

Bienvenue dans le Cluedo ostéopathique. Comme tous les jeux il y a des règles à respecter, des subtilités à découvrir et tout un cheminement pour accéder à la victoire.

Si vous avez l'âme d'un Sherlock vous allez jouer tout en progressant et surtout en prenant plaisir...ce jeu est tellement passionnant...

Le patient = l'affaire à résoudre

L'ostéopathe = l'inspecteur de police

Les tests = l'investigation

Les dysfonctions trouvées = les différents suspects

La dysfonction primaire = le principal coupable

Le hiérarchisation = l'arrestation du coupable

La chaine dysfonctionnelle = Tous les complices

# Quelques réflexions préalables pour envisager le raisonnement ostéopathique

Chaque fois que nous testons et corrigeons la dysfonction ostéopathique, nous nous adressons non seulement à la petite zone de la tension élevée des tissus mais aussi à tout un système nerveux d'organisation complexe. « Cela signifie que, dans le cas le plus général, le résultat de la réaction se joue non pas au point de départ des stimuli mais au point de leur destination ou de leur réception.

Une toute petite ligne de poudre éloignée d'une grande masse d'explosif peut produire un effet colossal ; une large piste de poudre qui mène tout droit à la bombe ne produit aucun effet si son point de destination est mouillé. [A. Ukhtomsky, op.cit., p. 83.]

C'est dans cette logique que nous pouvons expliquer des changements systémiques et systématiques variés dans le fonctionnement de l'organisme chez nos patients après la correction d'une seule ou plusieurs dysfonction(s) ostéopathique(s).

Véritable clef de voute de notre prise en charge, cette étape manuelle et intellectuelle est déterminante.

Au cours de cette étape, nous allons avoir des actions qui, générant des pensées, influenceront nos actions futures.

Au cours de cette étape, nous allons utiliser une routine de tests.

Une routine c'est la grille de lecture manuelle du patient. Chaque test que vous y intégrerez l'alimentera. Chaque type de test permettra de couvrir un panel de sensations différentes.

Plus vous aurez de tests différents, plus votre diagnostic nourrira une compréhension plus complète des équilibres du patient.

Ainsi, l'importance ne réside pas dans le nombre de tests, mais dans la variété, la qualité et la diversité. Il faut évidemment un minimum d'outils d'analyse pour avoir une vision suffisante, d'autant plus chez vous qui commencez l'aventure

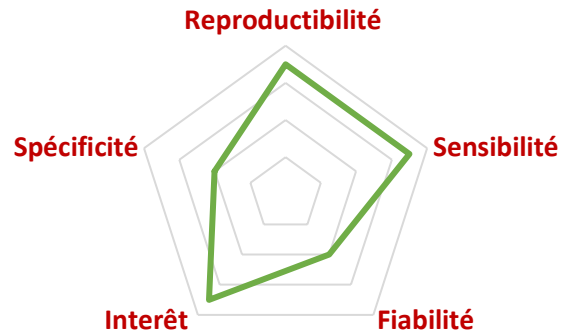
. C'est avec l'expérience, c'est-à-dire l'enregistrement de nombreuses sensations et la confrontation répétée aux variations de sensations, que vous pourrez vous permettre de retirer certains tests tout en arrivant à des diagnostics précis avec très peu de tests.

## Les tests de routine debout

### *L'écoute globale debout*



### *Caractéristiques du test*



- Positionnement du patient
  - Debout
  - Bras le long du corps
  - Regardant devant lui
- Positionnement du thérapeute
  - Debout à côté du patient. Même s'il n'y a pas de règles absolues nous vous recommandons, afin de fiabiliser vos sensations, de toujours vous positionner du même côté.
  - Une main posée sur le crâne du patient. Il n'est pas obligatoire que cela soit la main dominante.
  - Si la différence de taille entre le patient et le thérapeute est trop marquée (si le thérapeute est bien plus petit que le patient) cela va entraîner une tension exagérée dans le bras du thérapeute rendant difficile l'écoute. Il vaudra mieux dans ce cas se passer de ce test.

- Intentions manuelles

- Il faut se positionner dans une intention d'accueil d'information. Dans ce test vous n'êtes qu'observateur et non acteur.
- Pratiquement lors de ce test nous combinons le fait de poser la main sur le vertex avec l'ordre verbal donné au patient de fermer les yeux.

- Intentions intellectuelles

- Intellectuellement ce test suppose d'avoir chronologiquement deux attitudes mentales dichotomiques
  - Une première phase de neutralité absolue où le seul objectif mental est d'être en pleine conscience pour accueillir, sans jugement, la sensation, quelle qu'elle soit
  - Une fois la sensation accueillie, tout en continuant sa perception, il faut en apprécier la direction, la profondeur, l'intensité, la qualité de son arrêt...
  -

Une fois le « process » d'écoute terminé et la main enlevée, une stratégie mentale est nécessaire pour savoir que faire de cette information nouvellement glanée.

La mémoire de court terme étant très brève, il va falloir être capable de déplacer les informations obtenues dans une zone mémorielle entre la mémoire de court terme et celle de long terme.

Il faudra lui donner suffisamment de valeur pour l'engrammer délicatement, mais il ne faudra pas lui donner trop de place afin de pouvoir recueillir les futures informations.

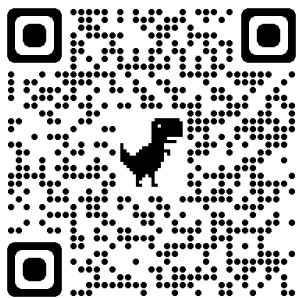
De plus, l'écoute générale debout est un test que l'on pourrait qualifier de *test à « valeur relative »*.

Ce test est certes très important, car il met en avant l'expression des tensions tissulaires les plus profondes, mais il est moins « fiable » qu'un test mécanique objectivable.

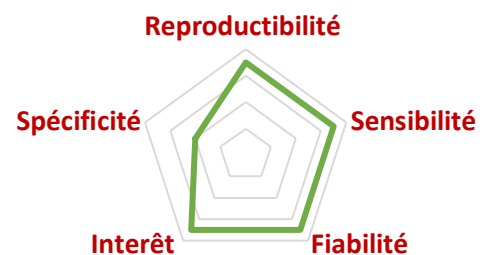
Nous vous proposons donc la mécanique mentale suivante :



### **La balance cervico-thoracique**



### **Caractéristiques du test**



- Positionnement du patient
  - Debout (le test peut aussi être réalisé plus tard lors de la routine assise)
  - Bras le long du corps
  - Regardant devant lui
  
- Positionnement du thérapeute
  - Placez-vous sur le côté du patient (dans l'idéal toujours le même côté afin de fiabiliser votre test)
  - Posez une main sur la tête du patient
  - Posez l'autre main à plat dans la région inter scapulaire
  
- Action manuelle
  - Après avoir prévenu le patient de votre action, afin qu'il vous laisse bien faire, imprimer un side cervical.
  
- Intentions manuelles

Positionnez-vous dans une intention d'accueil d'informations. Dans ce test vous êtes à la fois acteur du side rachidien et observateur de la réponse tissulaire.

- Intentions intellectuelles
  - Intellectuellement ce test suppose d'être à l'écoute de plusieurs sensations tissulaires répondant à différentes questions posées conjointement.

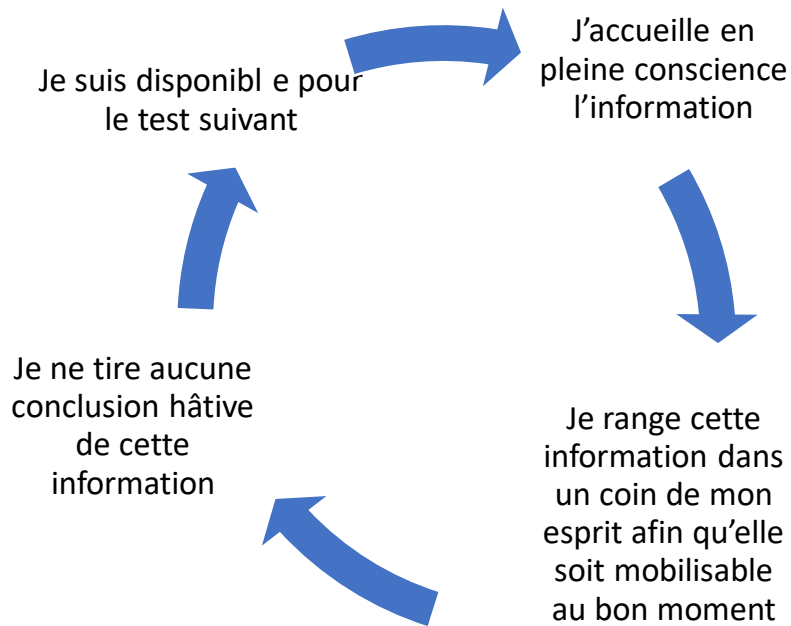
- Suis-je en présence d'une restriction de mobilité « ferme » homolatérale au side ? Si oui cette restriction imprimée par une contrainte articulaire s'exprime-t-elle au début du mouvement, pouvant signer la présence d'une restriction relativement haute ou plutôt en fin de course provoquée par une dysfonction bassement située ?
- Est-ce que je ressens un ralentissement tissulaire homolatéral comparable à un « mur me mousse », proposant un rebond léger pouvant exprimer par exemple une contrainte radiculaire ?
- Est-ce que je ressens un ralentissement tissulaire controlatéral de type frein tissulaire, au side induit, pouvant exprimer une tension musculaire ou l'expression d'un viscère.

Une fois le « process » terminé et la main enlevée, une stratégie mentale est de nouveau nécessaire pour organiser l'information reçue.

Cette dernière ne doit pas être exploitée à l'instant, mais être stockée pour une utilisation éventuelle ultérieure.

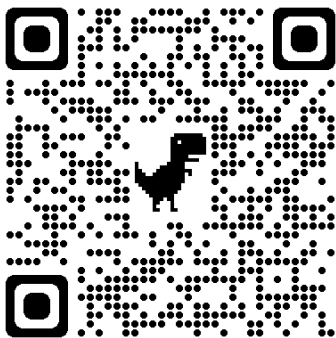
Néanmoins, même si aucune conclusion hâtive ne doit être formulée à ce stade, les résultantes de ce test peuvent vous accompagner en « filigrane » pour la suite de la routine.

Par exemple vous trouvez un ralentissement au side cervical gauche de type frein tissulaire, vous pouvez garder à votre esprit qu'éventuellement un organe situé à droite (poumon, foie...) pourrait peut-être représenter la source de ce ralentissement. Tout ceci devant évidemment être confirmé plus loin dans la routine correspondante.

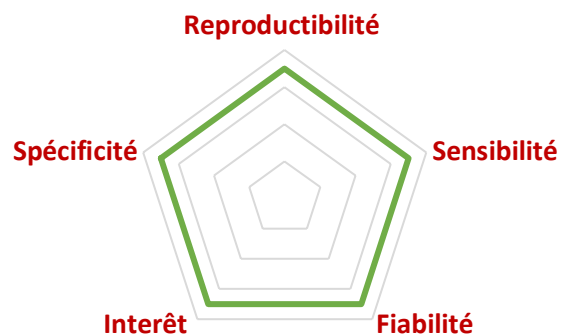


## Les tests de routine assis

### *L'écoute globale assis*



### *Caractéristiques du test*



- Positionnement du patient
  - Assis confortablement sur la table en veillant de ne pas toucher le sol avec les pieds

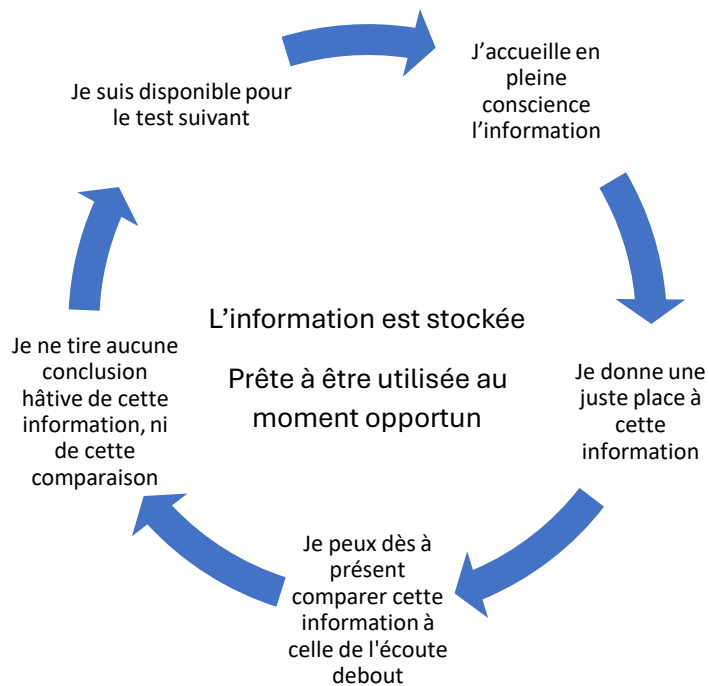
- Regardant devant lui
- Positionnement du thérapeute
  - Debout à côté du patient. Même s'il n'y a pas de règles absolues, nous vous recommandons de toujours vous positionner du même côté.
  - Une main posée sur le crâne du patient. Il n'est pas obligatoire que cela soit la main dominante.
- Intentions manuelles
  - Positionnez-vous dans une intention d'accueil d'informations. Dans ce test vous n'êtes qu'observateur et non acteur.
  - Pratiquement lors de ce test nous combinons le fait de poser la main sur le vertex avec l'ordre de fermer les yeux.
- Intentions intellectuelles
  - Intellectuellement ce test suppose d'avoir chronologiquement deux attitudes mentales dichotomiques
    - Une première phase de neutralité absolue où le seul objectif mental est d'être en pleine conscience pour accueillir, sans jugement, la sensation quelle qu'elle soit
    - Une fois la sensation accueillie, tout en continuant sa perception, il faut en apprécier la direction, la profondeur, l'intensité, la qualité de son arrêt...

Une fois le « process » d'écoute terminé et la main enlevée, une stratégie mentale est nécessaire pour savoir que faire de cette information.

Comme pour l'écoute debout, il faudra savoir donner une juste place à l'information recueillie : ni trop ni trop peu !

De plus, l'écoute générale assis prend son intérêt dans le fait de soustraire les membres inférieurs, il y a donc un intérêt comparatif à l'écoute debout.

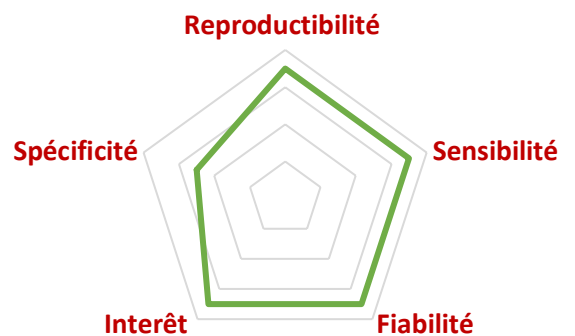
Comme pour l'écoute debout, nous vous proposons donc la mécanique mentale suivante :



### *La routine des membres supérieurs*



### *Caractéristiques du test*



### Utilité de ce test :

Ce test est-il vraiment utile lors que la plainte exprimée par le patient en est « géographiquement » éloigné ?

Bien souvent nos étudiants sont interpellés par la réalisation d'un test sur une structure qui à priori est éloigné du motif de consultation, et évidemment ce n'est pas instinctif comme démarche surtout dans une société où la vision allopathique est devenu dogmatique.

Néanmoins nous exprimons avec la plus forte conviction la nécessité de tester l'ensemble du patient, sans aucun a priori.

- Positionnement du patient

- Assis confortablement sur la table
- Regardant devant lui

- Positionnement du thérapeute

- Debout derrière le patient.

- Process manuels

- Il faut se positionner dans une intention d'accueil d'informations. Dans ce test vous n'êtes qu'observateur et acteur.
- Nous vous proposons de commencer depuis la racine du membre vers sa distalité

- *Sterno-chondro-claviculaire :*

Exercez bilatéralement une poussée postérieure, avec vos index et médus réunis, sur l'extrémité interne de la clavicule.

- Acromio-claviculaire :

Procédez d'un côté puis de l'autre.

Avec le pouce et l'index de la main droite, venez saisir l'extrémité distale de la clavicule puis faites-la glisser sur l'acromion en avant et en arrière.

- Gléno-humérale :

Procédez d'un côté puis de l'autre.

Pour le côté droit, saisissez avec votre main droite l'extrémité distale du bras et posez votre main gauche sur le moignon de l'épaule droite de telle sorte à pouvoir percevoir une décoaptation de l'articulation.

Exercez une traction distale de l'humérus afin de décoapter l'articulation Gléno humérale.

- Coude :

Demandez au patient de fléchir les coudes et de se positionner en supination les avant-bras posés sur la face antérieure des cuisses.

