



Thérapie neuro-proprioceptive globale selon V. Vojta

HUGUES LAGACHE

Physiothérapeute-Conseil en neuromotricité infantile
Responsable du site « posmodev »
Enseignant « Vojta »

— RÉSUMÉ —

Cet article présente la technique de rééducation proprioceptive globale de Vacláv Vojta (neurologue d'origine Tchèque émigré en Allemagne), et son application chez l'enfant.

Les axes principaux de la « méthode » Vojta sont :

- Une grille d'évaluation précoce des troubles posturo-moteurs, dont certains peuvent annoncer une future I.M.C. L'évaluation s'appuie sur l'étude de la motricité spontanée, de la réactivité posturale automatique et de la réflexologie.
- Une technique globale de stimulation proprioceptive basée sur la « locomotion réflexe », c'est-à-dire un ensemble complexe de mouvements coordonnés déclenchés par voie réflexe à partir de postures activement stabilisées.

La pratique de la locomotion réflexe génère une afférentation proprioceptive intense du système nerveux central par « frayage » neuronal, basé sur la sommation spatio-temporelle.

Les enchaînements posturaux ainsi déclenchés s'organisent en un schème croisé incluant des chaînes cinétiques que l'on peut retrouver à différentes étapes d'un développement moteur normal. Leur activation régulière contribue donc à favoriser le développement postural et moteur chez les enfants cérébro-lésés mais présente aussi un intérêt thérapeutique dans diverses autres affections de l'enfant ou de l'adulte.

Chez le jeune enfant, une collaboration familiale active raisonnée est généralement encouragée, avec suivi régulier par un praticien dûment formé.

Mot clés: locomotion réflexe – frayage neuronal – chaînes musculaires – posture – proprioception

Keywords: Reflex locomotion – neuronal frayage – muscular chains – posture – proprioception

— INTRODUCTION —

La thérapie proprioceptive globale de Vacláv Vojta est un concept original actuellement enseigné aux médecins et physiothérapeutes de 25 pays, surtout en République Tchèque et en Europe germanophone, qui en ont été le creuset initial. Elle diffère à bien des égards des autres approches thérapeutiques. Pour des raisons historiques, linguistiques et culturelles elle reste mal connue dans les pays francophones.

— I / RAPPEL HISTORIQUE —



Vacláv Vojta, neurologue, est né en 1918 en Bohême (actuelle République Tchèque). Il exerce d'abord à Prague, puis en Allemagne dès 1968 et jusqu'à la fin de sa vie (septembre 2000).

Sa démarche initiale est essentiellement empirique; dès les années 50, elle s'appuie sur l'analyse clinique des automatismes posturaux et l'observation minutieuse de la motricité spontanée du nouveau-né et du jeune enfant.

- Il codifie l'observation clinique de la motricité spontanée, en particulier les mécanismes antigraavitaires. Il décrit une série de repères posturo-moteurs jalonnant l'ontogénèse physiologique, ce qui contribue à mettre en évidence, dès les premiers mois de développement, les éventuelles tendances déviantes liées à diverses pathologies neurologiques, et en premier lieu celles qui impliquent le système nerveux central (SNC).

- Il passe en revue les multiples procédures d'évaluation de la réactivité posturale automatique décrites dans la littérature médicale, qu'il teste méthodiquement chez le nouveau-né et l'enfant jeune; il en sélectionnera plusieurs et en définira d'autres pour élaborer progressivement une grille d'évaluation neurologique précoce.
- Il complète cette grille d'évaluation par l'analyse de la réflexologie primaire. Rapprochée des données de la motricité spontanée et de la réactivité posturale, la réflexologie primaire contribue à préciser précocément le pronostic évolutif chez les enfants cérébro-lésés, et à définir les différents syndromes d'infirmité motrice cérébrale (IMC) lorsque l'évolution s'oriente vers ce type de pathologie durable.
- Parallèlement, afin d'influencer précocément le cours naturel du développement posturo-moteur, chez les enfants menacés de pathologie posturo-motrice, V. Vojta oriente sa démarche thérapeutique vers une physiothérapie active et globale, incluant le travail musculaire contre résistance déjà suggéré antérieurement par Herman Kabat ^(1, 2). Les modalités pratiques de ce travail musculaire contre résistance, devront cependant être redéfinies et adaptées pour être applicables précocément à l'enfant. L'ensemble des situations thérapeutiques constituant la technique de V. Vojta trouve donc son origine dans les premiers schèmes posturo-moteurs automatiques préexistant dès le stade néonatal.

