

Hierarchisation

Le patient vient généralement consulter pour une symptomatologie située au bout d'une chaîne dysfonctionnelle dont il ignore tout ! En général, il n'a de cesse de vous ramener à son symptôme.

Au cours du diagnostic différentiel, il faut momentanément faire la sourde oreille à sa plainte et ne pas se laisser influencer par le symptôme.

Le diagnostic général inventorie l'ensemble des dysfonctions mécaniques du patient. L'ostéopathe relève les constituants d'une ou de plusieurs chaînes dysfonctionnelles mais n'établit aucune responsabilité, aucune causalité, ni aucune hiérarchie dans les dysfonctions observées. À l'issue de cette étape diagnostique, beaucoup de pistes sont envisageables. Il faut alors sérier les différentes possibilités, avant de se lancer dans toutes les investigations spécifiques possibles.

L'art du diagnostic différentiel – il s'agit bien d'un art et non d'une science – consiste à modéliser les divers éléments de la chaîne du déséquilibre, pour établir la pathogénie propre au patient.

En pratique, déterminer la pathogénie d'un patient, c'est trouver par où commencer son traitement. Il ne s'agit pas d'un désir de satisfaction intellectuelle, mais d'une recherche d'efficacité et d'innocuité car une grande partie du résultat en dépend directement. L'ordre dans lequel on va manipuler une chaîne dysfonctionnelle est très important. En le suivant, on réduit le risque manipulatif au niveau vertébral, on diminue l'appréhension du patient et on évite bon nombre de réactions douloureuses après le traitement. On voit ainsi tout l'intérêt d'accorder une grande attention à ce temps diagnostique.

Pour sélectionner et hiérarchiser les dysfonctions trouvées, il n'existe pas de procédé unique. Chaque cas nécessite une grande adaptabilité pour organiser vos investigations.

Cependant, la détermination de l'origine d'un déséquilibre mécanique s'appuie sur une *convergence diagnostique*.

La hiérarchisation recherche d'abord le système mécanique le plus important dans l'organisation des dysfonctions. Qu'est-ce qui paraît primer : le système musculosquelettique ; le système crâniosacré ; la mécanique viscérale ?

Les responsabilités peuvent être partagées ; le fait d'impliquer un système ne met pas automatiquement les autres hors de cause.

Il faut ensuite élaborer un schéma dysfonctionnel probable, regroupant les principaux symptômes et les différents signes fonctionnels associés en un *tableau clinique mécanique cohérent*.

Il existe bien entendu des limitations et des difficultés pour atteindre ce but idéal. La hiérarchisation n'explique pas forcément tout. Il est très rare que l'ensemble des symptômes rentrent intégralement dans le canevas explicatif.

Cadre de la hiérarchisation

Deux grands cas de figure se présentent :

- le patient a une symptomatologie qui s'exprime au moment de la consultation ;
- le patient consulte pour un problème qui n'est pas manifeste au moment de la consultation.

La symptomatologie s'exprime

Quel que soit le symptôme en cause (douleur, limitation articulaire, bourdonnement d'oreille ou autre manifestation ressentie par le patient), sa présence et son expression pendant la séance en font une aide de première importance dans la détermination du schéma dysfonctionnel.

C'est la même chose si la pathologie est déclenchée par un mouvement actif ou une manœuvre spécifique, par exemple la recherche du signe de Lasègue. Dès lors, on prend ce symptôme en référence et on observe son évolution en fonction des tests qui peuvent soit le majorer, soit le diminuer, voire le faire disparaître.

L'utilisation de tests d'aggravation, de tests de soulagement ou de tests d'inhibition permet de mettre en « balance » le poids des différentes dysfonctions et fait émerger celle dont la responsabilité est la plus probable.

La symptomatologie ne s'exprime pas

Lorsque les symptômes ne se manifestent pas pendant la séance, il s'agit généralement de cas chroniques ou subaigus.

Le champ d'investigation est beaucoup plus vaste et il faut généralement faire appel à d'autres outils de sélection et de hiérarchisation pour déterminer l'impact des différentes dysfonctions.