Placez vos, mais à la partie antérieure de l'avant-bras au plus près de l'interligne articulaire du coude.

Exercez une légère traction distale afin de solliciter les capacités de décoaptation des articulations huméro-radiale et huméro-ulnaire.

- Carpe

Venez encercler le carpe avec pouce et index en veillant à bien vous situer sous les styloïdes.

Entrainez une compression du carpe avec l'image d'un bracelet que vous voudriez serrer.

- Réponses tissulaires et intentions intellectuelles :

N'oubliez pas que vos tests correspondent à des questions binaires dont la réponse attendue sera non spécifique, mais vous exprimera uniquement la présence ou l'absence de restriction tissulaire.

Nous vous donnons ci-dessous quelques possibilités, non exhaustives, à garder en mémoire en cas de test positif.

Un test positif dans la **sterno-chondro-claviculaire** pourra tout aussi bien être :

- la conséquence d'une dysfonction somatique de cette articulation que vous pourrez, si nécessaire, préciser ultérieurement
- la conséquence d'une fixation de la scapula
- la conséquence d'une contrainte tissulaire dans les fascias profonds de l'épaule et notamment ceux du creux axillaire
- la conséquence d'une fixation neurale du plexus brachial et de ses collatérales comme le nerf supra scapulaire

Un test positif de **l'acromio claviculaire** pourra tout aussi bien être :

- la conséquence d'une fixation somatique de cette articulation
- la conséquence d'une fixation d'éléments périarticulaire comme les ligaments Conoïde et Trapézoïde
- la conséquence d'une fixation tissulaire du sous-clavier dont il faudra se rappeler l'innervation phrénique dans une vision de globalité (innervation sus mésocolique et thoracique par exemple...)
- la conséquence d'une fixation neurale du plexus brachial et de ses collatérales comme le nerf supra scapulaire

Un test positif de **la Gléno-humérale** pourra tout aussi bien être :

- la conséquence d'une restriction somatique de cette articulation
- la conséquence d'une restriction des fascias de l'épaule et plus globalement du membre supérieur

- la conséquence d'une restriction de la mobilité (ou motilité) viscérale sous-jacente
- la conséquence d'une fixation du plexus brachial pouvant être de manière proximale comme une contrainte du plan postérieur représenté par le nerf axillaire ou le nerf radial, ou une fixation neurale distale pouvant être elle-même l'expression d'un désordre articulaire du coude ou du poignet...

Un test positif du **coude** pourra tout aussi bien être :

- la conséquence d'une restriction somatique de l'articulation l'huméro-radial, ou de l'huméro-ulnaire, ou de la radio-ulnaire supérieure
- la conséquence d'une restriction des fascias de l'avant-bras et plus globalement du membre supérieur
- la conséquence d'une restriction de la mobilité (ou motilité) viscérale sous-jacente, il n'est par exemple pas rare qu'une contrainte dans le lobe supérieur du poumon entraîne, par agression du ganglion stellaire et ses rapports au nerf ulnaire, des contraintes mécaniques de la partie médiane du coude
- la conséquence d'une fixation du plexus brachial tout aussi bien dans son plan postérieur (radial, axillaire) que ventral (médian-cubital)

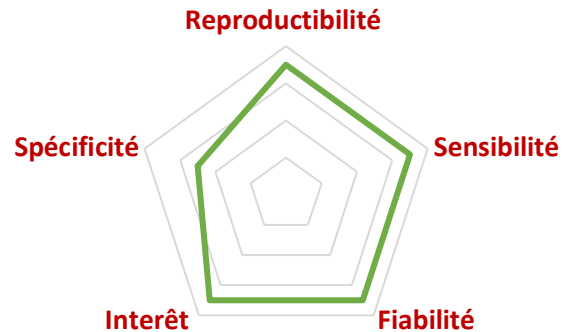
Un test positif du **poignet** pourra tout aussi bien être :

- la conséquence d'une restriction somatique d'une des articulations du carpe
- la conséquence d'une restriction des fascias de l'avant-bras, mais aussi de l'aponévrose palmaire
- l'expression d'un coulissement difficile du nerf médian dans le canal carpien ou du nerf ulnaire dans la loge de Guyon avec pour chacun une expression plutôt latérale ou médiale.

## La routine du rachis dorso-lombaire



### Caractéristiques du test



- Positionnement du patient
  - Assis confortablement sur la table en légère flexion du rachis
  - Demandez-lui d'être le plus détendu possible
  - Il est possible de lui demander de croiser les mains sur ses épaules les coudes repliés contre sa poitrine
  
- Positionnement du thérapeute
  - Debout à côté du patient.
  - Pour le side droit posez votre avant-bras droit sur les épaules du patient et le pouce de la main gauche sur la face latérale droite des épineuses.
  - Pour les vertèbres en D1 à D4 le side peut être proposé à partir d'un mouvement de side imprimé depuis le crâne.
  
- Actions manuelles

Imprimez rythmiquement un side du rachis.

Avec votre pousse palpeur, suivez la « fuite » de l'épineuse contro latérale du fait de la rotation homolatérale au side.

Cherchez une cassure dans le rythme général, engendré par un blocage articulaire empêchant cette rotation automatique, permettant de cibler un étage vertébral dysfonctionnel.

- Comportement intellectuel

Soyez bien vigilant d'être parfaitement « présent » tout au long du test. Tester rapidement le rachis dorso-lombaire implique la réalisation de 34 « sous-tests » dans un laps de temps très court.

Tant de questionnements même binaires entraînent une masse d'informations qu'il faut apprendre à gérer.

Cette routine n'a pas pour objet, dans un premier temps, de préciser avec exactitude une dysfonction, mais d'indiquer la présence ou l'absence de liberté articulaire à chaque étage. Il sera toujours temps, au moment de la hiérarchisation et avec l'ensemble des données en votre possession, de définir avec précision cette dysfonction vertébrale.

Néanmoins vous pouvez, si vous voulez, préciser immédiatement chaque dysfonction retrouvée. Ce process vous impose deux comportements mentaux :

- Une fois le test spécifique fait, il faut se remettre mentalement dans les conditions d'une recherche de rythme du rachis au site proposé.
- Si une dysfonction est précisée, il faut dès lors « l'évaluer intellectuellement » pour savoir que faire de cette information, selon un certain nombre de critères :
  - La dysfonction se situe-t-elle dans une courbure primaire ?
  - La dysfonction est-elle physiologique ?
  - La qualité de cette dysfonction : suis-je en présence d'une fixation avec une limitation de mouvements modérée ou alors face à une fixation massive sans aucun mouvement possible ?
  -

En fonction de tous éléments, votre comportement mental dans la suite de la routine ne sera plus le même.

Prenons quelques exemples :

Vous trouvez une restriction de mobilité de D6 (que vous ayez précisé cette dysfonction ou non) vos connaissances font « allumer » en vous une petite

alarme qui vous dit : « zone de correspondance métamérique du Grand splanchnique » ce qui fait que lorsque vous testerez, plus tard au cours de la routine, des éléments du système viscéral comme le foie, l'estomac, le pancréas, la rate, la vésicule biliaire ou la première portion du duodénum, votre vigilance devra être accrue.

Toutes « proportions gardées », c'est un peu comme si ces éléments viscéraux étaient potentiellement « coupables » et en attente d'un examen ultérieur qui viendra confirmer ou infirmer cette présomption de culpabilité.

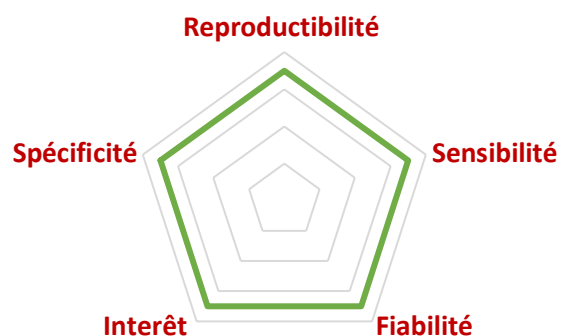
Cette démarche n'est en aucun cas à considérer comme un raccourci hasardeux, il n'en est absolument rien, mais elle permet de se placer dans des dispositions mentales favorisant la suite de la routine.

En s'obligeant à garder une objectivité impartiale et en ne concluant jamais avant la fin de la routine complète, notre état mental à l'instant « t » peut être un formidable allié.

### ***La routine des côtes (K2-K12)***



#### ***Caractéristiques du test***



- Positionnement du patient
  - Assis confortablement sur la table en légère flexion du rachis
  - Demandez-lui d'être le plus détendu possible
  - Demandez-lui de croiser ses mains sur ses épaules les coudes contre sa poitrine

- Positionnement du thérapeute

- Debout à côté du patient.
- Pour le test de côtes gauche, passez votre avant-bras droit en avant du tronc du patient pour venir saisir le moignon de l'épaule gauche.
- Placez le pouce de la main gauche au niveau de l'angle postérieur des côtes.

- Actions manuelles

Imprimez rythmiquement une rotation controlatérale du rachis qui sera en premier appliqué aux côtes avant de l'être aux transverses permettant de ce fait à votre pouce palpeur de sentir le jeu articulaire.

Toute restriction de mobilité située dans l'articulation costo-transversaire ou costo-corporéal viendra altérer cette sensation manuelle.

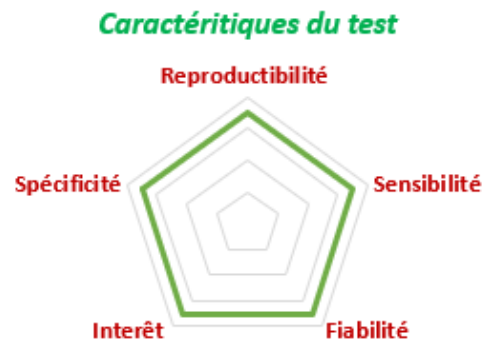
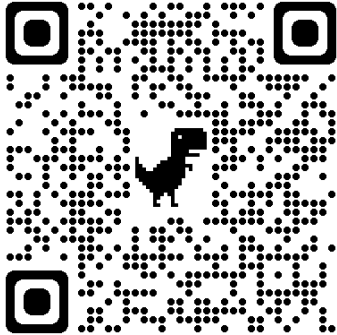
- Comportement intellectuel

Dans une vision globale, à la recherche de la pathogénie, les tests des articulations costo-transversaire sont d'une grande importance. En effet du fait de la présence locale des ganglions ortho sympathique de la chaîne latéro vertébrale ces articulations seront le reflet d'une éventuelle contrainte viscérale qu'il faudra préciser.

Du fait de la systématisation métamérique de ce système ortho sympathique, la précision de l'étage concerné sera donc une nécessité en vue d'imaginer quel nerf splanchnique et donc in fine quels viscères pourraient être concernés.

Comme nous l'avons déjà évoqué, cela permettra d'avoir une attention « aiguisée » lors du futur test viscéral tout en conservant évidemment une indispensable objectivité.

### ***La routine du coccyx***



- Positionnement du patient

Assis confortablement sur la table

Les mains posées à plat sur la table

Demandez-lui de se pencher en avant comme s'il avait l'intention de « lever les fesses »

- Positionnement du thérapeute

Positionnez-vous assis derrière la patient décaler sur le côté

- Actions manuelles

Placez la pulpe de votre pouce testeur juste au-dessus du hiatus sacré

Avec votre index et votre médium venez saisir les bord latéraux du coccyx

Faite un side du coccyx autour du point fixe supérieur représenté par votre pouce

Vous pouvez compléter ce test en posant la pulpe d'un doigt sur la pointe du coccyx et en comprimant le coccyx entre ce doigt et votre pouce

Le test est positif si vous détectez une restriction tissulaire dans un side on dans la compressibilité du coccyx

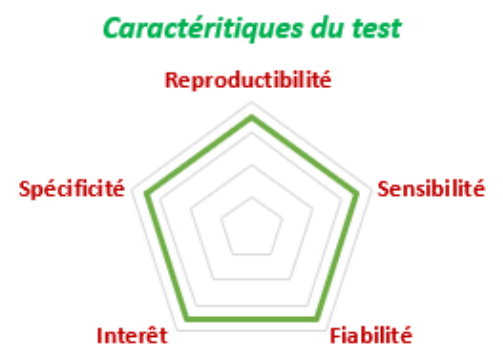
- Comportement intellectuel

Le coccyx est une pièce maitresse, sont test doit absolument être inclus dans la routine de base.

Il porte souvent trace de nombreux évènements passés comme les chutes, les kyste sacro-coccygien, les accouchements, les Whiplash, les déséquilibres du plancher pelvien, les tension excessives du tissu neurologique en particulier la dure mère et le filum terminale.

Il ne sera pas forcément primaire mais il devra absolument être hiérarchisé à la fin de la routine de tests.

## La routine de la première côte



- Positionnement du patient

Assis confortablement sur la table

Les mains reposants sur ses cuisse

- Positionnement du thérapeute

Positionnez-vous debout, derrière le patient

- Actions manuelles

Placez la pulpe de vos pouces au niveau de la face supérieure du tubercule costal

Effectuez une pression caudale

Le test est positif si vous sentez une résistance tissulaire à l'abaissement de K1

- Comportement intellectuel

En plus de l'action mentale de repérer et se remémorer si K1 est fixé d'un côté nous vous proposons à chaque fois que K1 est positif de laisser les idées suivantes parcourir votre conscience. Le but de ce travail mental, qui accompagne votre test manuel, est de faire émerger en vous des « zones de vigilances » sur lesquels vous viendrez plus au loin dans la routine de tests et donc pour lesquels vous serez déjà en alerte.

- K1 s'articule avec uniquement avec le corps de D1 en arrière et avec le manubrium en avant.
- K1 propose une relation forte avec la clavicule (ligament costo-claviculaire et muscle sous clavier). Cette relation doit évoquer en vous des éléments complémentaires :
  - Plexus brachial
  - Muscles scalènes et donc rachis cervical
  - L'orifice supérieur du thorax
  - Le complexe de l'épaule
- K1 représente le « mur postérieur » du dôme pleural, ce qui doit éveiller en vous

- une vision anatomique endothoracique pleuro-pulmonaires et par contingence médiastinale.
- La vision du ganglion stellaire (ganglion cervical inférieur) reposant dans la fossette sur rétro-pleurale, en avant du nerf ulnaire et en arrière de l'artère vertébrale. Ces notions doivent faire naître en vous des notions sur le système autonome orthosympathique qu'il soit à visée cranio-céphalique, dorsal, médiastinal car ce ganglion se distribuera aux éléments suivants
  - des fibres sympathiques vont s'anastomoser avec le nerf phrénique (dont nous vous rappelons l'innervation diaphragmatique, sus mésocolique, endo thoracique, et du muscle sous clavier)
  - des rameaux sympathiques vasculaires pour la carotide primitive, l'artère sous clavière et l'artère vertébrale
  - des rameaux sympathiques pour le dôme pleural sur lequel il est posé
  - le nerf cardiaque inférieur qui se rend au plexus cardiaque de Wrisberg

Toutes ces notions anatomiques doivent être précieusement engamées au plus profond de vous pour pouvoir circuler librement dans votre esprit.

En effet le laps de temps au cours duquel toutes ces informations doivent nous parcourir est extrêmement réduit, tout au plus quelques secondes, et cette fluidité d'esprit assis sur des connaissances rigoureuses est une des clefs d'un raisonnement logique.

## Les tests de routine en décubitus dorsal

### *L'écoute des fascias des membres inférieurs*



#### Caractéristiques du test



- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout aux pieds du patient.

Pour l'écoute des fascias antérieurs, posez vos mains sur la face dorsale des pieds.

Pour les fascias postérieurs, placez vos paumes de mains à la partie antérieure de la face plantaire.



- Intentions manuelles

Il faut se positionner dans une intention d'accueil d'information.

Dans ce test vous allez être successivement acteur puis observateur.