Ces séquences motrices, déclenchables dès la naissance grâce à une panoplie de stimulations réflexogènes spécifiques, puis canalisées et guidées par l'application de résistances, pourront être dynamisées, combinées, orientées de façon à induire la stabilisation posturale active, les premières fonctions antigravitaires et les mouvements coordonnés des extrémités. Cette procédure thérapeutique est appelée « locomotion réflexe ». Les deux principaux enchaînements posturaux utilisés en thérapie Vojta sont le « ramper réflexe » et le « retournement réflexe ».

— II / EVALUATION PRÉCOCE —

L'évaluation précoce du développement posturo-moteur selon V. Vojta permet de mettre en évidence les troubles transitoires ou durables de la coordination centrale (T.C.C.), elle comprend donc 3 aspects.

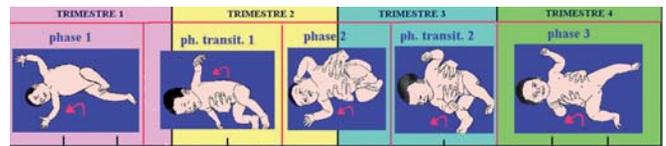
A – Analyse de la réactivité posturale automatique

Le test d'une batterie de réactions globales à des changements inopinés de position du corps dans l'espace (7 à 11 réactions testées), permet de mettre en évidence toute perturbation dans la gestion automatique des mécanismes posturaux par le SNC. La transformation progressive de ces réactions au cours de la première année de vie, dans le contexte d'un développement normal, est parfaitement codifiée; leur examen permet, non seulement de signaler les anomalies fonctionnelles d'origine centrale ou périphérique, mais aussi, de préciser le niveau global de développement atteint au moment de l'examen ^(3, 4).

Chaque réaction testée consiste en un changement inopiné de la position du corps dans l'espace (ici une inclinaison latérale rapide), qui induit une réaction de l'axe rachidien et des membres (ici, essentiellement l'hémicorps situé en haut). La réaction normale se transforme au cours de la première année selon des modalités précisément codifiées. Il est donc possible de différencier une réaction normale pour l'âge, d'une réaction traduisant un retard ou d'une réaction erronée traduisant un déficit temporaire ou durable de coordination centrale.

B – Analyse cinésiologique de la motricité spontanée

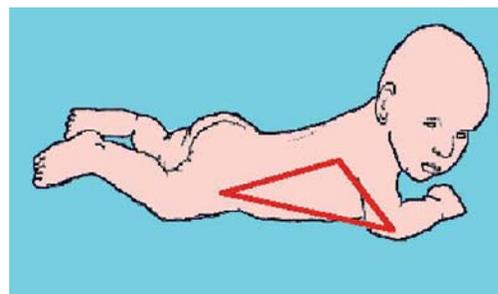
Chaque stade d'un développement normal se caractérise par des conduites répondant à des finalités précises (orientation, appropriation, locomotion, ...); ces besoins fondamentaux engendrent la mise en oeuvre de stratégies locomotrices conditionnées et automatiquement adaptées au contexte postural du moment.



» » Illustration 2: Exemple de réaction posturale, les phases de la réaction de Vojta

V. Vojta a défini le contenu cinésiologique de ces stratégies locomotrices; autrement dit, les postures, les polygones de sustentation, les mouvements caractérisant les principales étapes d'un développement optimal sont précisément décrits, ainsi que les enchaînements posturaux permettant le passage d'une situation fonctionnelle à une autre ou constituant les premières formes de locomotion (roulade, ramper, passage assis autonome, etc...); la distinction entre une multitude de variantes individuelles et les composants posturaux fondamentaux est clairement faite, autorisant ainsi leur recherche systématique chez le patient et la comparaison avec d'éventuels succédanés pathologiques.

