscles, posture et mouvement. Ed. Hermann, pp. 347-393.