Outils de hiérarchisation

Les outils de hiérarchisation sont très nombreux. Certains dépendent de l'analyse du praticien, d'autres du patient. Aucun n'est d'un usage systématique.

Résultat des écoutes

Les écoutes générales et locales fournissent des renseignements primordiaux pour la mise en perspective des différents problèmes du patient.

L'écoute détecte les déséquilibres majeurs, tels qu'ils s'expriment au plus profond des tissus.

Toute zone d'attraction révélée par l'écoute manuelle donne une importance particulière aux dysfonctions qui s'y trouvent. C'est là que se situe le déséquilibre principal du patient au moment de l'examen clinique.

À l'inverse, une dysfonction située hors de cette zone est moins importante dans le déséquilibre du moment.

Qualité des dysfonctions

Les routines utilisent des tests de nature plus ou moins binaire ; cependant, avec un peu d'habitude, ces tests donnent aussi des renseignements de nature qualitative sur la dysfonction.

Les informations tactiles sont différentes selon la sévérité et l'intensité d'une dysfonction. L'existence d'une très faible mobilité rapidement limitée ou, au contraire, celle d'une fixation massive, sans aucune mobilité, fournissent une indication sur le degré d'atteinte de l'élément anatomique évalué.

On peut percevoir une sensation différente dans l'arrêt du mouvement. Ce dernier peut être net et brutal ou, au contraire, être doux et progressif.

Cette appréciation qualitative est intéressante pour la hiérarchisation. Les différences qualitatives marquées portent le nom de disparité. Elles donnent une notion de gravité, d'importance et de sévérité différentes.

Généralement, plus la perte de mobilité est importante et massive, plus grande est la probabilité d'être en présence d'une dysfonction primaire.

À l'inverse, la perception d'une restriction de mobilité incomplète est souvent synonyme de dysfonction secondaire.

Par exemple, une dysfonction somatique vertébrale peut se rencontrer dans les cas. Elle peut être primaire traumatique, secondaire à une autre dysfonction viscérale, ou encore à une tension de la dure-mère. Chacune de ces éventualités s'accompagne d'une sensation particulière lors du test de mobilité.

Pathogénicité des dysfonctions

Toutes les dysfonctions n'ont pas la même valeur pathogénique. Certaines sont beaucoup plus déstabilisantes que d'autres pour l'organisme.

La pathogénicité d'une dysfonction dépend de plusieurs facteurs, comme le type, la nature, la localisation ou la complexité.

Type

Un même élément peut voir sa mobilité perturbée de bien des façons. Nous avons précédemment défini les notions de dysfonctions physiologiques et aphysiologiques. Leur pathogénicité n'est pas la même.

Voici quelques exemples.

Au niveau vertébral, toutes les dysfonctions somatiques ne se valent pas.

Les dysfonctions somatiques physiologiques respectent les lois du mouvement vertébral. Elles sont moins pathogéniques que les dysfonctions somatiques aphysiologiques, qui créent des sollicitations mécaniques beaucoup plus importantes.

Ainsi, les dysfonctions dites de 3^e degré du tripode, de translation sont de loin les plus sévères. Elles se traduisent par une sensation de fixation bilatérale lors des tests vertébraux de routine.

Ce sont généralement des dysfonctions très « bruyantes », créant des perturbations neurovégétatives très importantes.

Au niveau du bassin, toutes les dysfonctions traumatiques du sacrum, notamment celles en flexion latérale, sont à considérer avec beaucoup plus de soin que les dysfonctions physiologiques. En effet, ces dysfonctions induisent des déséquilibres, localement et à distance, et peuvent avoir de graves conséquences statiques et dynamiques.

Au niveau du crâne, une dysfonction en compression de la symphyse sphéno-basilaire crée une telle perturbation qu'elle constitue un obstacle à tout traitement. Quelles que soient les dysfonctions surajoutées, la compression, ou l'impaction traumatique, représente sans doute l'un des plus hauts degrés de pathogénicité.

Nature

Selon le tissu affecté par une dysfonction mécanique, les conséquences sur l'ensemble du corps sont plus ou moins sévères. Certains organes ou tissus assurent des fonctions hémodynamiques. Aussi, les perturbations mécaniques dont ils sont le siège engendrent de nombreux influx proprioceptifs et nociceptifs, eux-mêmes générateurs de dysfonctions secondaires.