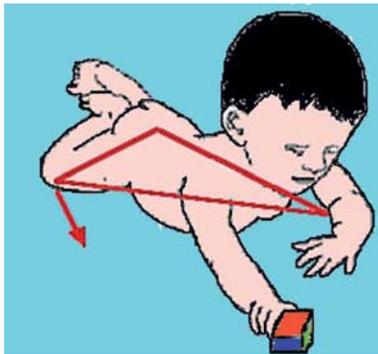
En décubitus ventral, le bébé dégage automatiquement les membres supérieurs et construit un polygone de sustentation triangulaire, avec appui symétrique sur les deux



» » Illustration 3: Enfant sain, âgé de 3 mois

coudes qui autorise l'élévation de la ceinture scapulaire et du thorax supérieur pour hisser la tête librement dans l'espace, sans effort important, hors de ce polygone.

Ce mécanisme postural automatique, entièrement asservi à l'appétence visuelle, contribue à l'orientation dans l'espace, il comporte un ensemble de synergies musculaires très précises de l'axe rachidien et de la ceinture scapulaire assurant le redressement, la symétrie et la stabilisation de ces régions corporelles, qui garantira la rotation coordonnée de la tête. L'activation artificielle de ces synergies est possible dès la naissance dans le cadre de la locomotion réflexe.

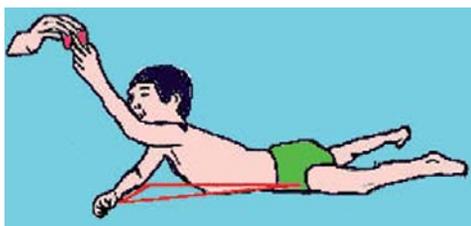


» » Illustration 4: Bébé sain, âgé de 4,5 mois

En décubitus ventral, l'enfant doit libérer le membre supérieur qui se destine à la préhension. Il y parviendra en dégageant latéralement le membre inférieur homolatéral pour constituer un nouveau point d'appui au genou, qui vient automatiquement se substituer à l'appui en voie de disparition sur le coude homolatéral. Le polygone de sustentation s'en trouve modifié.

Cette opération concrétise l'apparition d'une diagonale d'appui (d'un coude au genou opposé); en cela elle annonce les formes ultérieures de locomotion: ramper, quadrupédie croisée, verticalisation autonome.

L'émergence automatique de ce schème postural global, au cours du second trimestre, est une condition préalable au bon déroulement de la préhension en posture ventrale à laquelle il est asservi. Ce schème postural comprend des synergies musculaires finement coordonnées, impliquant la musculature paravertébrale, celle du tronc et des membres; ces jeux musculaires sont présents également dans le ramper réflexe que l'on peut déclencher artificiellement dès la naissance à partir de stimulations adéquates.



» » Illustration 5: Enfant présentant une infirmité motrice cérébrale.

Le schème global de l'appui sur un seul coude n'a jamais été spontanément accessible, le membre inférieur n'est pas dégagé pour constituer l'appui au genou car la rotation

vertébrale coordonnée nécessaire à ce mouvement n'est pas réalisée. La préhension se déroule selon un schème postural de substitution, fondamentalement différent du schème illustré par l'image 4. Une rééducation fonctionnelle sollicitant fréquemment une telle activité, ne corrige pas le schéma postural, et peut contribuer à pérenniser ou accentuer la procédure posturale pathologique, en délivrant de façon répétée au SNC un flux afférent proprioceptif erroné... Les pathologies du SNC se caractérisent toujours par une altération majeure des enchaînements posturaux automatiques.

C – La réflexologie

Une série de réflexes sélectionnés dans la littérature médicale, dont les modalités de déclenchement, les réponses et l'interprétation sont précisément décrites, viennent compléter la grille d'examen pour affiner l'évaluation immédiate et préciser le pronostic évolutif dès le plus jeune âge.

En effet, le suivi à long terme de nombreux enfants, avec application renouvelée de la grille de V. Vojta, a montré que la présence ou l'absence de ces réflexes, leur qualité, leur durée de validité, pouvaient être corrélés à différentes filières de développement (pathologies spastiques, dystonies, retards psychomoteurs, etc...)

La sévérité du «trouble de coordination centrale» (T.C.C.) est appréciée en fonction du nombre de réactions posturales anormales, et de l'éventuelle conjugaison avec des aberrations de la réflexologie (dépassement des périodes normales de validité des réflexes, réponses qualitativement anormales, etc...).

La corrélation de ces trois types de données permet de classer les T.C.C. en plusieurs groupes, dont les plus bénins correspondent généralement à un trouble transitoire ne justifiant pas la mise en place immédiate d'une physiothérapie.