Il faut prendre garde de se « placer mentalement » et écoute fasciale, avec une pression manuelle cohérente

- Intentions intellectuelles

Intellectuellement ce test suppose d'avoir chronologiquement deux attitudes mentales successives

- Une première phase de neutralité absolue où le seul objectif mental est d'être en pleine conscience pour accueillir, sans jugement, la sensation, quelle qu'elle soit
- Une fois la sensation accueillie, tout en continuant sa perception, il faut en apprécier son intensité, la qualité et

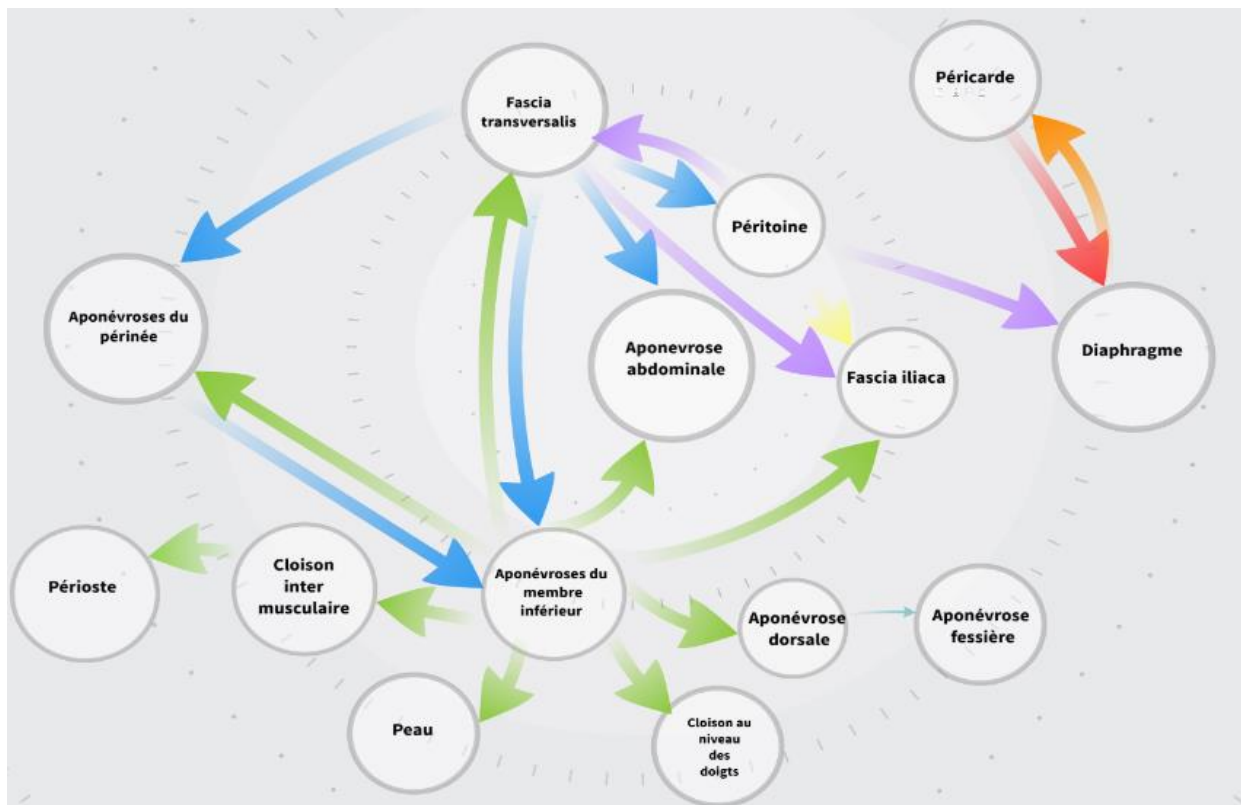
la hauteur de son arrêt : est-on en présence d'une limitation basse plutôt représentative d'une contrainte tissulaire proche de la distalité du membre ou d'une restriction tissulaire qui nous semble éloignée et donc plutôt proche de la racine du membre inférieur ?

L'information recueillie par ce test est intéressante, non pas en soi-même, mais en corrélation aux informations précédemment recueillies ou celles à venir.

Nous attirons votre attention sur la « *valeur relative* » de ce test. De ce fait la construction de la pathogénie ne pourra pas se baser totalement sur ce test mais devra obligatoirement être étayée par d'autres.

En vous focalisant sur les membres inférieurs, sur la tension exagérée que vous pouvez éventuellement ressentir à partir des pieds peut être :

- Bien évidemment une expression d'un désordre tissulaire local
- L'expression d'une contrainte dans le membre inférieur
- Mais aussi et il faut, à notre sens, toujours le garder à l'esprit lors de la réalisation de ce test, l'expression d'une contrainte lointaine peut-être même controlatérale et qui aura demandé une adaptation tissulaire dans ce membre inférieur en faveur de plusieurs facteurs comme les antécédents du patient, l'inertie du traumatisme qui s'est appliqué à distance, mais aussi à l'implacable loi de l'homéostasie qui se veut garant de l'équilibre global pour le moindre coût énergétique...



Cet organigramme résume la connectivité indiscutable des membres inférieurs, à moins de trois unités du diaphragme lui-même comme nous le verrons plus loin au centre de « l'échiquier » tissulaire par ses connectivités et son rôle dans la transmission des contraintes.

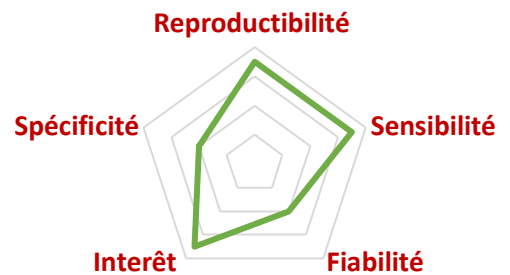
Ces notions anatomiques, indiscutables, nous obligent à une vision holistique et l'esprit que vous mettrez lors de votre test des fascias des membres inférieurs en est un des garants.

## La routine des membres inférieurs

### Test des arches plantaires



#### Caractéristiques du test



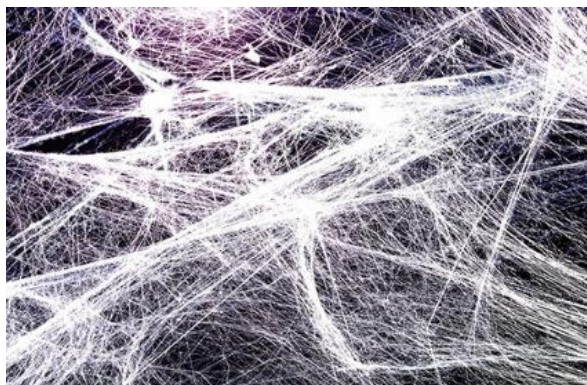
Ce test permet une évaluation locale en objectivant la qualité de déformation de l'arche interne et de l'arche externe du pied.

Il ne faut cependant, à notre sens, ne pas réduire cette vision uniquement au « local ».

Nous utilisons ce test rapide en nous plaçant systématiquement dans une vision globale.

En effet l'intégrité de ces différentes arches, du fait notamment de la très grande richesse de l'innervation du pied, de la haute densité des connexions fasciales et ligamentaires seront à l'initiative ou le reflet de nombreux désordres mécaniques sus-jacent.

En d'autres termes le système podal va, avec toutes ses composantes (articulaires, ligamentaires, musculaires, vasculaires, neurales, fasciales...) être asservi au bon fonctionnement d'autres entités systémiques (viscéral, nerveux, vasculaire, psychique).



- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout aux pieds du patient.

Englobez la face dorsale des deux pieds (ce test est intéressant à faire bilatéralement) votre pouce se positionnant sur la face plantaire des deux pieds.

- Intentions manuelles

Il faut se positionner dans une intention d'accueil d'informations en étant successivement acteur puis observateur.



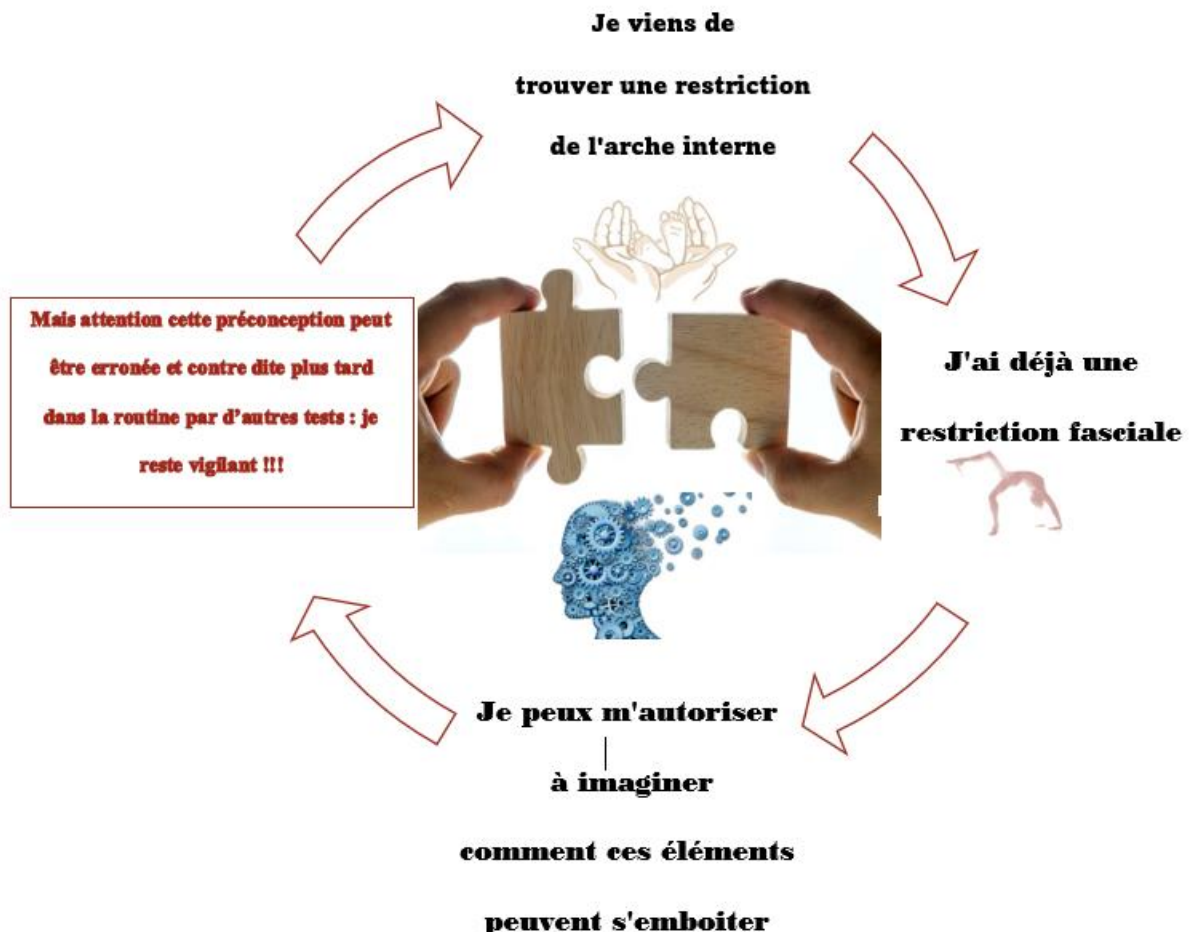
Appliquez un mouvement d'inversion puis d'éversion pour tester successivement la qualité mécanique de l'arche interne puis de l'arche externe des pieds.

- Intentions intellectuelles

Durant les instants de recueil d'informations, soyez d'une neutralité absolue pour accueillir au plus juste la qualité tissulaire qui vous est offerte.

Dans « l'espace-temps » assez réduit entre ce test et le suivant vous devez classer l'information nouvellement obtenue. Il est intéressant « d'emboîter » cette information avec celles précédemment recueillies et qui exprime souvent les mêmes contraintes tissulaires comme le résultat du test des fascias des membres inférieurs.

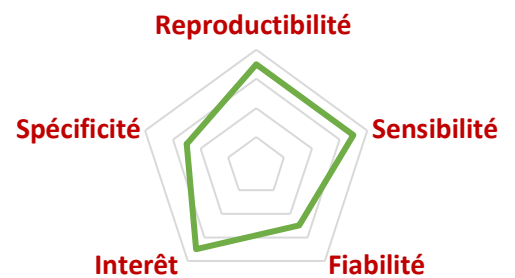
D'autres résultats vont eux aussi rapidement venir au fur et à mesure des prochains tests, « s'emboîter » pour étayer votre réflexion ou alors viendront la modifier...c'est ainsi que vous devez à ce stade absolument maintenir une ouverture d'esprit cohérente.



## Test de glissement des membres inférieurs



### Caractéristiques du test



## Glissement dans l'articulation tibio- tarsienne

Ce test permet une évaluation locale en objectivant alternativement la qualité de glissement du tibia sur le talus et du talus sous le tibia.

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute



Debout aux pieds du patient

Pour les deux tests, nous vous proposons de procéder bilatéralement et ainsi pouvoir comparer.

- Pour le glissement du talus sous le tibia venez placer votre première commissure au plus proche de l'interligne articulaire en veillant à bien rester sur le talus.

- Pour le glissement du tibia sur le talus placez la paume de vos mains juste au-dessus de l'interligne articulaire en veillant à bien rester sur le couple tibia/fibula.

- Intentions manuelles

Il faut vous positionner dans une intention d'accueil d'informations en étant successivement acteur puis observateur.

Exercez une pression verticale pour proposer un glissement postérieur du talus ou du tibia.

- Intentions intellectuelles

Durant les instants de recueil d'informations, soyez d'une neutralité absolue pour accueillir au plus juste la qualité tissulaire qui vous est offerte.

Il faut être en mesure d'apprécier le glissement postérieur du talus ou du tibia mais aussi la qualité de retour en position initiale.

Nous vous rappelons que ce test ne se veut absolument pas spécifique, il répond juste à la question : existe-t-il un manque de liberté tissulaire dans l'articulation tibio-tarsienne ?

Le corolaire de cette non-spécificité sera que vous ne pourrez pas savoir « sur l'instant » quelle structure perturbe l'équilibre tissulaire de cette articulation. Ainsi des questions vont rester à ce stade en suspens, dans l'attente de la suite de la routine et « l'emboîtement » d'autres pièces du puzzle

- Est-on en présence d'une contrainte articulaire ?
- Est-on en présence d'une contrainte péri-articulaire ?
- Cette contrainte est-elle la résultante d'une autre dysfonction qui lui ait primaire ?

A défaut de pouvoir instantanément répondre à ces questions, certains éléments de qualité mécanique doivent être portés à votre conscience pour vous aider à étayer votre réflexion future :

- Est-on face à une mobilité restreinte ou une fixation très importante sans aucune possibilité de mouvements ?
- Si ce glissement est « juste » freiné la résistance ressentie s'exprime-t-elle au début du mouvement, au cours du mouvement, à la fin du mouvement ?

Evidemment il faudra en plus prendre en considération des éléments d'anamnèse comme :

- Existe-t-il un antécédent traumatique sur cette cheville ? sur le membre inférieur ?
- S'il existe un antécédent est-il récent ou ancien ?

Bien évidemment si vous êtes en présence d'une limitation de glissement, même importante, sans aucun antécédent votre esprit pourra commencer à entrevoir un système de compensation avec une expression dans cette articulation...la suite de l'examen devant venir étayer cette hypothèse.

## Test de glissement dans l'articulation Fémoro-tibiale

Ce test permet d'évaluer la qualité de de glissement du tibia sous le fémur et du fémur sur le tibia.

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout aux pieds du patient.

Pour les deux tests nous vous proposons de procéder bilatéralement et ainsi pouvoir comparer.



Pour le glissement du tibia  
venez placez vos paumes  
de main à la partie  
supérieur  
de la jambe



Pour le glissement du  
fémur sur le tibia placez  
vos mains à la partie  
inférieure de la cuisse.

- Intentions manuelles

Il faut vous positionner dans une intention d'accueil d'informations en étant successivement acteur puis observateur.

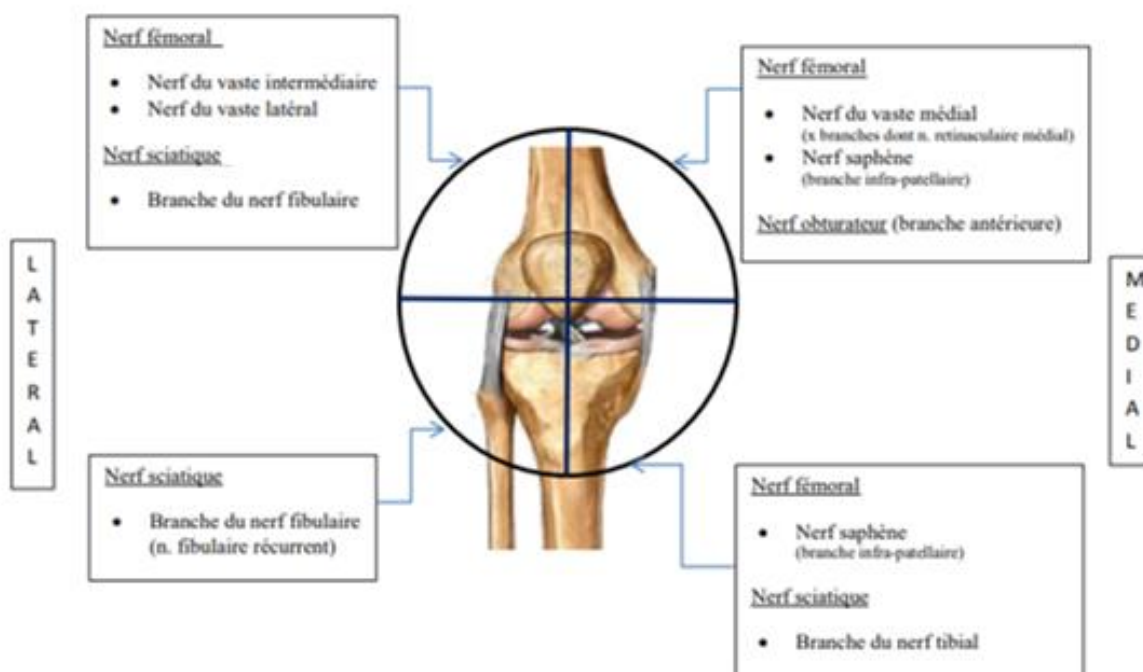
Exercez une pression verticale en direction de la table afin de faire glisser le tibia sous le fémur (ou le fémur sur le tibia), en direction postérieur. Un mouvement freiné d'un côté (et un retour plus rapide) met en lumière une contrainte sur l'articulation du genou.

