

# Mulligan : technologie illustrée

SERGE OLIVARES

Pas question d'apprendre des techniques sur catalogue. Cet article cherche juste à rendre plus accessible les mobilisations de base par leur visualisation.

## MOTS CLÉS

Kinésithérapie  
Mobilisation  
Mulligan  
Technologie  
Thérapie manuelle

## Introduction

Cet article présente les techniques enseignées par Brian Mulligan [1, 2]. Il ne s'agit évidemment pas d'une présentation exhaustive; le lecteur intéressé pourra se reporter aux publications du concepteur de la méthode (voir bibliographie). N'étant pas moi-même formateur « Mulligan », je ne vous transmettrai que ce que j'ai appris et ce que je pratique couramment. Vous verrez que dans ses ouvrages et dans ses formations, Brian Mulligan propose d'autres techniques telles que les *Spinal Mobilisations With Leg Movement* (SMWLMs) associant mouvement des membres et surpression vertébrale, le « *taping* » (contentions), le *Pain Release Phenomenon techniques* (PRP) utilisant la compression. N'en ayant pas une expérience suffisante, je les ai exclus de cet article. Les techniques « Mulligan » utilisent des mouvements accessoires (glissements) des articulations vertébrales ou périphériques. Ces glissements sont utilisés seuls ou combinés à des mouvements actifs. Ils se font selon un « plan de traitement » propre à chaque articulation, c'est la direction dans laquelle doit se faire le mouvement accessoire. On aura, par exemple, une direction antérieure oblique à 45° pour la colonne cervicale moyenne ou pratiquement horizontale pour la colonne cervicale haute (C1/C2). On tient compte de l'orientation des surfaces articulaires, de la position de la

colonne cervicale (en position neutre, en flexion, en extension...), de la courbure vertébrale du patient.

Ces mobilisations ont la particularité d'être pragmatiques, et n'ont pas vocation à tout soigner, elles n'excluent pas les autres méthodes.

Avant de commencer la mobilisation, le thérapeute évalue la plainte du patient en termes de limitation d'amplitude articulaire et/ou de douleurs associées. Un retour sur cette évaluation servira de guide au traitement. On doit obtenir une amélioration immédiate en termes de douleur ou de mobilité.

Par ailleurs, le patient a souvent des exercices d'auto-entretien à faire. On ne doit pas observer de perte des gains obtenus lors des séances précédentes. Si les gains ne sont pas stabilisés il faut en trouver la cause et peut-être revoir l'indication.

Les manœuvres doivent être indolores, si elles ne le sont pas c'est que la technique est soit mal exécutée (revoir les prises ou la direction de la mobilisation...) ou que la méthode n'est pas indiquée pour ce patient. Cette indolence permet de les utiliser sur des articulations vieillissantes ou fragiles, sans crainte d'aggraver les lésions.

« Ces mobilisations sont pragmatiques et n'ont pas vocation à tout soigner, elles n'excluent pas les autres méthodes. »

Les manœuvres se pratiquent le plus souvent en charge, sur un patient assis ou debout, ceci leur conférant une grande facilité d'utilisation. Pas besoin de table de massage, pas de patient se relevant brutalement et retrouvant ses douleurs dès le pied posé au sol.

Elles peuvent aussi se pratiquer à l'aide d'une sangle, qui devient la troisième main du praticien.

La participation du patient est aussi un élément essentiel. Il lui est demandé de mobiliser son articulation pendant que le thérapeute applique le glissement ac-

Kinésithérapeute

Centre municipal de Romainville, 15, rue Carnot, 9330 Romainville  
E-mail : sergeolivares@free.fr

Article commandé le : 14/02/2008

Article reçu le : 20/05/2008

Article relu le :

– 1<sup>er</sup> relecteur : 12/06/2008

– 2<sup>e</sup> relecteur : 16/06/2008

– 3<sup>e</sup> relecteur : 23/06/2008

Article accepté le : 26/06/2008

cessoire. Plus tard, chez lui, le patient reprendra des auto-mobilisations ou renouvellera son *taping*.

« On doit obtenir une amélioration immédiate en termes de douleur ou de mobilité. »

### Technique n° 1 : *natural apophyseal glides (NAGs)*

Il s'agit d'une mobilisation articulaire, se pratiquant sur la colonne vertébrale de C2 à T3. Elle se pratique sur une course articulaire moyenne. Elle consiste à provoquer un glissement articulaire de la vertèbre sus-jacente par rapport à la sous-jacente. Ce glissement se fait selon le « plan de traitement » de l'articulation.