Les **T.C.C légers** peuvent toutefois être l'expression d'affections sensorielles ou psychomotrices diverses, relevant ou non d'un syndrome défini, et justifiant une surveillance attentive de l'évolution ultérieure ou la poursuite d'investigations médicales approfondies.

Les **TCC moyens ou sévères** correspondent à un risque majeur d'affection invalidante (infirmité motrice cérébrale, ou autres affections), et justifient donc la thérapie précoce.

C'est dire l'importance de cette classification clinique, qui aide le médecin à prescrire précocément la physiothérapie chaque fois qu'elle est indispensable, à éviter des prescriptions inutiles, à prévoir des investigations complémentaires éventuelles. Le TCC est une situation transitoire, traduisant déjà l'imperfection fonctionnelle du SNC, dont il convient de quantifier la sévérité pour préciser l'indication thérapeutique.

La grille de V. Vojta est aussi un outil précieux pour le physiothérapeute qui permet d'adapter individuellement les

objectifs et modalités thérapeutiques à chaque cas, puis d'en apprécier objectivement les effets à intervalle régulier.

— III / PHYSIOTHÉRAPIE —

Elle repose sur les notions de «**locomotion réflexe**» et de «**frayage**».

Chaque schème de locomotion réflexe est un enchaînement postural séquentiel qui se prolonge par des mouvements phasiques au niveau des régions corporelles non utilisées pour stabiliser la posture.

Le «ramper réflexe» et le «retournement réflexe» sont les deux principaux enchaînements posturaux décrits par V. Vojta.

L'émergence automatique de ces séquences posturo-motrices globales est conditionnée par :

- le choix d'une posture initiale précisément définie
- l'application de stimulations (pressions manuelles d'intensité modérée) sur des zones réflexogènes
- la durée des stimulations, leur orientation modulables par le thérapeute
- le contrôle permanent de la posture globale par le thérapeute
- l'obtention de réponses neurovégétatives (respiratoires, circulatoires,...) et motrices
- l'application de résistances dosées et orientées aux réponses motrices naissantes
- l'instauration d'une activité motrice isométrique douce, durable, et irradiant à travers le corps
- le guidage manuel par le thérapeute (résistances) , qui régule l'activité posturo-motrice induite.

Ces modalités pratiques donnent accès au «frayage» neuronal, c'est-à-dire à une forme de «pilotage», manuel, permettant le contrôle de l'activité physique induite, et son irradiation à l'ensemble du corps. A cette occasion, il devient donc possible d'activer et de réguler précisément des fonctions motrices globales , mais aussi des mouvements coordonnés jusque dans les extrémités (tête, mains, doigts, pieds, orteils), et simultanément d'influencer profondément la respiration, l'oculo-motricité, la motricité faciale, la déglutition, ...

En quoi consiste concrètement la technique du frayage ?

Il s'agit d'exploiter systématiquement l'ensemble des sources productrices d'afférences, de manière indolore, pour envahir le SNC de vagues successives d'influx proprioceptifs, susceptibles «d'allumer» de vastes territoires centraux, dans le but d'améliorer le potentiel réactif automatique.

- La première «vague» afférente est générée par la simple activation de la posture initiale: le thérapeute stimule le patient de manière à ce que celui-ci confirme la création de points fixes (déterminés par la posture préalablement choisie) et stabilise activement sa posture

initiale. A ce stade aucun mouvement n'est encore induit, mais l'afférentation proprioceptive est déjà en marche puisque tout l'appareil locomoteur est impliqué dans la stabilisation active de cette posture. Il n'est pas judicieux de rechercher d'importants mouvements segmentaires qui pourraient aboutir à modifier ou à déstabiliser la posture initiale. Au contraire, il est judicieux de faire durer cette activation isométrique de la posture. La durée des flux afférents sera un important facteur de recrutement.