Les fixations de la dure-mère et des méninges en général, éléments protecteurs du système nerveux central, entraînent de multiples adaptations posturales. Ainsi, elles contribuent à créer de nombreuses dysfonctions somatiques le long de l'axe vertébral.

Par conséquent, les tensions ou les dysfonctions des méninges doivent être considérées comme des dysfonctions primaires vis-à-vis des dysfonctions somatiques rachidiennes, particulièrement au niveau cervical supérieur.

Certains organes comme le foie, le rein, l'ensemble pleuropulmonaire et le système cœur-péricarde sont également générateurs

de dysfonctions secondaires rachidiennes particulièrement sévères ou expressives.

Ces éléments, par leurs connexions ligamentaires, par la richesse de leur système vasculaire ou par la complexité de leur innervation neurovégétative, donnent très facilement des dysfonctions somatiques, pouvant s'exprimer de façon aiguë.

Dans une certaine mesure, l'utérus chez la femme et la prostate chez l'homme appartiennent aussi à cette catégorie.

En pratique, toutes les dysfonctions viscérales ou neuroméningées doivent être considérées comme potentiellement primaires. Par les influx nociceptifs et les déformations proprioceptives qu'elles génèrent, on a toujours intérêt à les manipuler avant les dysfonctions vertébrales. Les dysfonctions vertébrales qui ne sont pas résolues par ce traitement font alors l'objet d'une manipulation spécifique.

Lorsque les dysfonctions somatiques vertébrales sont aphysiologiques, elles ont plus de chance d'être primaires ; on peut alors déroger à cette règle.

Localisation

Selon leur emplacement, les dysfonctions somatiques vertébrales n'ont pas la même pathogénicité. Les rapports anatomiques et la situation biomécanique sont des paramètres déterminants.

Au niveau rachidien, la richesse des interactions avec le système nerveux autonome est fondamental. La zone vertébrale comprise entre C7 et L2 est sans doute la plus importante de ce point de vue. Rappelons que c'est sur ce segment de moelle épinière que l'on trouve les principaux centres neurovégétatifs du long du tractus intermediolateralis. C'est aussi dans cette région qu'émergent, à chaque niveau vertébral, les rameaux communicants blancs.

Le type de courbure sagittale dans laquelle se situe la dysfonction a aussi un impact sur la valeur pathogénique. L'expérience montre que les dysfonctions situées dans les courbes

res dites primaires que sont les zones de cyphose reçoivent plus d'attention que celles situées dans les courbes dites secondaires que sont les lordoses.

Ainsi, les dysfonctions somatiques situées aux niveaux cervical ou lombaire sont généralement adaptées de dysfonctions situées dans les cyphoses adjacentes. En première intention, il est rarement indiqué de les manipuler.

Complexité

Selon le degré de complexité de la dysfonction, la détermination de la primarité peut être plus ou moins difficile.

Par exemple, le tableau complexe d'une séquelle de whiplash associe des dysfonctions somatiques, des dysfonctions viscérales et des dysfonctions craniocervicales.

Dans un tel contexte, il faut considérer que les éléments mous sont plus primaires que les éléments durs. Ainsi, les méninges, les racines rachidiennes et les nerfs agissent comme de véritables freins sur la mécanique vertébrale. Les systèmes ligamentaires viscéraux engendrent également d'importantes tensions.

Tous ces éléments doivent être considérés comme responsables aussi bien de la chronicité des déséquilibres rachidiens que des récurrences algiques itératives.

Lorsqu'elle s'impose, la manipulation de dysfonctions somatiques n'intervient qu'après traitement des structures neuroméningées et viscérales.

Odeurs

Le propre d'un diagnostic clinique est de reposer sur des perceptions sensorielles. La main est un élément de premier rang, mais les autres sens ont aussi une grande importance, notamment l'olfaction. L'odeur est un très bon reflet du métabolisme et des habitudes toxiques du patient.