Il s'agit-là d'un traitement sans participation du patient. Celui-ci est confortablement assis, la tête appuyée contre la poitrine du thérapeute qui est debout à côté de lui. Le thérapeute maintient la tête avec son avant-bras, il peut modifier la position de la tête en imprimant une flexion plus ou moins grande. Il positionne la main proximale avec un doigt en crochet sous l'épineuse de la vertèbre supérieure de l'articulation à mobiliser. À l'aide de l'éminence thénar de la main distale, il imprime une poussée en respectant le plan de traitement (figure 1).

La poussée se fait sur un mode oscillatoire (3 glissements/seconde) répétée environ six fois. Puis le mouvement est réexaminé, une ou deux autres séries peuvent être alors nécessaires.

### Technique n° 2 : *reverse NAG*

On utilise cette technique en cas d'échec d'une manœuvre de NAG sur la colonne cervicale, mais surtout

en première intention sur la colonne dorsale. Ainsi, si on travaille sur C6/C7, on fait glisser C7 (vertèbre sous-jacente) par rapport à C6 (vertèbre sus-jacente). C'est donc la procédure inverse de la précédente. Il s'agit de la manœuvre de choix de la région dorsale supérieure. Le patient est installé dans la même position, la position des doigts de la main mobilisatrice est semblable à celle du mouchage (figure 2). C'est aussi une technique passive.

### Technique n° 3 : *sustained natural apophyseal glides (SNAGs)*

Cette technique de mobilisation vertébrale consiste à produire un glissement accessoire tandis que le patient exécute le mouvement limité. Le patient est en position assise. L'appui peut se faire sur l'épineuse ou latéralement sur l'apophyse transverse (figure 3).



Figure 1. *Natural apophyseal glides (NAG)* de la colonne cervicale.



Figure 2. *Reverse Nags* de la colonne dorsale haute.

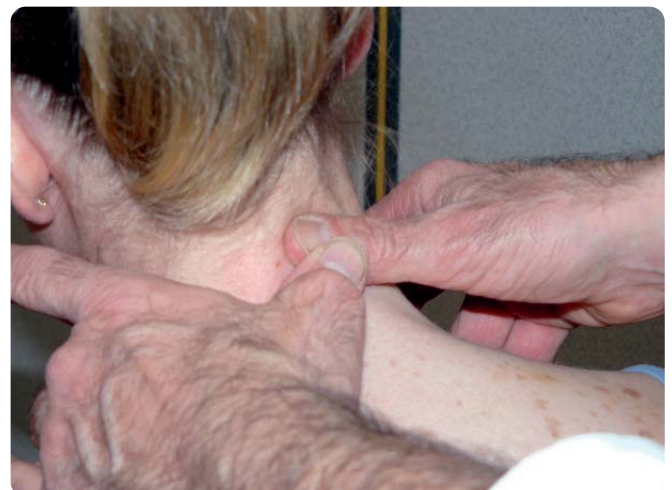


Figure 3. *Sustained natural apophyseal glides (SNAG)* de la colonne cervicale.

La pression respecte le « plan de traitement » et reste indolore. Elle est maintenue jusqu'au retour à la position de départ.

Le choix de son point d'application dépend de l'examen en ce qui concerne l'étage, et de l'efficacité de la mobilisation pour ce qui est de sa latéralisation.

Elle pourra être sur l'épineuse et le glissement sera bilatéral, sur l'apophyse articulaire ou l'apophyse transverse homo- ou contro-latérale pour un glissement unilatéral. S'il n'y a pas d'amélioration avec une localisation, on en essaiera une autre.

Le thérapeute place son pouce gauche sur l'épineuse ou sur l'articulaire, il renforce l'appui avec son pouce droit qui effectue alors la poussée. C'est un mouvement sans oscillation.

Une « surpression » est appliquée à la fin du mouvement, par le praticien ou le patient lui-même (figure 4).

« Les manœuvres doivent être indolores, ce qui permet de les utiliser sur des articulations vieillissantes ou fragiles, sans crainte d'aggraver les lésions. »

#### Technique n° 4: mobilisations with movement (MWMs)

Cette technique associe une mobilisation passive de l'articulation tandis que le patient effectue lui-même un mouvement.

C'est la déclinaison pour les articulations périphériques de ce que nous avons vu sur le rachis avec les SNAGs. Il s'agit toujours d'un glissement effectué par le praticien, associé à un mouvement actif.