- Deuxième vague afférente: l'activation posturale tend à irradier à l'ensemble du corps, et des mouvements apparaissent progressivement au niveau des extrémités (tête, membres). L'application de résistances à ces mouvements naissants, dès leur apparition, a pour conséquence de renforcer encore l'appui sur les points fixes à partir desquels la posture est stabilisée: il s'agit là d'un mécanisme automatique de stabilisation active incluant une composante antigravitaire. Il ne s'agit pas d'un travail en force, mais au contraire d'une activité labile permettant l'ajustement optimal de la posture initiale de manière à favoriser les mouvements naissants de la tête et des membres. C'est une activité musculaire quasi-isométrique en chaîne fermée qui concerne essentiellement l'axe rachidien (y compris le cou) et les racines des membres.
- Troisième vague afférente: c'est l'instauration d'un travail musculaire isométrique généralisé par l'application de résistances aux mouvements naissants, dont la durée devient gérable de l'extérieur par le thérapeute; ceci contribue à une sommation temporelle c'est-à-dire au recrutement de nouveaux neurones. Selon la direction des résistances appliquées, le thérapeute acquiert ainsi la possibilité de gérer la direction du travail musculaire fourni , c'est-à-dire l'orientation précise des mouvements amorcés, sans sortir du contexte isométrique. Il s'agit ici, non seulement d'orienter le schéma postural, mais aussi d'en moduler le dosage synergique jusque dans les extrémités des membres. C'est l'aspect spatial de la sommation, par lequel toute la régulation automatique des synergies musculaires se trouve ainsi entre les mains du thérapeute.

La technique du frayage réalise un dialogue sensorimoteur entre la main du thérapeute et le SNC du patient. Les éléments du contexte afférent (posture, stimulation des zones réflexogènes, résistances, durée et orientation du travail musculaire, pressions intra-articulaires, tensions des tissus aponévrotiques, etc...) sont autant de facteurs utilisés par le thérapeute pour générer des réponses automatiques, que le thérapeute observe et contrôle à mesure de leur apparition, c'est un cercle vertueux d'activité posturo-motrice dont la durée, l'intensité, la configuration physique deviennent gérables de l'extérieur et criblent en retour le SNC d'une afférentation ample et diversifiée qui dynamise et exploite la plasticité centrale par sommation spatio-temporelle.

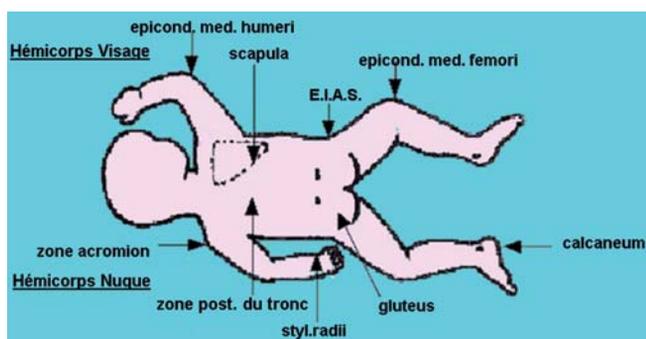
De même qu'un film de cinéma n'est constitué en réalité que d'une succession d'images fixes sur la pellicule, le

mouvement visible à l'écran n'étant que le résultat virtuel de leur défilement selon une cadence adaptée, le mouvement physiologique peut être considéré comme un enchaînement de postures que le système nerveux gère comme tel en temps réel. L'activation et l'entretien artificiels d'une activité posturo-motrice isométrique durable, orientée et coordonnée, contribue à l'intégration par le SNC non seulement d'un schéma postural statique, mais inclut donc toute la régulation synergique relative à la direction précise des mouvements dans les trois dimensions spatiales (même si ces mouvements ne peuvent atteindre leur terme); cette activation isométrique contribue donc à la synchronisation des jeux musculaires, à leur adaptation fine au contexte postural dont elles émergent. La modulation par le thérapeute des stimulations, des résistances appliquées, de la durée et de l'intensité de l'activation, offre une multitude de situations thérapeutiques diversifiées qui sollicitent la fonction adaptative et associative centrale.

Ceci contribue clairement à la régulation automatique d'éventuels troubles toniques, à l'amélioration du dosage synergique fin, indispensable aux fonctions anti-gravitaires et d'équilibration.

Les schèmes de locomotion réflexe (ramper réflexe et retournement réflexe) sont globaux, c'est à dire qu'au cours de leur déroulement, l'ensemble de la musculature striée est activée selon un mode coordonné. Le SNC est impliqué dans cette activation à ses différents niveaux.