### Intentions intellectuelles

Durant les instants de recueil d'informations soyez d'une neutralité absolue pour accueillir au plus juste la qualité tissulaire qui vous est offerte.

Il est intéressant d'apprécier ce glissement avec la volonté intellectuelle d'interroger distinctement le compartiment interne ou externe du genou.

Au cours de cette différenciation compartiment interne/externe vous pouvez utiliser l'image mentale suivante :

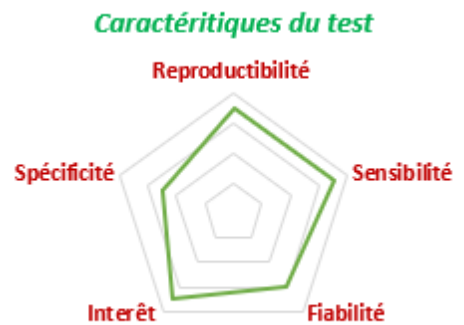


Cette image mentale, associée à la présence éventuelle d'autres éléments comme la restriction d'un des arches du pied ou/et de la cheville peuvent par exemple nous mettre en alerte sur une contrainte tissulaire dans la partie basse du fourreau dural et donc engendrer la nécessité d'une vigilance accrue lors de la routine de tests consacrés à ces éléments.

Il est bien évident que la neurologie n'est pas (et ne doit pas être !!) le seul canal de réflexion et que ce modèle d'éveil attentionnel doit aussi être présent sur le plan ostéoarticulaire, fascial, mais aussi viscéral...un compartiment du genou peut aussi s'adapter à une tension excessive du gracile lui-même contraint par un iliaque postérieur adaptant une dysfonction viscérale sous-jacente...

Nous aimons bien imaginer que ces différents tests nous mettent en éveil pour être en pleine disposition mentale au moment où vont se présenter les tests de routine « pivots » comme les tests du sacrum.

## Test de rotation des hanches



Avec un objectif de mise en lumière d'une contrainte sur l'articulation coxo-fémoral ce test présente aussi un très grand intérêt dans une vision holistique de votre patient.

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout aux pieds du patient.



Saisissez les deux jambes à la hauteur des chevilles en veillant à être positionné de manière à ne pas recevoir d'information de cette dernière.

- Intentions manuelles

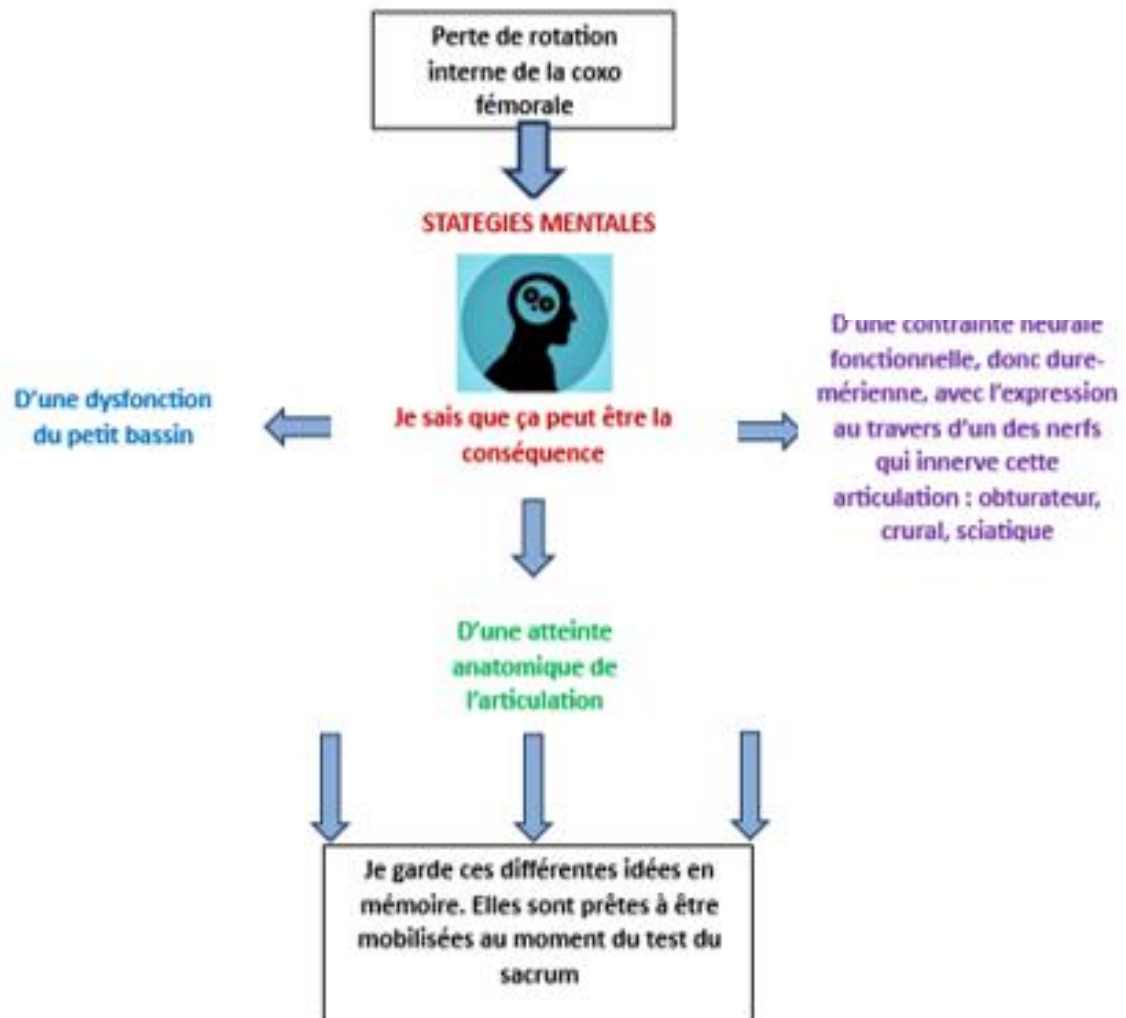
Amenez les membres inférieurs en rotation interne puis en rotation externe à la recherche d'une restriction ou d'un frein sur la mobilité.

Toute perte de qualité et de quantité de rotation rend le test positif de ce côté et signal un déséquilibre au niveau du membre inférieur.

- Intentions intellectuelles

Ce qui est très intéressant à remarquer c'est la présence éventuelle d'une petite contrainte tissulaire dans les vingt premiers degrés de rotation interne. En effet cette « butée molle », comparable à la sensation d'un caoutchouc que l'on viendrait mettre en légère compression, est souvent l'expression de la membrane obturatrice homolatérale.

Si lors de ce test vous ressentez cette contrainte tissulaire nous vous proposons la mécanique mentale suivante



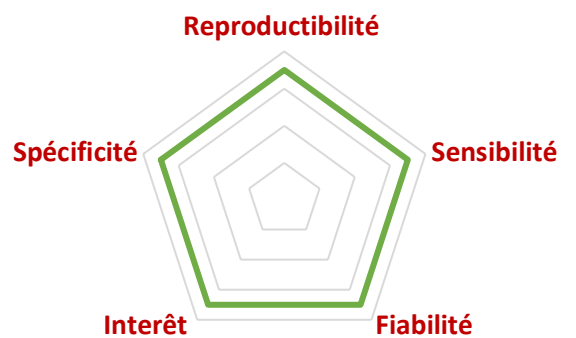
## *La routine du bassin*

### **Le roulement des iliaques et le test de la symphyse**

#### **Le test des iliaques**



#### *Caractéristiques du test*



Premier test du bassin il va vous permettre d'exposer les contraintes anormales subies par l'articulation ilio-sacrée.

Il est évident que le test du bassin dans sa globalité (iliaques, sacrum, coccyx, symphyse pubienne) représente une entité indissociable. Ce postulat implique donc l'obligation d'attendre la fin de la routine de l'entité bassin avant de tirer la moindre conclusion. Un iliaque peut être bridé par un sacrum ou inversement.

Dans le même état d'esprit, nous pensons qu'il faut se garder de réflexion hâtives comme :

« *Un iliaque est le reflet de la qualité du membre inférieur* ». Même si cette affirmation n'est pas fausse, son caractère restrictif peut nous détourner de la réalité et sans rentrer pour l'instant dans la précision (que nous gardons

pour la partie des réseaux) que fait-on dans ce cas de l'influence du caecum sur l'iliaque droit, des reins sur les psoas et donc les iliaques, de la relation musculaire (grand dorsal) épaule-iliaque ? ...et cette liste est bien évidemment loin d'être exhaustive...

Dans le même esprit cela voudrait signifier que le sacrum lui ne dépend pas des membres inférieurs : quand on se rappelle la relation entrevue dans la rotation des coxo fémorale entre le système pelvien- le sacrum- la membrane obturatrice- la coxo fémorale...et donc in fine le membre inférieur...

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout à côté du patient



- Intentions manuelles

Posez les paumes de vos mains à la partie antérieure des crêtes iliaques vers les EIAS

Avec un léger contre appuis sur l'iliaque controlatéral, amenez l'iliaque testé en rotation postérieure en appréciant la liberté articulaire et tissulaire que vous offre ce mouvement de l'articulation ilio-sacrée.

Appréciez aussi la qualité du retour de cette rotation postérieur.

- Intentions intellectuelles

Quelle que soit la dysfonction (antérieure, postérieure, aphysiologique) vous aurez toujours une répercussion dans cette mise en contrainte de l'iliaque, mais comme ce test de routine ne se veut pas spécifique cela vous sera suffisant pour répondre à la question : l'articulation ilio-sacrée est-elle sous contrainte mécanique ?

Prenez cette information et acceptez de ne rien en faire avant d'objectiver le sacrum : ici ne rien faire en pleine conscience est un choix, une véritable décision...

### **Le test de la symphyse pubienne**

Trop souvent délaissée son objectivation est indispensable chez tous les patients.

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal



- Positionnement du thérapeute

Debout à côté du patient

- Intentions manuelles

Prenez la symphyse à 4 doigts

Imprimer à chaque « demi symphyse » les mouvements de torsion antéro inférieur et postéro supérieur, d'écartement et de compression

Si vous sentez une restriction de mouvement sur l'un des paramètres le test est positif

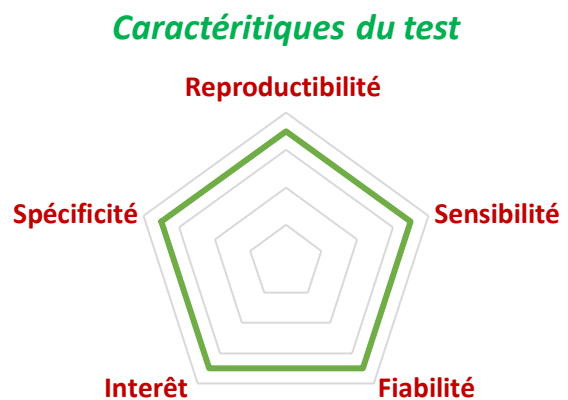
- Intentions intellectuelles

Prenez garde à vérifier la cohérence iliaque-symphyse. En effet si l'iliaque et antérieur il est logique d'avoir une symphyse antéro inférieure, et inversement.

Si ce n'est pas le cas vous êtes peut être en présence d'une dysfonction intra osseuse de l'iliaque. Cette pièce osseuse est en effet la réunion de trois pièces au niveau de l'acetabulum avec cette ligne de réunion caractéristique en Y.

Les lésions intra osseuse de l'iliaque ne sont pas rare, ne sont pas forcément traumatique et sont hautement pathogénique pour l'ensemble du corps et pas uniquement pour le bassin et les membres inférieurs.

## Les tests du sacrum : deuxième famille de tests « pivots »



Cet ensemble de trois tests consécutifs va permettre une objectivation de l'ensemble des paramètres du sacrum.

Du fait de sa position, de son rôle mécanique considérable, de ses innombrables relations fasciales, ligamentaires, musculaires, viscérales, neurologiques, le sacrum est un pièce maîtresse nous faisant considérer son objectivation comme un véritable pivot dans notre routine de tests.

Néanmoins cette place particulière ne donne pas forcément au sacrum une place hégémonique dans la pathogénie du patient. Souvent témoin important d'une chaîne dysfonctionnelle, pouvant même en être un acteur de choix, il est cependant rarement au centre de la primarité.

Ceci n'enlève rien à la nécessité absolue de le tester dans tous ses paramètres en gardant en tête que cet ensemble de tests donne des

résultats fiables et reproductibles à condition de pratiquer ces tests avec répétition, précision palpatoire et méthode.

Au sein de ce triptyque, chaque test considéré unitairement apportera une réponse qu'il faudra prendre soin de stocker en mémoire sans tirer de conclusion avant la fin de l'ensemble des tests du sacrum.

Une fois l'ensemble des trois tests effectués vous pourrez conclure si le sacrum est dysfonctionnel et si oui s'il est majoritairement sur son versant mécanique, viscéral avec des contraintes viscéro-pariétale ou enfin sur le versant duremérien et neurologique.

Il est évident que le sacrum, tout en étant restreint majoritairement sur un de ses paramètres, peut voir un autre de ses paramètres altéré plus légèrement. C'est ainsi qu'une dysfonction utérine pourra venir restreindre fortement le sacrum homolatéralement dans sa qualité de décoaptation par rapport à L5 et viendra aussi restreindre, plus légèrement, la mécanique sacrée dans l'articulation sacro-iliaque.

### **Le sacrum mécanique**

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout à côté du patient



Positionnez votre main sous le sacrum en veillant à ne surtout pas déborder en haut au-delà de l'interligne avec L5.

Assurez-vous de parfaitement « mouler » votre main autour du sacrum pour en épouser la forme.

- Intentions manuelles

Votre intention manuelle est de soulever le sacrum et par ce fait vous assurer de la liberté mécanique de l'articulation sacro-iliaque représentée par les courts et long bras.

Veillez à assurer un appui suffisant de votre coude sur la table et de votre corps contre la table : prenez garde à ces fulcrums positionnels, ils seront les garde-fous d'un relâchement suffisant de votre main propice à l'exploration manuelle d'une mécanique de faible amplitude entravée par la sensation du poids du sacrum.

- Intentions intellectuelles

Comme tout test l'intention et la visualisation anatomique sont au centre de l'action. Mais ici du fait de la difficulté technique vous devez vous astreindre à une visualisation dans les trois plans de l'espace.

Vous pouvez utiliser des images mentales comme celle-ci dessous ou votre attention va se focaliser alternativement sur les courts et longs bras représentés ici par les points rouges.

Si le sacrum est parfaitement libre mécaniquement vous aurez la sensation de pouvoir le monter sans difficulté entre les deux iliaques, comme si vous pouviez le soulever en direction du plafond.

Si vous avez une restriction mécanique sur l'un des bras articulaires, ce dernier va créer un point fixe autour duquel vous allez tourner lors de la tentative de soulever du sacrum.

Comme tout test de routine, ce test n'a pas pour objectif de nommer avec précision une dysfonction sacrée mais de savoir uniquement si on est en présence d'une dysfonction. Si la nécessité de précision d'une éventuelle dysfonction sacrée devenait judicieuse au cours de l'examen, un test spécifique devra être employé à cet effet.

Si vous avez une réponse positive sur l'un des bras articulaires prenez conscience de la qualité de cette restriction et conservez en mémoire immédiate ces informations afin de les comparer aux deux prochains tests.