Les odeurs sont révélatrices du fonctionnement viscéral, de la physiologie générale et des habitudes de vie du patient. Ainsi, des modifications des odeurs corporelles accom-

pagnent certaines dysfonctions ou certaines maladies. La consommation d'alcool ou de tabac, un défaut d'hydratation ou encore un régime alimentaire déséquilibré influent également sur cette donnée.

Dans notre pratique, les odeurs corporelles de certains patients nous orientent fréquemment vers un diagnostic. Un patient présentant un dysfonctionnement renal n'a pas le même odeur qu'un colopathe, qui n'a pas le même odeur d'un hépatique. Celui qui a travaillé suffisamment dans un service de neurologie sait que l'odeur très particulière d'un hématopathe ne s'oublie jamais ! Chez la femme, de simples changements de l'équilibre estrogénique au cours du cycle peuvent créer des odeurs très particulières, bien marquées au niveau de la chevelure.

Comment décrire une odeur ? Comment transmettre ses propres observations ? Nous n'avons pas la réponse, mais nous ne pouvons que vous encourager à essayer de sentir et d'identifier les effluves de vos patients. Mémorisez certaines odeurs que vous reconnaîtrez sur différents individus porteurs d'affections comparables. Assez rapidement, vous pourrez, avec une certaine fiabilité, associer des odeurs à des dysfonctions.

Tests complémentaires

Certains tests permettent d'évaluer l'impact mécanique d'une dysfonction au sein d'une chaîne myo-fascio-articulaire.

On distingue :
- les tests d'aggravation ;
- les tests de soulagement ;
- les tests d'inhibition.

Tests d'aggravation

Ce sont des tests d'« accumulation mécanique ». Ils augmentent l'influence mécanique d'une dysfonction pour en mesurer l'impact sur un symptôme donné. Pour les réaliser, on peut :

- alourdir un élément anatomique afin de l'impliquer plus fortement dans une chaîne de dysfonctions ;

- tendre la chaîne mécanique dysfonctionnelle, pour en majorer l'influence à distance.

Exemple : vos routines viscérales vous révèlent une perte de viscoélasticité de la région ombilicale. Votre palpation précise que les anses grêles sont posées et fixées.

Pour effectuer un test d'aggravation, prenez contact avec la partie supérieure de la masse grêle et poussez-la en bas, vers la région hypogastrique. Interrogez le patient sur l'évolution du symptôme pris comme référence : lombalgie, pesanteur pelvienne, ou autre.

La majoration du symptôme de référence par le test indique la responsabilité mécanique de l'élément testé dans la genèse du symptôme (figure 14.1).

Tests de soulagement

Ce sont des tests de « soustraction mécanique ». Ils diminuent l'influence mécanique d'une dysfonction pour voir si la symptomatologie disparaît. Pour les réaliser, on peut :
- soustraire un élément à la pesanteur afin de soulager mécaniquement la chaîne ;
- détendre progressivement la chaîne pour observer si le symptôme diminue au fur et à mesure de la manœuvre.

Exemple : vos routines viscérales vous montrent une fixation de l'hyppochondre droit, que vous pensez imputable à une pose du foie.

Pour effectuer un test de soulagement, prenez contact avec la face inférieure du foie et soulevez délicatement le foie, afin de le plaquer contre le diaphragme. Il existe deux grands moyens de vérifier l'efficacité du soulagement :

- vous pouvez interroger le patient sur l'évolution d'un symptôme de référence, en l'occurrence ce peut être une gêne respiratoire ou encore une douleur du rachis cervical ou de l'épaule droite. L'amélioration du symptôme par la manœuvre montre



Figure 14.1. Test d'aggravation au niveau ombilical.

l'implication mécanique du foie dans le déséquilibre ;

- vous pouvez prendre en référence un mouvement articulaire limité et observer si le soulagement du foie permet une amélioration de la mobilité active soit de l'abduction de la scapulo-humérale, soit de la rotation cervicale, alors la responsabilité mécanique hépatique est établie (figure 14.2).