L'analyse myo-cinésiologique des chaînes musculaires synergiques impliquées dans la locomotion réflexe a fait l'objet d'une publication détaillée ⁽⁶⁾; elle a montré que ces chaînes s'organisent automatiquement en un ensemble cohérent à vocation locomotrice évidente dès le plus jeune âge (stade néo-natal). Dans le cadre de la thérapie Vojta, il est donc possible d'induire des jeux musculaires, coordonnés en schèmes globaux différenciés, dès le plus jeune âge, et ainsi d'anticiper sur un éventuel développement pathologique en procurant au bébé une expérience posturale et motrice physiologique que l'intéressé peut être incapable de générer seul, et sans que le thérapeute ne soit tributaire de sa collaboration consciente.



» » Illustration 6 : Position initiale du ramper réflexe chez un bébé, et situation générale des zones d'activation

Ce mode de stimulation régulatrice reste exploitable, avec quelques adaptations techniques, à tout âge de la vie pour réduire l'impact de diverses pathologies d'origine neurologique, ou pour corriger des altérations posturales. C'est pourquoi le champ d'application de la thérapie proprioceptive selon V. Vojta s'est considérablement élargi au fil des années dans une trentaine de pays où elle est aujourd'hui utilisée.

La position de tête détermine la position des membres, différente côté «visage» et côté «nuque». Le ramper réflexe est obtenu à partir de deux positions initiales réciproques (en miroir), chaque zone est par conséquent bilatérale et le thérapeute dispose ainsi de 18 points d'accès au réseau nerveux afférent (propriocepteurs, extérocepteurs, tissus conjonctif...) combinables à l'infini. Des pressions de direction définie, sont appliquées sur une ou plusieurs zones tandis que le thérapeute s'est installé de manière à pouvoir contrôler la position du patient, et appliquer, s'il le souhaite, une résistance continue aux réponses motrices déclenchées. Pour y parvenir, le thérapeute peut être amené à utiliser différentes parties de son propre corps (ventre, avant-bras, genoux, etc...)

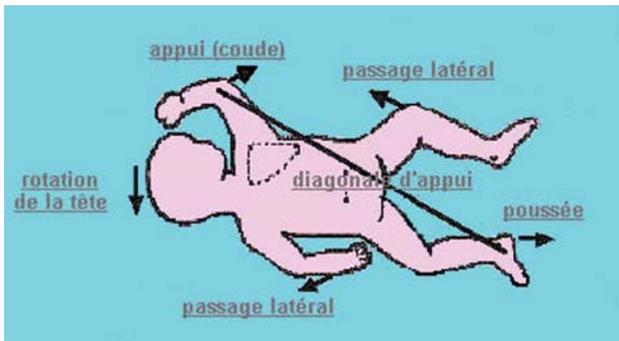
«RAMPER – RÉFLEXE»

Les mouvements phasiques des membres (déplacements visibles de segments corporels) et la rotation de tête sont conditionnés par la création active des points fixes aux extrémités de la «diagonale d'appui» (du coude-visage au talon-nuque); le thérapeute y sera très attentif. L'activité motrice isométrique autour de cette diagonale inclut un travail finement différencié des muscles paravertébraux et des racines des membres.

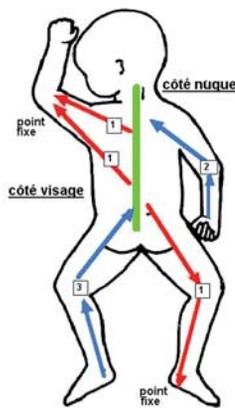
La coordination de l'activité musculaire anti-gravitaire, de l'alignement rachidien actif, de la rotation opposée des ceintures, des contractions musculaires qui irradient aux extrémités des membres, préfigure celle des schèmes supérieurs de locomotion croisée humaine (quadrupédie, marche).

Il existe différentes positions initiales: variantes de la posture ventrale pour le ramper réflexe, posture dorsale ou latérale pour le retournement réflexe, etc...; les combinaisons de zones et de postures initiales offertes au thérapeute sont donc innombrables, elles sont les procédures activatrices d'une fonction centrale coordonnée. Le travail isométrique des séquences posturo-motrices qui caractérise la technique de V. Vojta peut donc être comparé à un «arrêt sur image» lors d'un film, il contribue à rendre plus perceptibles par le SNC les composants de la motricité.

Mais l'impact thérapeutique du frayage selon le principe Vojta ne se limite pas à la motricité. En effet, divers travaux scientifiques ^(6, 7, 8, 9) ont clairement démontré que l'afférentation proprioceptive musculaire contribue largement à la perception kinesthésique, somesthésique et intervient dans d'autres fonctions comme la perception visuelle, et aussi la maturation de fonctions cognitives.