## **Le sacrum viscéro-pariétal**

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout à côté du patient

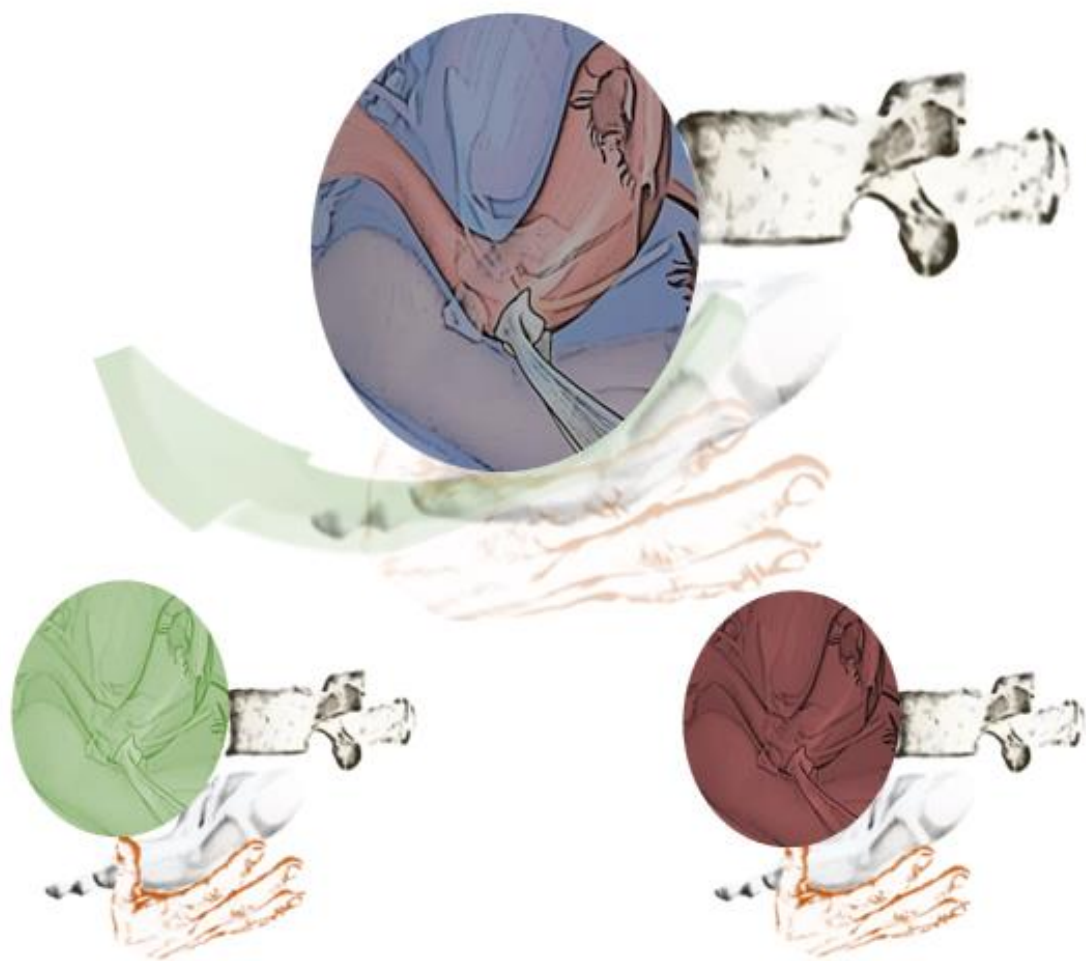
Positionnez la main identiquement au test précédent

Votre index et votre annulaire doivent être placés en dedans les sulcus et en dessous de l'interligne avec L5

- Intentions manuelles

L'objectif de ce test est de vérifier la liberté mécanique du sacrum quand vous lui « demandez » de se décoapter de L5 à droite et à gauche.

Vous procéderez alternativement d'un côté puis de l'autre puis comparerez les résultats obtenus par rapport au côté opposé, mais aussi par rapport à l'habitude palpatoire. En effet comme pour chaque test la répétition quotidienne engrame dans votre mémoire des informations tactiles auxquelles vous pourrez petit à petit référence



Aucune difficulté à décoapter le sacrum par rapport à L5 à droite par l'annulaire et à gauche par l'index ((test effectué de la main droite)

Difficulté à décoapter le sacrum par rapport à L5 avec l'index ou l'annulaire

- Intentions intellectuelles

Si le sacrum présente une parfaite liberté tissulaire dans son paramètre de décoaptation par rapport à L5 à droite et à gauche vous aurez la sensation de pouvoir successivement tracter très facilement le sacrum en direction caudale à droite et à gauche.

Si cette sensation est entravée, elle signe souvent une contrainte tissulaire qui est l'expression d'une restriction de qualité d'une partie de la lame sacro génito pubienne homolatérale, elle-même restreinte du fait d'une dysfonction dans le petit bassin.

En effet la « fixation » d'une lame sacro génito pubienne va créer un point fixe au niveau de la partie céphalique du sacrum et donner la sensation que ce dernier ne se décoapte pas bien de L5.

Une fois ce test effectué, gardez en mémoire immédiate l'information, ne cherchez pas immédiatement à donner du sens, attendez de finir le test suivant.

### **Le sacrum neuro dure-mérien**

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout à côté du patient

Positionnez la main identiquement au test précédent

Votre majeur doit être placé au centre du sacrum au niveau de la crête sacrée en veillant à bien rester sous l'interligne avec L5 et dans l'idéal à hauteur du cul sac dural au niveau de S2.

- Intentions manuelles

Tout en gardant à l'esprit le caractère viscoélastique du tissu que vous entreprenez de tester, exercez avec votre majeur une traction caudale du sacrum.

- Intentions intellectuelles

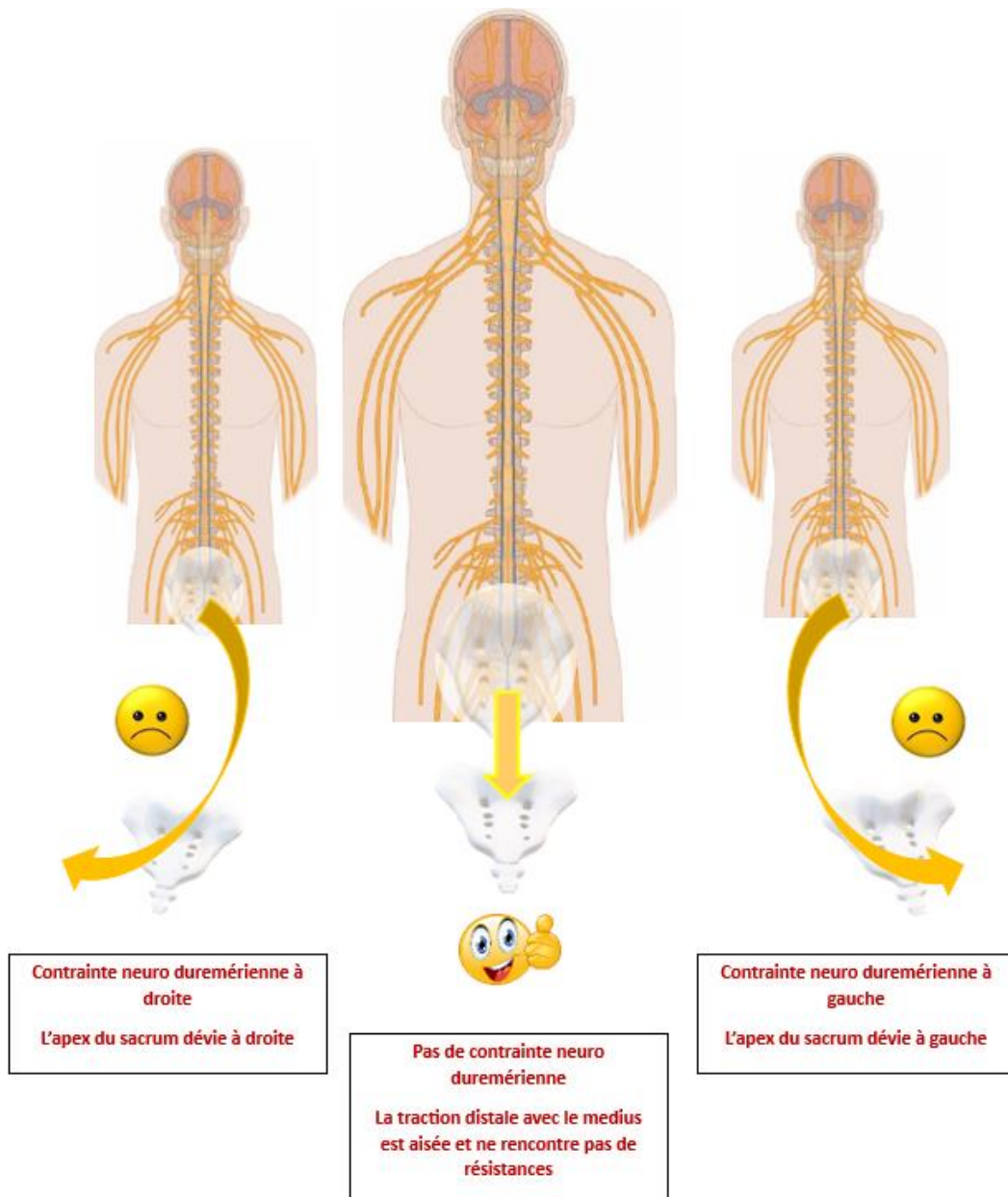
L'objectif de ce test est de vérifier la qualité de la partie basse de la dure-mère et donc de la qualité de l'espace épidual dans sa partie basse jusqu'à D8.

L'objectif est de nouveau de vérifier que cet espace hautement stratégique est soumis ou non à des contraintes tissulaires inappropriées. L'objectif n'est pas, encore une fois, de mettre en lumière ce qui est à l'origine de ces contraintes.

Par ce test vous pourrez entrevoir, et cela demandera confirmation au crâne, si la contrainte vous apparaît plutôt basse ou haute et si cette dernière vous semble plus à droite ou à gauche.

Une fois les trois tests du sacrum réalisés autorisez-vous à hiérarchiser manuellement les informations obtenues en comparant les trois tests.

Comparez-les entre eux et bien évidemment par rapport à votre habitude palpatoire ce qui met d'autant plus en valeur la nécessité d'une engrammation mnésique des sensations manuelles de qualité afin que vous soyez en mesure de vous y référer.



A cette étape vous êtes sur une véritable plaque tournante de votre routine.

En effet ces informations sacrées doivent être mises en relation avec ce que vous avez déjà ressenti préalablement dans la routine, et cet ensemble va allumer en vous des alertes sur des éléments sur lesquels votre vigilance devra être aiguisée.

Pour imaginer ces propos, nous vous proposons quelques exemples qui ne doivent pas être pris comme des modèles immuables mais qui doivent être regardés avec objectivité.

**1<sup>er</sup> cas :** Imaginons que lors du test de rotation des coxo fémorale vous avez trouvé à droite une perte de qualité dans les premiers degrés de rotation interne.

Puis au test du sacrum le test de décompression entre le sacrum et L5 est positif à droite, vous êtes donc en droit de vous interroger sur d'éventuelles contraintes que le système pelvien et à forcerie à droite pourrait subir.

***Cela ne veut pas dire qu'il est coupable mais il en est néanmoins suspect.***

Et dans la volonté d'une enquête minutieuse vous allez interroger ce complexe pelvien en étant vigilant qu'il vous raconte bien la vérité. Mais attention ici aussi la présomption d'innocence doit être pour vous une véritable boussole et donc ***ne tirez pas de conclusions hâtives et hasardeuses***. Viendra rapidement le temps de la hiérarchisation après quoi vous pourrez mettre le tissu suspect en « garde à vue » et procéder à son examen spécifique.

**2<sup>ème</sup> cas :** Imaginons que vous retrouviez un sacrum qui a du mal à ce décoapter de L5 avec le test du majeur et donc la mise en lumière que ce compartiment neuro duremérien. Et en plus vous sentez la pointe du sacrum fuir à droite.

De plus cette limitation tissulaire présente une restriction qui est loin de vous. Vous pouvez imaginer que la contrainte sera plutôt céphalique et donc quand vous arriverez au crâne vous ne manquerez pas de retester ce complexe neuro duremérien et vérifiant la concordance des informations recueillies.

Mais en extrapolant un peu vous pouvez aussi vous interroger sur cette perte de glissement que vous avez ressenti préalablement dans la partie externe du tibia droit.

D'autant que l'anamnèse de ce patient n'a rien mis en avant au niveau des antécédents traumatiques dans ce membre inférieur...et si ce n'était que l'expression à distance de cette contrainte neurologique que vous commencez à entrevoir.

**Attention, il ne faut pas confondre le droit de se poser des questions auxquels vous aller tenter de répondre, et le devoir absolu de ne pas extrapoler mentalement sans fondement.**

Ne soyez donc pas impatient, **acceptez d'attendre la finalité de la routine** de tests puis la **hiérarchisation** pour prendre position.

**Enfin, si un sacrum vous semble sous contraintes mécaniques sur l'un ou l'autre de ses bras articulaires sachez que cela ne vous autorise aucunement à nommer précisément la dysfonction.**

Mais bien évidemment si à la fin de la routine la nécessité de tests spécifiques se présentait vous pourrez, et même devrez, procéder à **un examen minutieux et spécifique** afin de déterminer avec **précision** la **dysfonction somatique**.

## ***La routine viscérale thoraco-abdomino-pelvienne***

La quantité de données que vous allez pouvoir recevoir de ces différentes écoutes thoraco-abdomino-pelviennes sont immenses ce qui fait apparaître une réelle difficulté de fiabilité, de reproductibilité et d'exploitation judicieuses de l'ensemble des informations que vous allez recueillir.

De ce fait plusieurs points de vigilances doivent vous accompagner lors de l'ensemble de ces différents tests d'écoute .

- Vous devez être en pleine disposition, en pleine conscience et en neutralité absolue physique et mental. Ici le dictons ressentez d'abord et pensez ensuite est un véritable garde-fou !!
- Vous devez avoir conscience, et ce en préalable de ces tests, de la relativité des réponses que vous allez obtenir.

En effet les écoutes sont très importantes, car elles reflètent les tensions, ici viscérales, les plus profondément exprimées et donc le plus souvent les plus pathogéniques ; mais néanmoins ces tests n'ont pas l'objectivité d'un test de liberté mécanique.

C'est ainsi que vous devez profondément intégrer dans votre réflexion que toute votre réflexion futures ne pourra pas uniquement se baser sur ces écoutes et à défaut la chaîne dysfonctionnelle que vous imaginerez à la fin de votre bilan risque d'être à l'image d'un colosse aux pieds d'argiles...

Et pour traiter en pleine sérénité, confiance et donc efficacité il vaudra mieux pourvoir s'appuyer sur des convictions stables.

Ceux d'entre vous qui me lisent actuellement et qui ont la chance de pratiquer en parallèle un sport à bon ou haut niveau : l'hésitation suite à une évaluation non objective d'une situation laisse planer un doute peu propice à la performance.

C'est ainsi que nous vous proposerons pour chaque test d'écoute d'accueillir la (les) réponse(s) avec sérénité doublée de méfiance. Prenez l'information, conservez-la précieusement et vous verrez si vous pourrez éventuellement l'utiliser à bon escient.

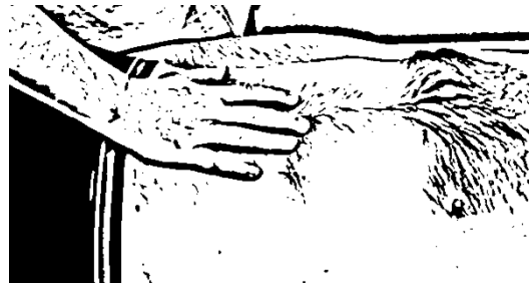
## Les tests d'écoute pelvien

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout à côté du patient



- Intentions manuelles

Posez la paume de la main juste au-dessus du pubis

Ayez l'intention de poser la main avec le poids de la main

Soyez vigilant à être bien calé contre la table afin de profiter de ce fulcrum.

- Intentions intellectuelles

Soyez dans une attitude passive, à l'écoute des informations qui vous parviennent.

Vous allez obtenir des informations de latéralité, de profondeur, de vitesse d'attraction.

Une fois que vous avez recueilli passivement ces informations, projetez dans votre esprit l'anatomie pelvienne en trois dimensions et voyez si votre attraction était en faveur d'un des organes pelviens.

## Les tests d'écoute abdominale

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal



- Positionnement du thérapeute

Debout à côté du patient

- Intentions manuelles

Posez la paume de la main, avec le poids de votre main, juste au niveau ombilical.

Soyez vigilant à vos fulcrums.

- Intentions intellectuelles

Soyez dans une attitude passive, à l'écoute des informations qui vous parviennent.

Vous allez obtenir des informations de latéralité, de profondeur, de vitesse d'attraction.

Une fois que vous avez recueilli passivement ces informations, projetez dans votre esprit l'anatomie pelvienne en trois dimensions et voyez si votre attraction était en faveur d'un des organes de la cavité abdominale.

### **Les tests d'écoute thoracique**

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout à la tête du patient

- Intentions manuelles

Posez la paume de la main, avec le poids de votre main, sur le thorax au-dessus du 5<sup>ème</sup> espace intercostal (veillez à bien être positionné au-dessus du diaphragme !!)