Les mêmes règles d'indolence et d'efficacité s'appliquent. Elles peuvent s'appliquer sur les hanches, les genoux, les chevilles, les coudes, les poignets, etc.



Figure 4. Sustained natural apophyseal glides (SNAG) de la colonne cervicale avec surpression appliquée par le patient.

Pour illustrer la technique, nous présentons l'articulation de l'épaule.

Le plus souvent la direction du glissement est oblique postéro-latéralement, parfois – mais beaucoup plus rarement – la direction peut être inverse. L'interrogatoire et l'évaluation de l'application du glissement permettent de le préciser.

Le kiné applique donc une poussée avec son éminence thénar sur la tête humérale, tandis que le patient lève le bras (figure 5). Il faut veiller à ne pas provoquer de douleurs par un appui sur l'apophyse coracoïde; le positionnement correct de la main et la direction du glissement sont essentiels à la réussite de la manœuvre.

Une dizaine de répétitions sont alors effectuées. Le mouvement est réévalué, et une ou deux séries supplémentaires peuvent être réalisées.

En progression, une charge peut être donnée au patient tandis qu'il exécute le mouvement. Lorsque la différence de gabarit est défavorable au praticien, il peut s'aider d'une sangle (figure 6). Ici, le thérapeute applique la

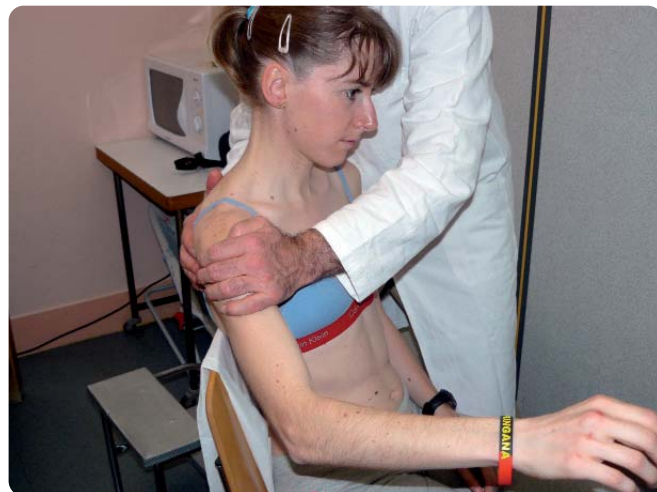


Figure 5. Mobilisation with movement de l'épaule.



Figure 6. Mobilisation with movement de l'épaule avec utilisation d'une sangle.



**Figure 7.** Mobilisation with movement du coude avec utilisation d'une sangle.



**Figure 8.** Exercice d'auto-entretien pour une épaule.

traction à l'aide de la sangle qui est passée derrière son dos et en travers de l'épaule du patient. Celle-ci s'utilise aussi sur la colonne lombaire ou les articulations périphériques (figure 7).

Sur un coude, le thérapeute exécute la traction avec la sangle, le patient tendant ou fléchissant son articulation. Le mouvement réalisé sur cette figure par la patiente est en fait une pression sur la balle de tennis. Cette variante s'utilise en cas d'épicondylalgie.

Comme dans toutes les mobilisations selon le concept « Mulligan », le patient aura, si possible, des exercices d'auto-entretien à refaire à la maison (figure 8). Ici la patiente réalise une antépulsion de l'épaule en appliquant elle-même le glissement. La surpression peut s'apporter simplement en pliant les genoux.

« Le patient mobilise son articulation pendant que le thérapeute applique le glissement accessoire. »

### Conclusion

Les techniques enseignées par Brian Mulligan offrent aux kinésithérapeutes une série d'outils leur permettant d'augmenter leur efficacité tout en restant dans le cadre légal de leurs compétences. Elles leur permettent d'enrichir leur arsenal thérapeutique, en s'intégrant très naturellement dans un schéma thérapeutique classique. La participation active du patient est aussi un élément essentiel de cette approche. Expliquer clairement au patient ce que l'on va faire, ce qu'il doit ressentir, ce que l'on attend de lui entre chaque séance, lui permettent d'être acteur de son traitement.

Bien évidemment, tout ceci nécessite un apprentissage et une pratique régulière pour une efficacité maximum. ●

### RÉFÉRENCES

- [1] Mulligan BR. Manual Therapy 'Nags', 'Snags' and 'Mwms'. Plane View Press, Wellington. 1995.
- [2] Mulligan BR. Self Treatments for Back, Neck, and Limbs: a new approach. Plane View Press, Wellington. 2003.