» » Illustration 7 : Direction générale des réponses motrices lors du ramper réflexe



» » Illustration 8 : Représentation schématique simplifiée des chaînes synergiques et sens de traction musculaire lors du ramper réflexe. La chaîne 1 correspond à l'activité stabilisatrice en chaîne fermée. Les chaînes 2 et 3 correspondent à l'activité phasique en chaîne ouverte (si le thérapeute n'y applique aucune résistance), elles entreront en activité isométrique avec l'application de résistances.

La technique de V. Vojta présente des avantages déterminants en physiothérapie :

- 1) Les schèmes exploités lors de la thérapie étant automatiques et innés, ils sont utilisables, même en l'absence de participation consciente du patient, sans limite inférieure ou supérieure d'âge (bébé, personne polyhandicapée, etc...).
- 2) Cette technique est précieuse pour le traitement de territoires corporels dont le contrôle « volontaire » est impossible ou altéré, en l'absence de feed-back visuel, par détérioration du schéma corporel, etc...; le rachis scoliothique, les malformations congénitales diverses en sont de bons exemples.
- 3) Les premiers éléments de réponse sont d'ordre neuro-végétatif et la pratique courante a montré l'influence de la technique sur la circulation sanguine, la respiration, mais aussi sur le système sensoriel, et à long terme sur le développement ostéo-articulaire.

En outre, les chaînes musculaires activées font largement appel aux muscles de la respiration (couple abdomino-diaphragmatique, etc...), aux muscles paravertébraux et du tronc, elles contribuent à une amélioration notable des conditions respiratoires, de la physiologie mictionnelle, du transit et de la défécation.

- 4) Chez le jeune enfant, on a fréquemment constaté que les progrès moteurs ne sont pas isolés, mais coïncident avec une amélioration plus ou moins nette (en fonction de la sévérité des pathologies rencontrées) de l'aptitude relationnelle, de l'appétence à l'égard de l'environnement et de l'initiative locomotrice.
- 6) Dans les pathologies très sévères, où les ambitions fonctionnelles sont limitées et où la menace de dégradation orthopédique est majeure (forte spasticité, asymétrie majeure,...), l'activation régulière d'une fonction musculaire mieux coordonnée, que le patient ne peut en aucun cas produire seul, est un argument thérapeutique important pour prévenir les déformations.

— IV / PRINCIPALES INDICATIONS DE LA TECHNIQUE VOJTA —

- Troubles de coordination centrale moyens et sévères
- Troubles de coordination centrale légers, asymétriques
- Infirmité motrice cérébrale (IMC)
- Torticolis musculaire et neurogène
- Paralysies périphériques (enfant et adulte)
- Myéломéningocèle
- Myopathies congénitales – Malformations congénitales (athrogrypose, pied bot, etc...)
- Syndrome de Morbus Down et autres syndromes – Retards moteurs
- Troubles divers de la posture et du redressement, scolioses, cyphoses
- Dysplasies de hanche
- Hémiplégiе de l'adulte
- Sclérose en plaques
- Séquelles neurochirurgicales,

...(liste non exhaustive)...

— V / CONTRE-INDICATIONS —

Il est préférable de ne pas appliquer la thérapie Vojta dans les cas suivants :

- poussée fébrile aiguë ou maladie inflammatoire
- période de vaccination (pause de 10 jours) , selon avis médical
- grossesse
- maladies spécifiques comme la maladie de Lobstein, dans les maladies cardiaques sévères
- lors des maladies infantiles courantes, la thérapie Vojta peut être temporairement modulée de façon à réduire les contraintes physiques, sans être interrompue
- l'épilepsie n'est pas une contre-indication, mais justifie simplement une suspension ponctuelle de la thérapie le jour d'une crise



- en présence d'une dysplasie avancée de hanche avec tendance marquée à l'excentration, il est judicieux de sélectionner les postures de travail actif permettant un recentrage articulaire
- d'une manière générale, l'intensité du travail musculaire n'est pas un objectif prioritaire car la précision et la coordination des schèmes posturo-moteurs sollicités sont recherchées en priorité

— VI / MODALITÉS PRATIQUES ET COLLABORATION FAMILIALE —

Il a été possible de vérifier que les modifications neuro-physiologiques induites par le fraying subsistent un moment après la séance de travail ⁽³⁾. Il est donc bénéfique, surtout chez le jeune enfant, de répéter le traitement plusieurs fois par jour pour majorer la fréquence et la durée de ces effets.