- Intentions intellectuelles

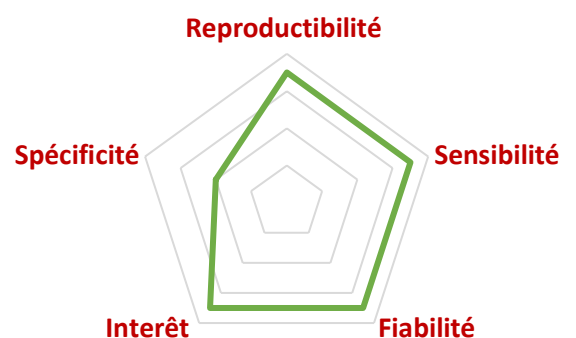
Soyez dans une attitude passive, à l'écoute des informations qui vous parviennent

Vous allez obtenir des informations de latéralité, de profondeur, de vitesse d'attraction

Une fois que vous avez recueilli passivement ces informations projetez dans votre esprit l'anatomie thoracique en trois dimensions et voyez si votre attraction était en faveur d'un organe thoracique.

## **Les tests rapides des compartiments thoraco-abdomino-pelvien**

### *Caractéristiques du test*



Le caisson abdominal est subdivisé en 9 compartiments qu'ils vous faut tester individuellement systématiquement.

Les tests sont ici, pour chaque compartiment, une question binaire à la recherche d'une résistance inhabituelle et excessive.

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout à côté du patient

- Intentions manuelles

Procédez toujours dans le même ordre afin de vous décharger mentalement du process à réaliser et vous concentrer uniquement sur les informations recueillies.

- L'ordre n'a aucune valeur mais nous vous proposons le nôtre sachant qu'il n'est plus valable qu'un autre :

- Fosse iliaque droite
- Flanc droit
- Hypochondre droit
- Epigastre
- Hypochondre gauche

- Région ombilicale
- Flanc gauche
- Fosse iliaque gauche
- Hypogastre

Chacun de ces secteurs est évalué par une compression viscoélastique en profondeur et médialement.

Selon le secteur concerné, les organes qui y siègent deviennent suspects et seront testés spécifiquement. Ainsi, il faut considérer dans :

- L'hypochondre droit : le foie (lobe droit), la vésicule biliaire, l'angle colique droit, le rein droit, la veine cave inférieure et le diaphragme (et ses relations pleurales).



- L'épigastre : le foie, la vésicule et les voies biliaires, l'estomac, le premier duodénum, le colon transverse, l'aorte et le tronc cœliaque.



- L'hypochondre gauche : le lobe gauche du foie, l'estomac, l'angle splénique du colon, le rein gauche, la rate et la queue du pancréas, le diaphragme



- Les flancs : les reins, les uretères et les colons ascendant et descendant



▪ La région ombilicale : le duodénum, les voies biliaires, le pancréas, la veine cave inférieure, l'aorte et les artères mésentériques supérieures et inférieures ; c'est également à ce niveau que l'on perçoit plutôt les tensions de l'intestin grêle et de ses attaches



▪ Les fosses iliaques : le caecum, le colon sigmoïde, les uretères, les trompes et les ovaires, voire les artères iliaques et les canaux inguinaux



▪ L'hypogastre : la vessie, la prostate, l'utérus et ses annexes, le rectum et la bifurcation aortique.



- Intensions intellectuelles

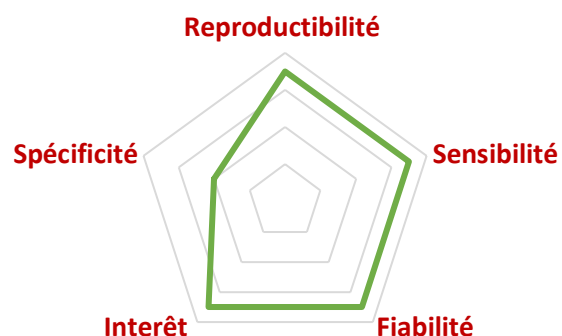
Prenez l'information pour chaque compartiment avec à chaque fois la visualisation en trois dimensions des organes concernés. Ne focaliser pas tout de suite sur un compartiment résistant, attendez la fin des 9 tests.

Une fois l'ensemble de ces tests effectués, votre esprit peut les corrélérer avec des informations déjà préalablement obtenues que ce soit au niveau du test du rachis, des tests du sacrum, du test des rotations des articulations coxo fémorales.

Ce travail intellectuel nécessite une solide connaissance anatomique et physiologique pour pouvoir rebondir rapidement et de façon cohérente et commencer ainsi à tisser la toile d'araignée d'une éventuelle chaîne dysfonctionnelle.

### Les tests de viscoélasticité thoracique

#### Caractéristiques du test



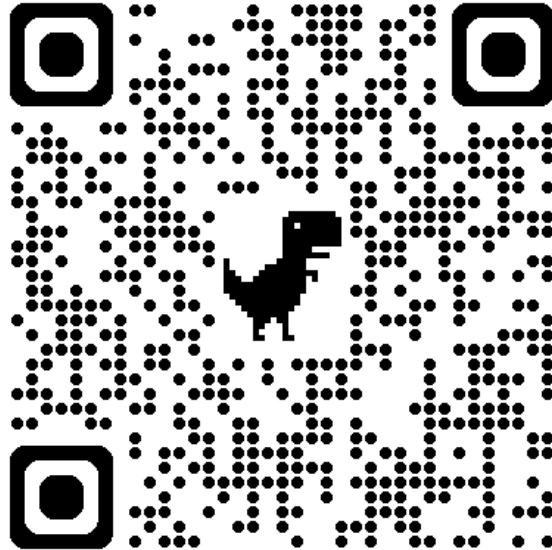
Nous vous proposons de quadriller l'ensemble du thorax et d'analyser globalement la capacité de la cavité thoracique à se laisser déprimer et étirer dans toutes les directions.

L'ensemble du thorax doit donner une impression d'homogénéité. Ce test est positif dès lors qu'il existe une perte de qualité d'un des paramètres de compression ou d'étirement.

L'entité thorax doit être considérée systématiquement et conjointement sur ces deux aspects : contenant et contenu.

En effet la forte interdépendance anatomique, biomécanique et pathogénique du contenant (sternum, cartilages costaux, côtes, les diaphragmes) et du contenu (viscères endothoracique), conjugué à la place hégémonique de ce complexe dans l'équilibre tissulaire du corps ; nous oblige à en avoir une vision aussi précise que possible et ce dès les tests globaux.

Nous vous proposons, en flashant le QR code ci-dessous, d'amener à votre conscience la place du complexe thoracique dans l'ensemble du réseau tissulaire du corps humain.



### **Tests du contenant thoracique**

Le contenant thoracique est constitué d'un ensemble

- de pièces « densifiées » : sternum, côtes
- de pièces « souples » : muscles intercostaux, ligaments, diaphragme
- de pièces intermédiaire : cartilages costaux

Toutes ces pièces ont une déformabilité optimale dont la conjugaison participe à assurer les fonctions du complexe thoracique.

L'altération tissulaire d'un des paramètres de déformabilité, et ce même sur une seule des pièces du « puzzle thoracique », pourra avoir des conséquences sur la fonction de ce complexe mais aussi sur les éléments qui le perfore et le parcourt (nerfs, artères...) et bien au-delà pouvant être

une source hautement pathogénique pour l'équilibre tissulaire global du patient.

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout à droite du patient

- Intentions manuelles

Saisissez chaque partie du sternum (entre deux cartilages consécutifs) avec vos deux pouces et vos deux index.

**Pour le sternum :** Vous pouvez donc tester successivement le manubrium entre K1 et K2 puis le corps du sternum entre K2-K3 puis K3-K4 puis K4-K5 et K5-K6 et vous terminerez par la xiphoïde que vous pourrez saisir entre le pouce et l'index de la main droite.

Appliquez des forces de torsion et de compression pour vérifier la bonne déformabilité élastique de l'ensemble du sternum.

**Pour les côtes :** Venez saisir l'arc costale entre le pouce et l'index (de K2 à K5) puis le pouce et le majeur (de K5 à K10). Venez appliquer à la côte une force de cintrage afin de tester sa déformabilité. Si la déformabilité attendue rencontre une résistance anormale essayez de focaliser votre attention sur l'endroit de la résistance : le cartilage ou la côte.

Pour rappel les 4 premières côtes ont un cartilage « vrai » plutôt rectiligne, puis de K5 à K7 on est en présence d'un cartilage « vrai » avec une angulation d'autant plus importante que vous vous rapprochez de K7. Puis de K8 à K10 le cartilage sera commun et enfin K11 et K12 sont libre de cartilages.

- Intentions intellectuelles

Si vous obtenez une restriction de mobilité d'une pièce du thorax ostéo-cartilagineux, ne tirez pas de conclusion avant le test du contenu thoracique.

Sachez néanmoins que le thorax ostéo-cartilagineux présente un haut niveau de pathogénicité et qu'il n'est pas rare de trouver, après hiérarchisation, un contenant primaire sur le contenu mais aussi primaire sur la globalité tissulaire du patient.

### **Tests du contenu thoracique**

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Debout alternativement à la tête et à côté du patient

- Intentions manuelles

Exercez premièrement un test au centre du thorax, au niveau médiastinal en veillant à poser votre main longitudinalement puis dans l'axe du cœur.

Puis procédez bilatéralement en regard du lobe supérieur droit et gauche puis inférieur gauche et moyen/inférieur droit.

Déplacez-vous latéralement et exercez un test d'étirement longitudinalement et en diagonale afin d'évaluer de chaque côté l'élasticité pleurale.



- Intentions intellectuelles

Toute restriction viscoélastique dans une direction indique une zone fixée, que ce soit au niveau ostéo-cartilagineux (donnant cette impression de barrière relativement superficielle) ou du contenu intra-thoracique (donnant une limitation plus profonde).

Comparez l'information obtenue dans le thorax et celle au niveau abdomino-pelvien en vous rappelant, comme nous le détaillerons dans les réseaux, l'influence considérable des jeux de pressions entre ces différents caissons et les rôles de piston et de soupape joués par les diaphragmes.

Comme nous le préciserons dans la partie centrale de ce livre, cette relation intime entre pression et tension est une des représentation du concept de tenségrité, véritable loi universelle du vivant et qui trouve ici, dans ces différents compartiments thoraco-abdomino-pelvien, une de ses représentation les plus probantes.

### **La routine crânienne : troisième famille de tests « pivots »**

La région céphalique nourrie depuis des décennies de véritables controverses entre les ostéopathes et entre les ostéopathes et les autres praticiens médicaux et paramédicaux.

Erigée en totem par certains et réfuté par d'autres, cette région complexe est souvent mal connue du point de vue anatomique et peu ou mal comprise dans une vision de globalité.

Ici, encore plus qu'ailleurs, l'anatomie est entre mêlée entre ostéologie, éléments péri-articulaire, fascias plus ou moins différenciés, neurologie

centrale et périphérique, vascularisation artérielle et veineuse et bien évidemment influence d'éléments à distance.

Ici plus qu'ailleurs une vision holistique sera pour le thérapeute un véritable fil d'Ariane permettant de s'orienter dans ce labyrinthe.

Véritable boîte de pandore renfermant en son sein le sacro-saint substrat anatomique du système neurologique, le crâne représente souvent la primarité de chaînes dysfonctionnelles s'exprimant très bruyamment et parfois très à distance, mais il représente aussi une véritable zone de confluences des désordres mécaniques et tissulaires sous-jacent.

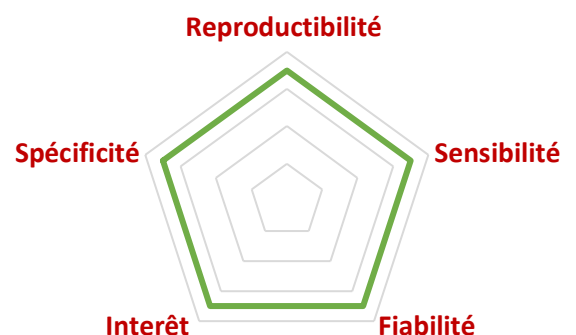
A notre sens, et ici plus qu'ailleurs, une vision dogmatique mettant en avant, sans raison valables, un traitement systématique du crâne et de ses différentes composantes est un véritable non-sens au même titre qu'une négation de son importance qui s'exprime parfois par une incroyable absence de tests crâniens.

C'est ainsi que nous vous proposons donc de toujours finaliser la routine de tests par une objectivation rapide du crâne dans ces différentes composantes : mécanique, neuro dure-mérien, pressionnel et viscoélastique.

## Le crâne mécanique



### Caractéristiques du test



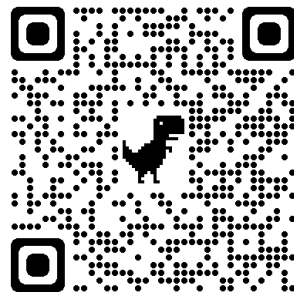
Evaluer la mécanique du crâne suppose d'interroger avec autant d'implication ces différentes entités que sont la base, la voûte et la face.

Organisé en 4 cadrans autour de l'articulation sphéno-basilaire avec laquelle ils sont tous en interconnexion réciproque, la mécanique crânienne est le reflet de la déformabilité harmonieuse de 23 pièces (22 plus l'os hyoïde) autour des différentes sutures qui les relient.

Si pour des raisons sémantiques et d'évidente nécessité d'expliquer de manière « entendable » la mécanique crânienne, nous avons tous été formé avec des notions de mouvements de os du crâne et de la face. Héritage de la vision avant-gardiste de Sutherland, il est aujourd'hui admis que les os du crâne ne bougent pas mais sont dotés d'une incroyable déformabilité autour de zones faibles telle les sutures.

Nous vous encourageons, bien évidemment, à débiter votre apprentissage par des notions simplistes de mouvements pour vous diriger ensuite vers les notions de déformabilités.

Afin de vous permettre de visualiser ces déformations crâniennes nous vous proposons de regarder cette vidéo en flashant ce QR code.



Evaluer donc la mécanique crânienne c'est savoir interroger à la fois la SSB et les cadrans.

Evaluer la mécanique crânienne c'est aussi s'interroger sur des mécaniques aussi importantes que la posture globale du corps qui va, et sera, influencer par la mécanique crânienne, mais c'est aussi se préoccuper de la qualité occlusale du patient et donc du rapport harmonieux des maxillaires et mandibules et de manière sous-jacente du positionnement de la langue elle-même conditionnant des fonctions aussi fondamentales que la respiration, la déglutition, la respiration, mais aussi le langage sur lequel

repose bien évidemment une partie de l'apprentissage et certaines pratiques indispensables à l'évolution du patient.

Même si ce n'est pas l'objet de ce livre et tout en devant rester mesuré quant aux rôles de l'ostéopathie et de ses possibilités, il ne faut pas négliger notre rôle prophylactique, notamment chez les enfants, où parfois la consultation chez l'ostéopathe est l'occasion de mettre en avant certains désordres mécaniques comme par exemple un palais beaucoup trop creux. Ce bilan mené par l'ostéopathe lui permettant d'épouser à cette occasion un rôle dans le monde dans la santé en orientant le patient vers d'autres professionnels de santé comme le dentiste, l'orthodontiste ou l'orthophoniste.

Savoir s'intégrer dans le monde de la santé, avoir la volonté de travailler en collaboration avec d'autres professionnels, avoir le souci de transparence quand à nos propres compétences et nos spécificités, devrait être pour chaque thérapeute un objectif, car la collaboration des compétences sera toujours en faveur de nos patients. Mais pour ce faire il va donc de soi que vous devez respecter la philosophie ostéopathique holistique avec le corollaire de tester absolument toutes les régions corporelles et donc bien évidemment la sphère crânienne.

L'objet n'est pas de décrire exhaustivement les innombrables champs d'action influencés, et influençant la mécanique crânienne mais d'attirer votre regard sur son importance et donc l'obligation absolue d'évaluer sa qualité.

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Assis à la tête du patient

Les avant-bras reposant sur la table, les pieds à plat

Soyez dans une posture de neutralité, ancré sur vos fulcrums

- Intentions manuelles

Positionnez vos index sur les grandes ailes du sphénoïde et vos annulaires sur l'occiput



Vous allez successivement vérifier

- Si la SSB est capable de mouvement et donc de se décoapter
- Les mouvements des 4 cadrans en réponse à la flexion et d'extension de la SSB

- Intentions intellectuelles

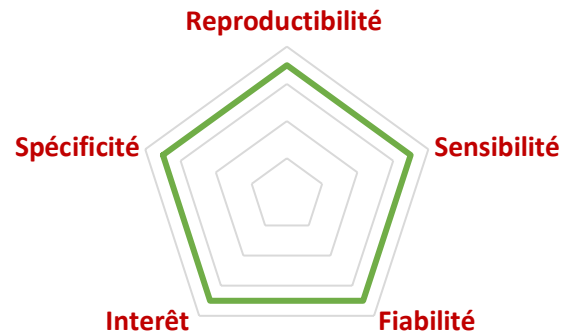
Si la SSB ne présente aucune qualité de décoaptation vous êtes en présence d'une dysfonction hautement pathogénique dont la levée est une condition sine qua non pour pouvoir obtenir des résultats cohérents sur l'ensemble de la routine de tests (et pas que pour le crâne !!). Ceci aura comme obligation, la nécessité de libérer cette impaction puis de reprendre l'ensemble de la routine de tests.