Tests d'inhibition

Les tests d'inhibition sont souvent confondus avec les tests de soulagement. Pourtant, ils



Figure 14.2.
Test de soulagement de l'hypochondre droit.

sont très différents, tant dans l'esprit que dans la réalisation. Leur mécanisme n'est pas encore connu. Nous pensons qu'ils mettent en jeu le système nerveux, très certainement par le biais d'informations proprioceptives ou nociceptives.

Ces tests jouent sur l'écoute tissulaire d'un élément en dysfonction. Le fait de suivre manuellement l'écoute d'une structure en dysfonction primaire, manœuvre qu'on appelle *induction*, permet de créer une réaction de libération instantanée sur ses dysfonctions secondaires.

Exemple : vous avez trouvé une perte de viscoélasticité de l'hypogastre et une dysfonction somatique du sacrum. Des tests plus précis vous montrent que l'utérus est fixé.

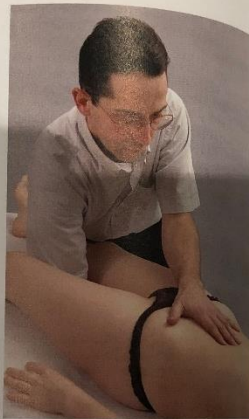


Figure 14.3.
Inhibition sacrohypogastrique.

Pour déterminer qui, de l'utérus ou du sacrum, est en dysfonction primaire, vous pouvez utiliser un test d'inhibition (figure 14.3).

La patiente en décubitus, posez une main sous le sacrum et une main sur l'hypogastre, en regard du fond utérin.

Testez les mouvements mineurs du sacrum ou écoutez sa mobilité respiratoire et notez les paramètres perturbés.

Faites ensuite une écoute tissulaire sur l'utérus. Faites une induction, en majorant et en suivant l'écoute utérine. Vérifiez à nouveau les possibilités de mouvement du sacrum. Sont-elles améliorées ?

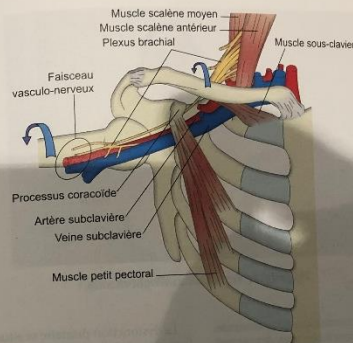


Figure 14.4. Anatomie du test d'Adson-Wright.

Si c'est le cas, l'inhibition utérine améliorant la mobilité du sacrum, c'est un signe de dysfonction primaire de l'utérus ; le sacrum n'est, selon toute vraisemblance, qu'en dysfonction secondaire.

Si ce n'est pas le cas, faites une induction sur le sacrum, dans le sens de l'écoute, et observez si l'écoute de l'utérus change. Si oui, c'est le sacrum qui est cette fois-ci en dysfonction primaire, et non l'utérus.

Ce principe d'inhibition peut être généralisé pour comparer des dysfonctions, deux à deux.

Tests d'impact général

Il s'agit de tests qui mesurent le retentissement d'une dysfonction sur l'individu dans sa globalité.

■ Tension artérielle

Nous avons vu que la prise de tension artérielle doit être systématique chez les patients qui présentent des facteurs de risque cardiovasculaires.

En dehors de ces cas, la prise de tension systolique aux deux bras peut vous aider à voir plus clair dans la pathologie d'un patient. Toute différence de plus d'un point de la tension systolique entre le côté droit et le côté gauche est significative. Une telle inégalité porte le nom d'*anisotension*.

Il existe généralement une prédominance des dysfonctions du côté de la tension la plus basse. On peut retrouver par exemple :

- une rétraction ou une fibrose tissulaire au niveau du membre supérieur, au niveau de l'orifice supérieur du thorax ou de la colonne cervicale ;



Figure 14.5. Test d'Adson-Wright modifié.

- une dysfonction somatique de la clavicule, de la colonne cervicale basse ou des premières côtes ;
- une fixation viscérale, le plus souvent homolatérale.

■ Test d'Adson-Wright modifié

Le test d'Adson-Wright (figure 14.4) étudie les éventuelles variations du pouls radial. Il s'effectue en plaçant le membre supérieur en abduction-rotation externe d'épaule, coude fléchi à 90° et en vérifiant l'impact de cette position sur le pouls radial homolatéral.