Dans ce contexte, les conditions thérapeutiques optimales représentent donc au maximum une heure d'application quotidienne, fractionnée en plusieurs plages d'une vingtaine de minutes.

Le thérapeute initie la famille à un traitement standardisé, actualisable, dont il garde naturellement le contrôle technique, ce qui présente l'avantage, chez le nourrisson, de pouvoir réaliser le travail aux moments les plus propices de la journée, et de respecter ainsi les rythmes biologiques.

La collaboration parentale concrète sur la base d'un programme structuré et ciblé, guidée par le praticien, favorise l'instauration d'un climat de confiance et d'engagement réciproques entre le professionnel et la famille. Elle devient rapidement le support d'échanges constants à propos de l'enfant et de son évolution. En cela, cette forme de collaboration contribue à l'information des parents, à la compréhension des situations thérapeutiques par une perception lucide des difficultés comme des progrès, ce qui minore les risques de comportements inadéquats à l'égard d'un enfant au développement aléatoire.

La collaboration familiale permet aussi d'espacer les interventions du thérapeute.

La pratique de cette thérapie est parfaitement compatible avec une vie sociale ordinaire des familles, elle exige seulement un peu d'organisation. Dans beaucoup d'établissements spécialisés, la technique de V. Vojta s'est intégrée à la prise en charge pluridisciplinaire usuelle.

Le suivi de patients adultes nécessite quelques aménagements pratiques spécifiques, mais ne remet pas en cause les axes techniques fondamentaux de la thérapie.

— CONCLUSION —

Le concept Vojta a beaucoup évolué depuis ses origines dans les années cinquante. Cette évolution s'appuie sur l'expérience pratique au long cours de centaines de praticiens de multiples nationalités. Si la thérapie de V. Vojta a été utilisée d'abord essentiellement dans le domaine neuro-pédiatrique, elle offre actuellement un champ d'application beaucoup plus large incluant diverses pathologies de l'adulte.

— CONTACT —

Hugues Lagache
5, rue de Choques
59158 Maulde
France
posmodev@orange.fr

— BIBLIOGRAPHIE (SELON VANCOUVER) —

- 1 Bertinchamp. U. Concept PNF: facilitation proprioceptive neuromusculaire (concept KabatKnott-Voss). EMC (Elsevier Masson SAS), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26075-B-10, 2010
- 2 Vojta V. Reflexbehandlung der Spastizität bei der CP durch aktive Bewegungen am Gebiet der ontogenetisch alten Bewegungsstrukturen Csl. neurol. XXVII/5 (1964) 329-340
- 3 Vojta V: die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnose und Frühtherapie; Enke, Stuttgart
- 4 Vojta V: Die posturale Ontogenese als Basis der Entwicklungsdiagnostik; Kinderarzt 5:669-674 (1989)
- 5 Vojta Vaclav, Peters Annegret: das Vojta Prinzip; Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong (1997)
- 6 Redon-Zouiteni C, Roll JP, Lacert P: Reprogrammation posturale d'origine proprioceptive chez l'enfant infirme moteur cérébral; Masson, motricité Cérébrale 15-2 (1994)
- 7 Rode G, Rosetti Y, Boisson D: Rôle de la vision dans la structuration du geste; Masson, Motricité Cérébrale 1997, 18, 41-52
- 8 Roll JP: les bases physiologiques des conduites: les fonctions de prise d'informations et d'exploration. In: Encyclopédie de la Pléiade, Paris, Gallimar, 1987: 1476-1535
- 9 Roll JP, Vedel JP: Kinaesthetic role of muscle afferents in man, studied by tendon vibration and microneurography. Exp Brain res 1982,47: 177-190

OFFRE D'EMPLOI

Secrétaire médicale avec 7 ans d'expérience cherche emploi à temps partiel.

Maîtrise du logiciel Giphys ainsi que les outils informatiques usuels.

Capable de gérer un cabinet médical / de physiothérapie dans son ensemble.

Libre de suite ou à convenir

Contact: Véronique Magnin, 078/607.03.52 ou kimatayron@hotmail.com