Si la SSB est en mesure de se décoapter notez si les 4 cadrans se déforment harmonieusement que ce soit en rotation interne ou externe et notez si un cadran présente une qualité restreinte. Si tel est le cas, et si la hiérarchisation ultérieure met en avant la primarité de la mécanique crânienne, vous reviendrez à cette dernière pour effectuer des tests spécifiques.

Avec le même process déjà employé préalablement, prenez ces informations et attendez la fin de l'ensemble des tests crâniens (dure-mérien, pressions, ligne de force...) avant de conclure.

## Le crâne neuro duremérien

### Caractéristiques du test



On s’imagine bien souvent, et à tort, le système nerveux à l’abri des contraintes mécaniques, niché au sein de ses enveloppes osseuses. Il n’en est rien ; il est en permanence soumis aux forces, aux contraintes et aux déformations auxquelles il doit s’adapter au plus juste et en permanence pour pouvoir assurer de manière optimales toutes ses fonctions.

Pour ce faire il possède tout un système d’amortissement dont un des principaux composants est la dure-mère et ses expansions.

L’évaluation crânienne de la dure mère, corrélée à celle effectuée au sacrum permet d’entrevoir, à l’instant « t », l’équilibre du système neuro-méningé.

En effet ce véritable complexe encéphalo-neuro-myelo-duremérien est régi par deux lois immuables ; la continuité et l’équilibre, dont l’imbrication fait apparaître la propriété mécanique prépondérante de ce complexe : la tenségrité viscoélastique.

Nous reviendrons sur toutes ces conceptions dans la partie du livre dédiée à notre vision des différents réseaux et leurs interrelations mais nous pouvons dès à présent affirmer notre profonde conviction que ce complexe, considéré dans son ensemble, représente par lui-même un entité hégémonique.

Cette prépondérance peut sûrement être entrevue quand on se rend compte que ce complexe présente en son sein le substrat anatomique qui se comporte à chaque instant comme un véritable chef d’orchestre menant de

mains de maître des rôles aussi hétéroclites que fondamentaux et sans qui notre vie intérieure et extérieure ne serait possible.

Comme un chef d'orchestre, il unit toutes les unités corporelles, aussi éloignées soient-elles, en s'obligeant en permanence de répartir au plus juste dans chaque petite unité un tantième de l'effort nécessaire pour concourir globalement à la seule nécessité absolue dont il se fait le garant : l'homéostasie.

C'est ainsi, pour nous ostéopathes, qu'évaluer la dure-mère c'est à notre sens objectiver l'équilibre de ce complexe ; lui-même reflet de la stratégie de répartitions de contraintes dans chacune des unités corporelles qu'elles soient articulaires, péri-articulaire, viscérales, vasculaires, fasciales et bien évidemment neurales.

Pour ce faire nous vous proposons deux tests globaux. Le premier va évaluer la qualité de l'équilibre longitudinale neuro dure-mérien et sera comparé aux informations obtenues au sacrum lors du tes du compartiment médian.

Le deuxième se propose d'objectiver l'équilibre global de tout ce complexe et donc, pour faire suite à nos précédents propos, la qualité de répartition des contraintes de l'ensemble du corps de votre patient. Ce dernier test peut aux premiers abords vous sembler complexe ; mais il est manuellement très parlant et comme souvent beaucoup plus simple à ressentir qu'à expliquer...donc venez avec quiétude à ce test en faisant confiance à ce merveilleux outil que sont vos mains...

### **1 er test neuro-duremérien :**

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Assis à la tête du patient

- Les avant-bras reposant sur la table, les pieds à plat
- Soyez dans une posture de neutralité, de nouveau ancré sur vos fulcrums

- Intentions manuelles

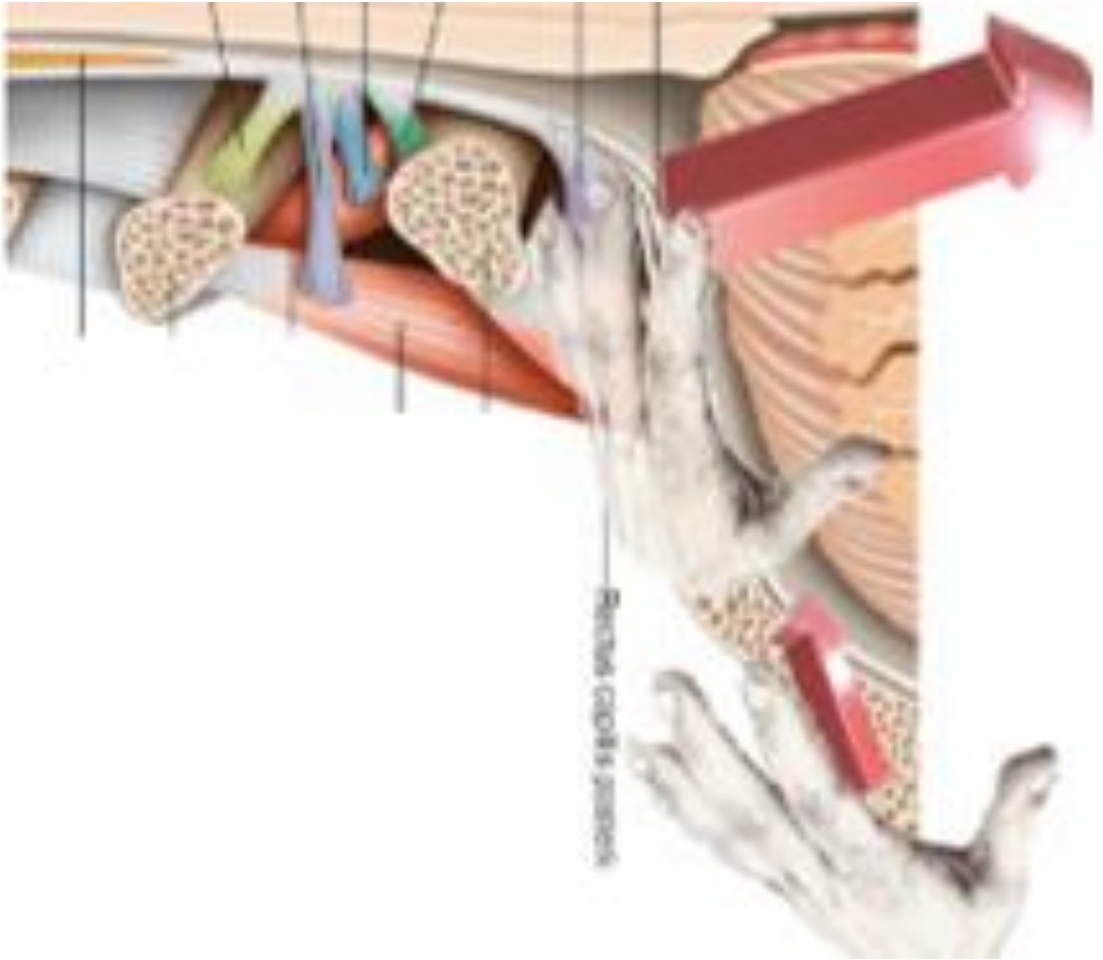
Positionnez vos deux mains sous l'occiput

Vos annulaires se rejoignent pour être positionnés médialement en projection de l'axe médian que représente le canal rachidien et la dure-mère.

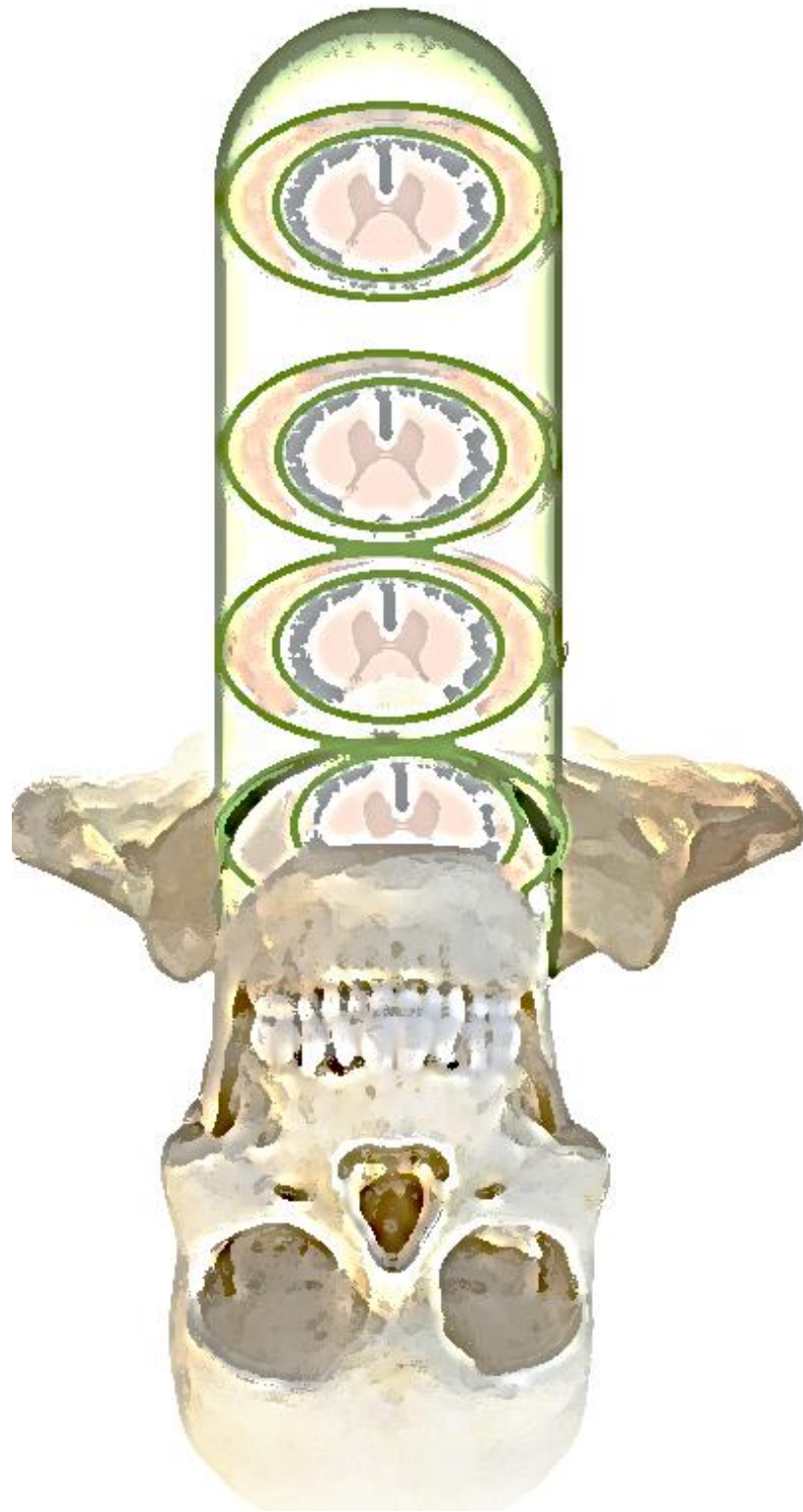
Avant de procéder au test veillez à mettre le patient en légère extension afin de pouvoir pénétrer au plus proche de la dure-mère à travers le muscle petit droit postérieur de la tête (rectus capitem minoris).

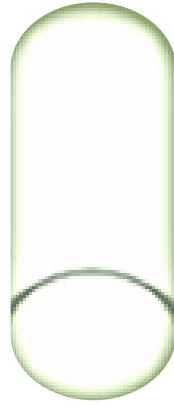
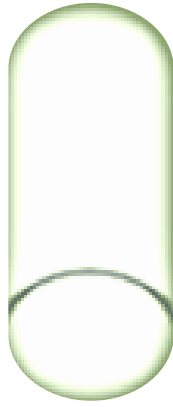
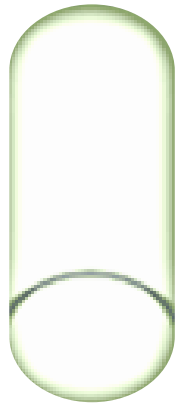
Avec vos annulaires, tractez céphaliquement l'occiput.

Vérifiez si cette traction est libre ou si elle est qualitativement et/ou quantitativement restreinte avec l'apparition concomitante de mouvements secondaires de l'occiput.

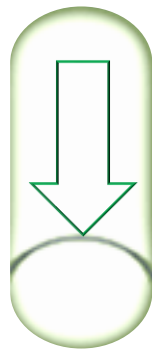








**Tension exagérée  
neuro  
duremérienne**



**Pas tension  
anormale neuro  
duremérienne  
céphalique**



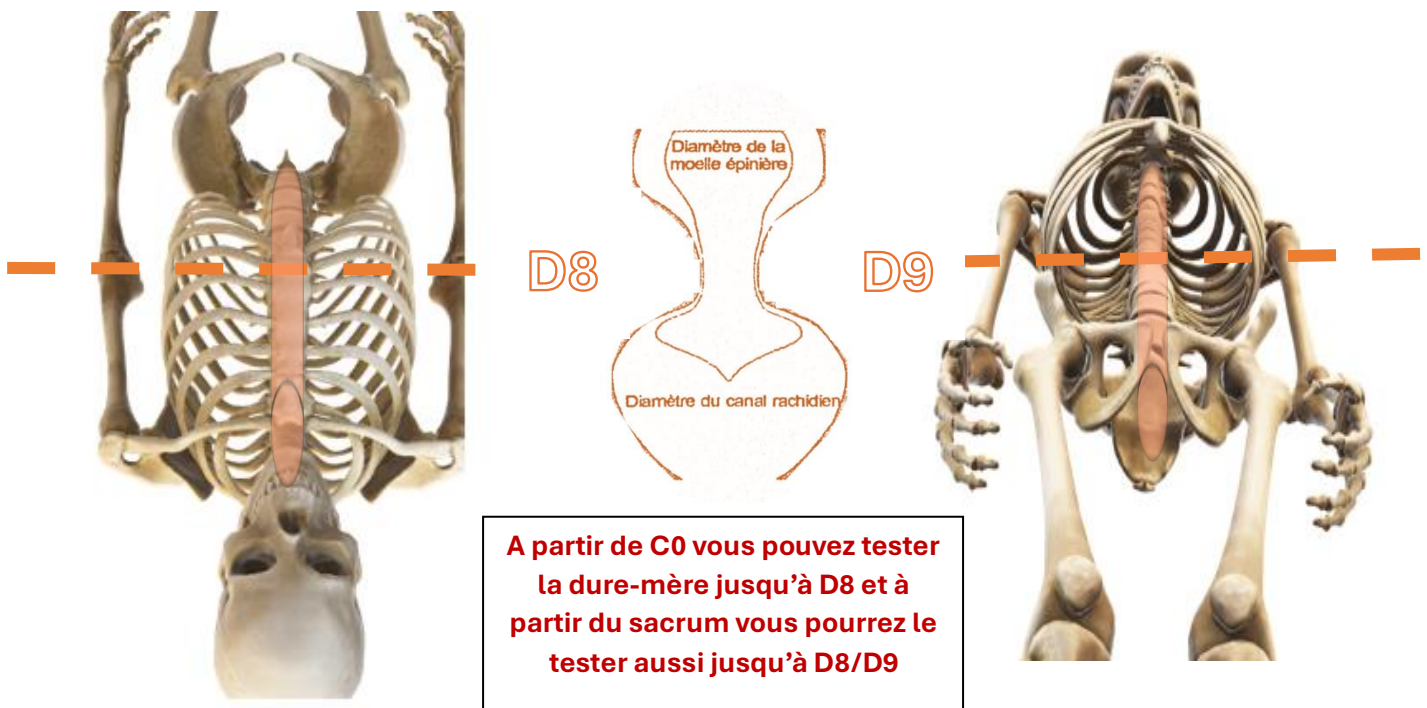
**Tension exagérée  
neuro duremérienne  
droite**

- Intentions intellectuelles

Prenez le soin d'apprécier si la restriction tissulaire s'exprime rapidement ou avec un délai révélateur d'une restriction bassement située.

Comparez cette information avec celles reçues dans le compartiment médian du sacrum.