Dans cette position, il se produit une fermeture de la pince costoclaviculaire et du tunnel sous-pectoral qui permet d'objectiver les syndromes du défilé thoracique.

Une variante, proposée par J.-P. Barral et P. Mercier, ajoute une inclinaison latérale et une rotation opposée de la colonne cervicale. Ce test, parfois appelé Soto-Hall, recherche la diminution ou la disparition du pouls radial (figure 14.5).

La dysfonction primaire se situe du côté où le pouls radial disparaît.

Il est possible de compléter ce test prioritaire parmi plusieurs dysfonctions (figure 14.6).

Supposons que le test soit positif du côté droit et que vous avez trouvé plusieurs problèmes mécaniques :

- une fixation du foie ;
- une fixation du dôme pleural droit ;
- une fixation de la clavicule droite.

Pour savoir quelle est la plus gênante pour le patient, procédez de la manière suivante.

Placez le bras dans la position exacte où le pouls radial disparaît. Exercez ensuite une inhibition hépatique, en repoussant l'épaule doucement en haut et en arrière, et vérifiez si le pouls radial réapparaît. Faites ensuite une manœuvre d'inhibition ou de soulagement des autres dysfonctions, en venant à chaque fois si le pouls radial réapparaît.

La manœuvre d'inhibition la plus efficace pour la restauration du pouls radial indique la localisation dysfonctionnelle la plus prioritaire.



Figure 14.6. Test d'Adson-Wright complété.

Liens logiques

Le raisonnement permet d'établir des liens logiques et des relations de cause à effet. Lors d'un diagnostic, il faut dégager les évidences anatomophysiologiques. Pour cela, des connaissances d'anatomie, de biomécanique, de physiologie articulaire, de physiologie et de physiothérapie sont indispensables.

Les éléments que l'on nomme *liens ostéopathiques* sont des raccourcis habituels qui désignent ces différents liens logiques.

Attention

Les liens logiques doivent relier les dysfonctions détectées par la main. Ils ne doivent en aucun cas servir à pallier un déficit de perception manuelle pour construire un diagnostic purement intellectuel.

Liens analogiques

L'analogie établit un rapport, une similitude entre plusieurs éléments différents. C'est un raisonnement fondé sur la mise en évidence

de ressemblances. C'est une faculté de penser, qui peut toucher la forme, la fonction, la situation ou l'apparence.

L'analogie est un procédé de l'esprit qui est toujours partiel et parfois... accidentel. Avec ses grandeurs et ses limites, elle peut parfois aider à sérier des dysfonctions qui n'ont apparemment que peu de rapports entre elles.

Voici quelques exemples de relation analogique.

- Le rein, l'oreille et le pied ont une forme globale presque identique de charcut. Ils ont une relation d'*analogie morphologique*. En une relation d'*analogie fonctionnelle*, on constate une pathologie fonctionnelle, on constate souvent que le rein peut donner des douleurs de la plante du pied ou encore qu'il est impliqué dans des problèmes d'acouphènes (figure 14.7).

- L'articulation temporo-mandibulaire, l'articulation scapulo-humérale ainsi que la culation scapulo-humérale ainsi que la culation coxofémorale présentent une relation d'*analogie structurale*. Ces trois complexes articulaires possèdent des fonctions mécaniques comparables et le temporal, les niques comparables et le temporal, l'omoplate et l'os coxal sont souvent liés dans les dysfonctions craniocervicales.

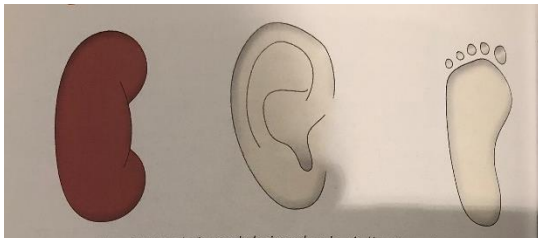


Figure 14.7. Analogie morphologique du rein, de l'oreille et du pied.

- La surface du cerveau est visuellement très proche de la surface de l'intestin grêle. Les deux structures présentent une *analogie d'apparence*. En physiologie, il est surprenant de constater que de nombreuses substances neuromédicamenteuses sont élaborées et/ou utilisées conjointement au niveau du cerveau et de l'intestin grêle.

La doctrine des cinq éléments de la médecine chinoise est majoritairement fondée sur des relations analogiques. Les praticiens familiers de ses aspects utilisent des corrélations parfois surprenantes. Par exemple, l'élément bois se rattache au foie, au printemps et à la couleur vert, à l'émission de colère, aux yeux et aux tendons.

C'est également au niveau analogique que se situe la dimension symbolique des maladies et des symptômes. Ceux qui utilisent les techniques d'approche somato-émotionnelle se servent quotidiennement de ce décodage.

Chronologie des antécédents

L'ancienneté et l'ordre d'apparition des lésions, des dysfonctions ou des symptômes sont de la plus haute importance, tant sur le plan du diagnostic que du pronostic. Ces éléments recueillis lors de l'interrogatoire, permettent d'organiser dans le temps certains enchaînements dysfonctionnels.

Les antécédents traumatiques, chirurgicaux ou obstétricaux sont datés. Ils regroupent différents facteurs dont certains ont pu perturber la mécanique du patient. Ils constituent de précieux indices étiologiques dont la valeur doit être confrontée aux découvertes de l'examen clinique.

On ne peut pas traiter de la même manière un patient porteur d'une dysfonction depuis quelques jours ou depuis de longues années. La récupération est d'autant plus longue que le patient est installé depuis longtemps dans sa pathologie.

Biotype, terrain

Chaque patient, selon son biotype, possède ses faiblesses et ses forces :

- les faiblesses ont une importance diagnostique considérable. Elles permettent de comprendre comment la décompensation s'établit dans le corps ;

- la connaissance des forces permet de conduire le traitement en les utilisant au mieux pour favoriser la guérison.

La connaissance du biotype permet de prévoir plus ou moins un schéma pathogénique préférentiel.

Pathologies sous-jacentes

Tout comme le terrain, l'existence d'une pathologie connue est déterminante. Elle indique comment l'organisme a pu être poussé dans ses derniers retranchements. La pathologie affaiblit également certains éléments et fait le lit de décompensations.

Connaissances sémiologiques

Il existe une sémiologie classique des diverses pathologies organiques. De la même façon, on trouve de véritables tableaux cliniques, plus ou moins complets et plus ou moins typiques, lors de certaines atteintes fonctionnelles.

La connaissance de cette sémiologie est fondamentale pour comprendre l'enchaînement de certaines dysfonctions. Par exemple, les séquelles de *whiplash* donnent une symptomatologie fonctionnelle qui constitue un bon exemple d'un tableau clinique propre à l'ostéopathie.

Expérience

Dans la mesure où elle fait l'objet d'une remise en question permanente, l'expérience du praticien est intéressante pour la hiérarchisation. Le fait d'avoir été confronté à un grand nombre de cas influe forcément sur les capacités d'analyse du thérapeute. Il faut toutefois rester suffisamment malléable et ne pas s'ancrer à des idées reçues qui pourraient révéler fausses.

Intuition

L'intuition est l'une des plus anciennes facultés de l'homme. Elle s'apparente à un instinct supérieur, antérieur à la parole. Elle est aujourd'hui souvent cachée derrière le rationnel.

Selon Cappon, « l'intuition saisit en un éclair le portrait global et les relations entre les éléments plutôt que les éléments eux-mêmes ».

Cette intelligence intuitive, rattachée à notre cerveau « primitif », possède des expériences et des ressources insoupçonnées. Elle est caractérisée par la globalité et l'instantanéité.

L'intuition utilise un système de réponse immédiate, indépendant de la pensée, désencombré des hésitations et des doutes.

La pensée logique a développé des mécanismes de défense pour éviter les intrusions de l'intuition. Ces mécanismes deviennent perméables pendant les rêves, défectueux en cas de maladie mentale et peuvent s'écrouler complètement lors de la sénilité.

L'intuition n'a rien à voir avec la spiritualité ou la religion. C'est une intelligence qui ne se rattache pas à un domaine de connaissance théorique, mais qui dépend directement d'une expérience.