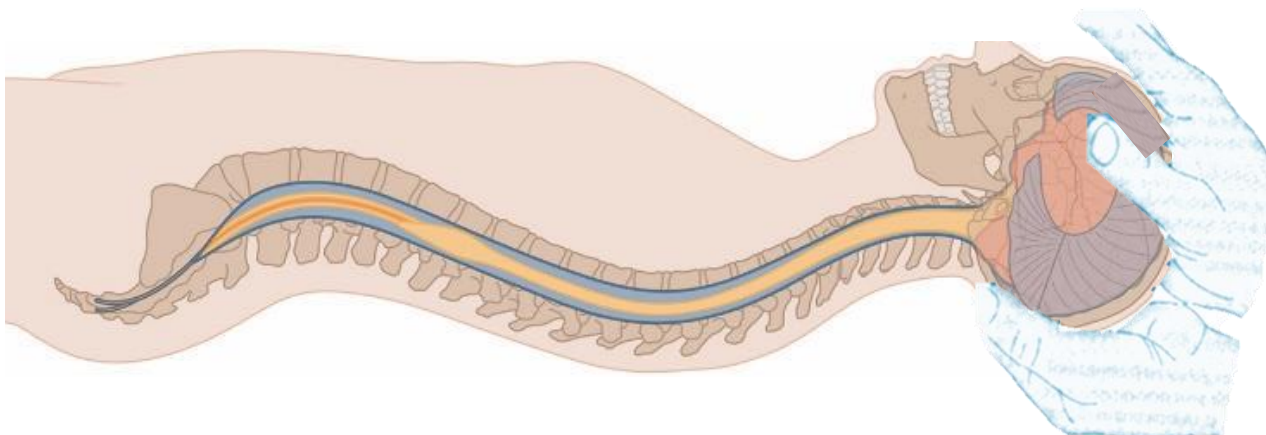
Notez si la restriction tissulaire vous semble latéralisée.



Si vous trouvez une tension excessive de la dure-mère, si vous avez obtenu une notion de latéralité et de profondeur gardez ces informations alors que vous allez attaquer le 2<sup>ème</sup> test qui par son objectivation globale devra venir confirmer ces informations.

## **2ème test neuro-durémérien :**

Dans ce test l'objectif est de se « placer » au contact de ce complexe encéphalo-myelo-durémérien en projection d'une zone géographique particulière représentant un lieu de convergence des expansions de la dure-mère : le vertex.



**Comprimez**



**Relâchez**



**Comprimez**



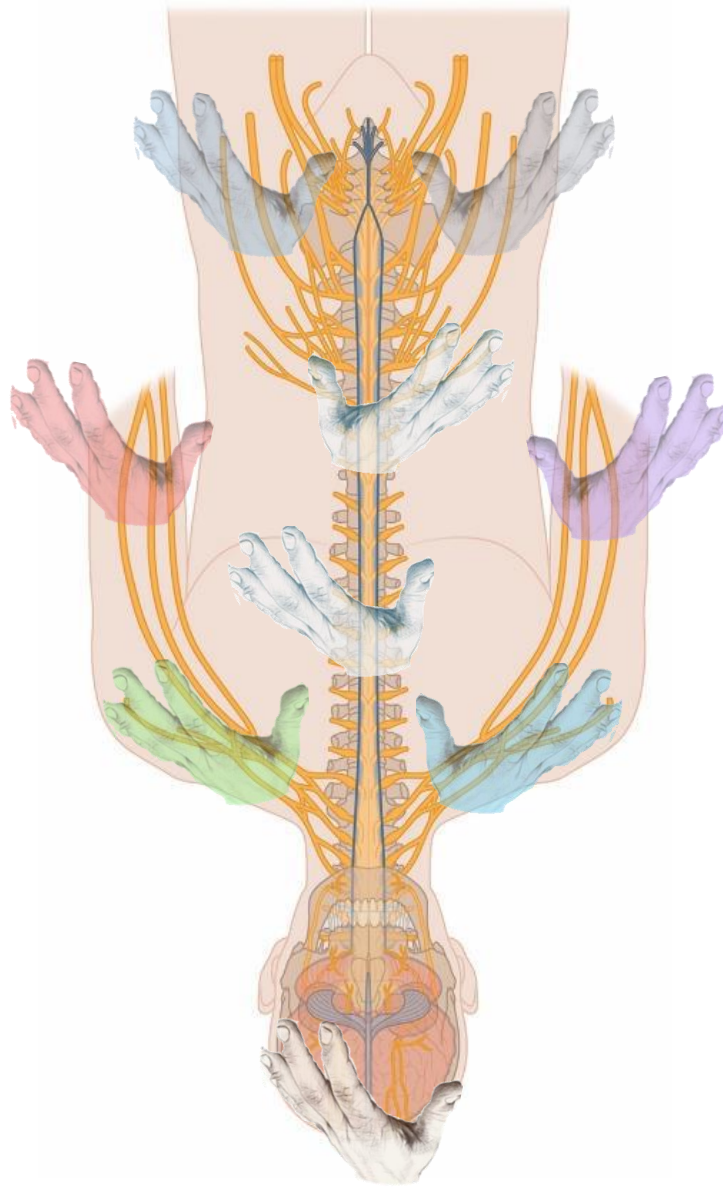
**Relâchez**

**de moitié**



**Ecoutez passivement et avec neutralité les mouvements  
affichés par  
votre paume**





Une fois la sensation recueillie, et pas avant ni pendant, vous pouvez constater là où votre paume de main a été emportée.

Le processus de compression/relâchement à mi-course vous a permis de vous positionner en contact de la dure-mère et donc en mesure de percevoir

l'attraction manuelle vers les zones en contraintes tissulaires au sein du complexe encéphalo-myelo-neuro-duremérien.

Au sein de ce complexe, l'attraction peut être de plusieurs ordres qu'il peut être intéressant de distinguer :

- Une attraction d'origine encéphalique
- Une attraction d'origine neurale
- Une attraction d'origine membraneuse (dure-mère et ses expansions)
- Une attraction d'origine suturale
- Une attraction d'origine intra-osseuse

**Une attraction d'origine intra-osseuse** donnera des sensations dans votre paume de mains qui présenteront les caractéristiques suivantes :

- La durée de l'attraction est très limitée dans le temps.
- L'arrêt de l'attraction est net, même parfois brutal.
- La paume de main est attirée très superficiellement.
- La direction de l'attraction manuelle signe le siège de la dysfonction intra-osseuse.

**Une attraction d'origine suturale** donnera des sensations dans votre paume de mains qui présenteront les caractéristiques suivantes :

- La durée de l'attraction est relativement limitée dans le temps.
- L'arrêt de l'attraction est net mais pas brusque.
- La paume de main est attirée plus profondément tout en donnant la sensation de rester dans l'épaisseur du crâne osseux.
- L'attraction manuelle se fait dans la direction du cadran qui présentera la dysfonction suturale (cadran postérieur droit par exemple pour une suture occipito-mastoïdienne droite).

**Une attraction d'origine membraneuse** donnera des sensations dans votre paume de mains qui présenteront les caractéristiques suivantes :

- La durée de l'attraction est variable. Elle est toujours plus longue que l'attraction ressentie dans une dysfonction de suture ou intra osseuse. La durée est dans ce cas l'expression d'une notion de profondeur et de distalité. Si la restriction siège dans la partie basse de la dure-mère, par exemple au niveau du filum terminale, l'attraction manuelle va durer longtemps alors que si la restriction est située au niveau du fourreau dural cervical l'attraction manuelle durera moins longtemps. Il est impossible de chiffrer cette durée car elle est évidemment variable pour chaque individu mais pour éclairer ces propos ; l'écoute issue du filum durera autour de 45 secondes alors qu'elle ne sera que de 15 ou 20 secondes si le siège de la restriction duremérienne est cervical.
- L'arrêt de l'attraction manuelle est très doux et progressif comme si votre paume de main atterrissait dans du coton bien moelleux.
- La paume de la main est attirée profondément, d'autant plus que la restriction siègera dans le canal médullaire.

**Une attraction d'origine neurale** donnera des sensations dans votre paume de mains qui présenteront les caractéristiques suivantes :

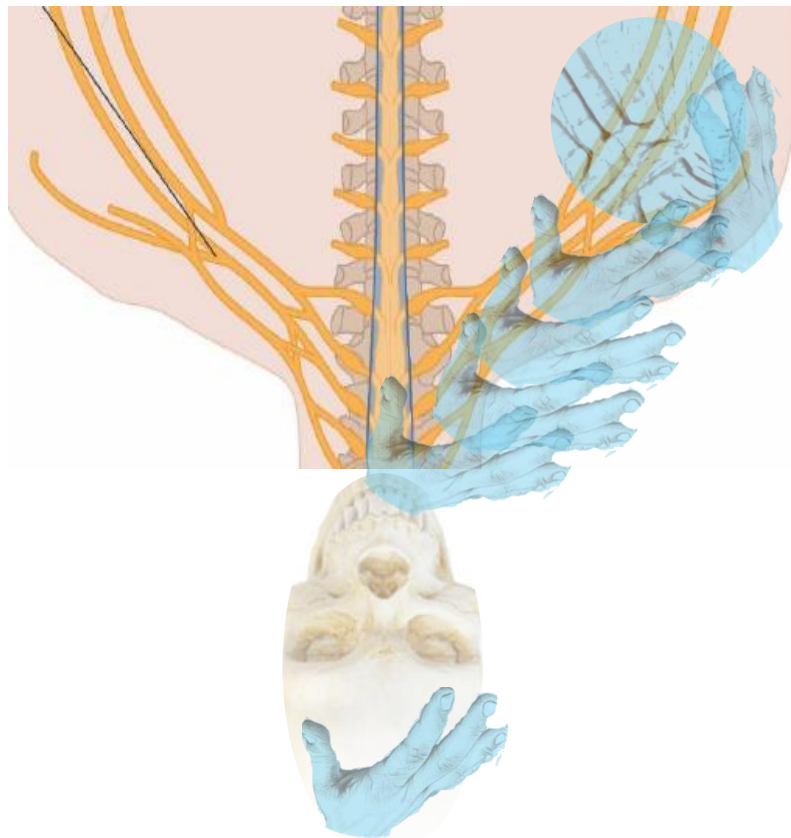
- La durée de l'attraction sera proportionnelle à la situation du nerf qui exprime sa contrainte tissulaire dans votre paume de main.
- De nouveau l'arrêt de l'attraction manuelle est doux et progressif avec la sensation à la fin de buter contre une structure caoutchouteuse.
- Vous avez véritablement la sensation d'avoir la paume de main tractée par un fil.

Il est difficile lors de ces écoutes de distinguer la réalité ressentie et celle combinée à la visualisation anatomique. Pour notre part nous avons très fréquemment la sensation d'être tracté par un fil et de

glisser sur le plexus (brachial, lombaire, lombo-sacré) avant de s'arrêter sur le nerf en question.

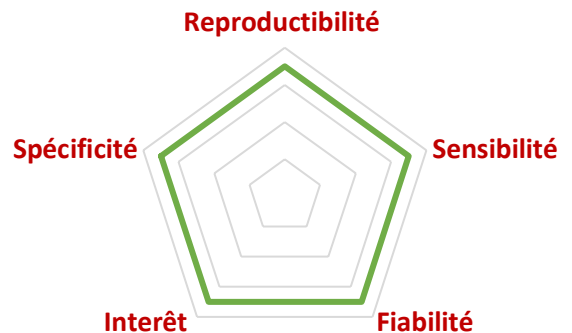
C'est ainsi que la fixation d'un nerf radial dans sa gouttière de torsion nous donne fréquemment les caractéristiques suivantes :

- Attraction latéralisée et postérieure puis la sensation que la paume de main se sagittalise comme si elle-même parcourait la gouttière de torsion avant de s'arrêter doucement avec une sensation de butée caoutchouteuse.



## L'évaluation de la viscoélasticité du crâne

### Caractéristiques du test



Lieu de passage d'éléments nerveux et vasculaire le crâne osseux ne peut être considéré comme une boîte hermétique. Les nombreux foramen qui le perforent à sa base offrent à ce dernier une possibilité d'adaptations aux pressions qu'ils subissent et/ou qu'il engendrent.

L'ensemble de ces foramen sont recouverts de dure-mère et sont comblés de graisse fluide nécessaire à l'adaptation des structures nobles qui les empreintes.

L'objectif de ce test est d'apprécier la qualité de la base du crâne lorsqu'on lui apporte une contrainte en compression combinée antéro-postérieure et postéro-antérieure.

Par ces différents tests nous vérifions l'acceptation tissulaire du crâne à la compression, et toute résistance anormale signera une contrainte anormale homolatérale dont l'origine pourra prendre source au niveau d'un des foramen ou d'un élément noble le parcourant, ou d'une suture le jouxtant ou même d'un déséquilibre plus bas situé dans le corps nécessitant une adaptation dans le crâne.

La viscoélasticité est un principe physique, supporté par les qualités histologique du tissu concerné, qui veut que ce dernier sera en mesure de retrouver sa forme initiale, après un temps de latence, une fois que la contrainte physique lui ayant imposé un changement d'état, sera levée.

Cette remarquable qualité physique dont bénéficie l'ensemble de nos tissus, notamment le système osseux, et plus particulièrement les os du crâne et de la face, va permettre une remarquable adaptabilité dont la qualité est objectivable manuellement.

Ici nous avons la possibilité de nouveau de « quadriller » l'ensemble de la sphère crânienne avec une succession de tests dont nous apprécierons 4 paramètres : la résistance à la compression, la qualité de la déformabilité, le retour à l'état initial et le temps de latence avant ce retour.

Le test sera dit positif si un des 4 paramètres est de moins bonne qualité. Cette appréciation se fera comparativement par rapport au côté opposé mais bien évidemment comparativement à l'habitude palpatoire et l'engrammation mnésique que vous aurez acquise au fur et à mesure de votre expérience.

Il est bien évidemment que c'est la combinaison de ces tests crâniens en compléments des tests crâniens mécanique et dure-mérien, tel un faisceau d'indices, qui nous amèneront à conclure à une dysfonction de la sphère crânienne et c'est ensuite le processus de hiérarchisation général qui, de par son objectivité, sous ses différents aspects (anamnèse, qualité, situation géographique, pathogénicité, mise en balance) nous permettra peut-être de conclure que la sphère crânienne est primaire en ce jour et à l'instant « t » pour ce patient.

Pour ces tests de viscoélasticité nous vous proposons d'interroger successivement différentes régions de la sphère crânienne :

La voûte

La base

Le massif fascial supérieur

Le massif fascial inférieur

**Evaluation de la viscoélasticité de la voûte et de la base du crâne**

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Assis à la tête du patient

Les avant-bras reposant sur la table, les pieds à plat

Soyez dans une posture de neutralité, de nouveau ancré sur vos fulcrum.

- Intentions manuelles

Positionnez une main sous l'occiput avec vos pulpes de doigt sous la ligne courbe occipitale au plus près de la partie postérieure de la base du crâne.

Positionnez une main antérieure avec les pulpes des doigts sur une ligne qui joint les arcades sourcilières en passant par nasion. Par ce placement vous êtes au plus près de la partie antérieure de la base du crâne.

Le test se fait en ayant la volonté d'imprimer une compression dans la base du crâne par une flexion de l'extrémité de vos doigts. L'image que vous pouvez avoir c'est de vouloir rapprocher vos doigts postérieurs et antérieurs. Vous pouvez agir sélectivement avec l'index antérieur : postérieur puis le majeur antérieur/postérieur puis l'annulaire antérieur/postérieur. Vous pouvez aussi choisir d'agir globalement.



- Intentions intellectuelles

Ce test est à utiliser et à entrevoir uniquement dans une notion de globalité. Utilisé seul il n'a que peu d'intérêts mais utilisé à la fin de la routine, avec une

vision globale, il peut être précieux pour confirmer des résultats que vous avez obtenus dans les tests précédents.

### **Evaluation de la viscoélasticité du massif fascial supérieur :**

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Assis à la tête du patient

Les avant-bras reposant sur la table, les pieds à plat

Soyez dans une posture de neutralité, de nouveau ancré sur vos fulcrum.

Votre paume de main supérieur se place sur obéliion et la première commissure de votre main inférieure englobe l'arcade alvéolaire des maxillaires supérieurs.



- Intentions manuelles

Imprimez à l'aide du poids de votre corps une compression du massif fascial en veillant à respecter l'axe oblique à 45°.

- Intentions intellectuelles

Déterminez si la compression, la déformabilité, le retour avec latence est harmonieux ou si une contrainte s'exprime sur une partie centrale ou latérale.

**Evaluation de la viscoélasticité du massif fascial inférieur :**

- Positionnement du patient

Décubitus dorsal

- Positionnement du thérapeute

Assis à la tête du patient

Les avant-bras reposant sur la table, les pieds à plat

Soyez dans une posture de neutralité, de nouveau ancré sur vos fulcrum.

Votre paume de main supérieur se place sur obéliion et la première commissure de votre man inférieure englobe les mandibules en passant par gnathion.



- Intentions manuelles

Imprimez à l'aide du poids de votre corps une compression du massif fascial inférieur.

- Intentions intellectuelles

Évaluez la qualité de l'appareil manducateur en analysant les différents paramètres de ce test.