Pour l'approcher, il ne faut pas la considérer comme une réalité extérieure mais, au contraire, se tourner vers soi. Cet investissement personnel et subjectif s'exécute ni la rigueur, ni le discernement.

Comme l'indique son étymologie latine *intueri*, regarder vers l'intérieur, l'intuition est une expérience profonde de certitude intérieure.

Dans de nombreuses disciplines scientifiques, comme la physique, l'intuition joue un rôle fondamental. C'est parfois l'unique façon de connaître. La plupart des découvertes, des changements et des grands apports scientifiques ont été intuitifs.

L'histoire de la découverte de la relativité par Albert Einstein illustre bien ce phénomène. Il se voyait littéralement assis, chevauchant un rayon de lumière, en train d'examiner l'univers et imaginait quelle allure cela aurait avec ce point de vue. Il a ensuite tout trouvé à partir de là.

Le physicien John Archibald Wheeler, qui a travaillé pendant un quart de siècle avec Einstein, recommandait constamment à ses étudiants de ne jamais effectuer le moindre calcul avant de connaître la réponse. « Si vous ne savez pas d'avance la réponse, disant qu'il est complètement inutile de faire des calculs ».

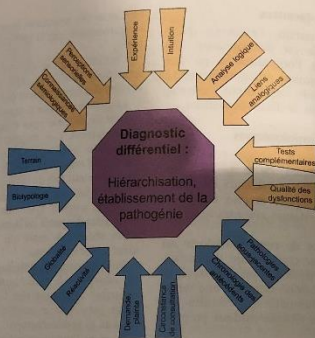


Figure 14.8. Éléments utilisables pour la hiérarchisation des dysfonctions.

Même dans des découvertes plus simples, la marque de l'intuition réside souvent dans l'élégance et la beauté des solutions trouvées.

La technique et les années de pratique n'ont rien à voir avec l'intuition. La technique sert à exprimer et à formuler son intuition. Si Einstein n'avait jamais étudié la physique et les mathématiques, il n'aurait jamais découvert la relativité. S'il possédait les mêmes outils que les physiciens de son époque, il posséderait vraisemblablement quelque chose de plus. Un quelque chose qui lui a permis d'avoir un regard « désencombré », lui permettant de recevoir cette vision claire.

La place de l'intuition dans le diagnostic est incontestable. Toute intuition doit être respectée et néanmoins vérifiée par une évaluation rigoureuse. S'il faut apprendre à se faire confiance, il serait dangereux de cons-

truire aveuglément son diagnostic sur ce seul paramètre.

L'intuition est tout à la fois une forme d'intelligence et un sens à développer.

Circonstances de consultation

La nature même du motif de consultation aide à hiérarchiser les dysfonctions (figure 14.8). Les buts du traitement doivent être bien présents à l'esprit, pour ne pas s'égarer en cours de route.

- Si le motif de consultation est simple avec une cause ou un point de départ précis, il s'agit généralement d'un épisode aigu, assez récent et d'origine traumatique. Votre diagnostic doit d'une part réaliser le bilan des lésions et des dysfonctions, et d'autre part déterminer l'état du patient juste avant l'épisode traumatique. Les objectifs du traitement sont la correction des conséquences

de l'évènement traumatique, en ramenant le patient dans cet état préalable, et la prévention des récurrences.

- Si le motif de consultation est complexe, avec une origine imprécise, restant à déterminer, il s'agit le plus souvent d'une affection chronique ou d'un problème de terrain ancien. Votre diagnostic doit déterminer où se situe la perte d'adaptation du patient. Il faut grouper les symptômes et les signes dans un schéma dysfonctionnel cohérent pour s'approcher de l'étiologie la plus probable.

Attention

La plainte et la demande du patient font parfois reconsidérer les priorités de traitement. Toutefois, cela ne doit pas remettre en cause votre diagnostic manuel. Ce que vos mains détectent et ce que votre esprit analyse sont les éléments objectifs de votre diagnostic. La demande du patient peut influencer votre décision thérapeutique, mais ne change pas sa réalité mécanique.