

bourdonnements d'oreille ; il n'a pas de céphalée, mais des maux de tête ou des migraines ; il n'a pas de cruralgie mais des douleurs « là ».

Le piège majeur : négliger l'interrogatoire

Cet interrogatoire doit être systématiquement renouvelé **avant chaque nouvel examen**. On doit s'enquérir des incidents, accidents, affections, examens et traitements survenus entre deux consultations.

Dans le cadre d'un travail en équipe, il convient de signaler aux autres membres intéressés les modifications éventuelles lors du long parcours de soins.

■ Les 3 grands axes de l'examen posturologique

On doit pratiquer un examen méthodique suivant trois grands axes successifs : l'étude et l'élimination des obstacles, l'étude des capteurs maîtres de base et l'étude des problèmes psychiques.

L'étude et l'élimination des obstacles

Ils comportent dans l'ordre :

- l'évocation par l'interrogatoire et le repérage par l'examen physique classique ;
- la confirmation de la réalité de cet obstacle par la constatation de l'atonie des points d'acupuncture spécifiquement liés à cet obstacle ;
- la correction *temporaire* de ces obstacles par manipulation ou stimulation magnétique ;
- enfin la vérification de l'efficacité de cette correction d'une part, en améliorant l'examen clinique et d'autre part, en rétablissant le passage de l'énergie au niveau des points d'acupuncture corrélés, repérés au préalable en dysfonctionnement.

L'étude des capteurs maîtres de base

Elle se pratique rigoureusement de la même façon que celle des obstacles.

- l'évocation par l'interrogatoire et le repérage par l'examen clinique local ;

- la confirmation de l'atteinte par l'examen des points d'acupuncture liés spécifiquement à ce capteur ;
- la correction *temporaire* de ces capteurs par stimulation magnétique ;
- enfin la vérification de l'efficacité de cette correction par l'examen clinique et par le rétablissement du passage de l'énergie au niveau des points d'acupuncture corrélés, initialement perturbés.

Elle repose sur l'examen de deux paramètres physiques spécifiques.

Pour l'étude des capteurs de base, au fil du temps, j'ai réduit l'examen physique postural à deux paramètres : l'étude de l'obliquité des ceintures scapulaire et pelvienne et l'étude de la rotation cervicale ; c'est dire que ces tests doivent être pratiqués avec la plus extrême rigueur.

En effet, le test de Fukuda, le test des index de Romberg, les tests des extenseurs des poignets, des rotateurs des membres, de longueur des membres, sont des reflets de déséquilibres multiples (oculaire, dento-manducateur, podal), donc imprécis. Mais surtout ces tests font intervenir l'examineur *et* le patient, *a fortiori* s'ils sont répétitifs.

Cependant la pratique de certains tests groupés, effectués avec la plus grande rigueur, est évidemment envisageable. Elle est à même de donner des indications et des orientations au praticien qui les pratique *régulièrement*.

L'étude de l'obliquité des ceintures

Un protocole particulièrement rigoureux

Il convient d'examiner le patient dénudé, debout, les pieds légèrement écartés, respectant son attitude posturale habituelle stable et stabilisée, face au praticien ; le sujet doit fixer l'horizon ; cela évite des erreurs liées soit à des mouvements involontaires par défaut de stabilité, soit à des mouvements volontaires du patient qui tente de regarder ce que fait l'examineur (Fig. 1-2).

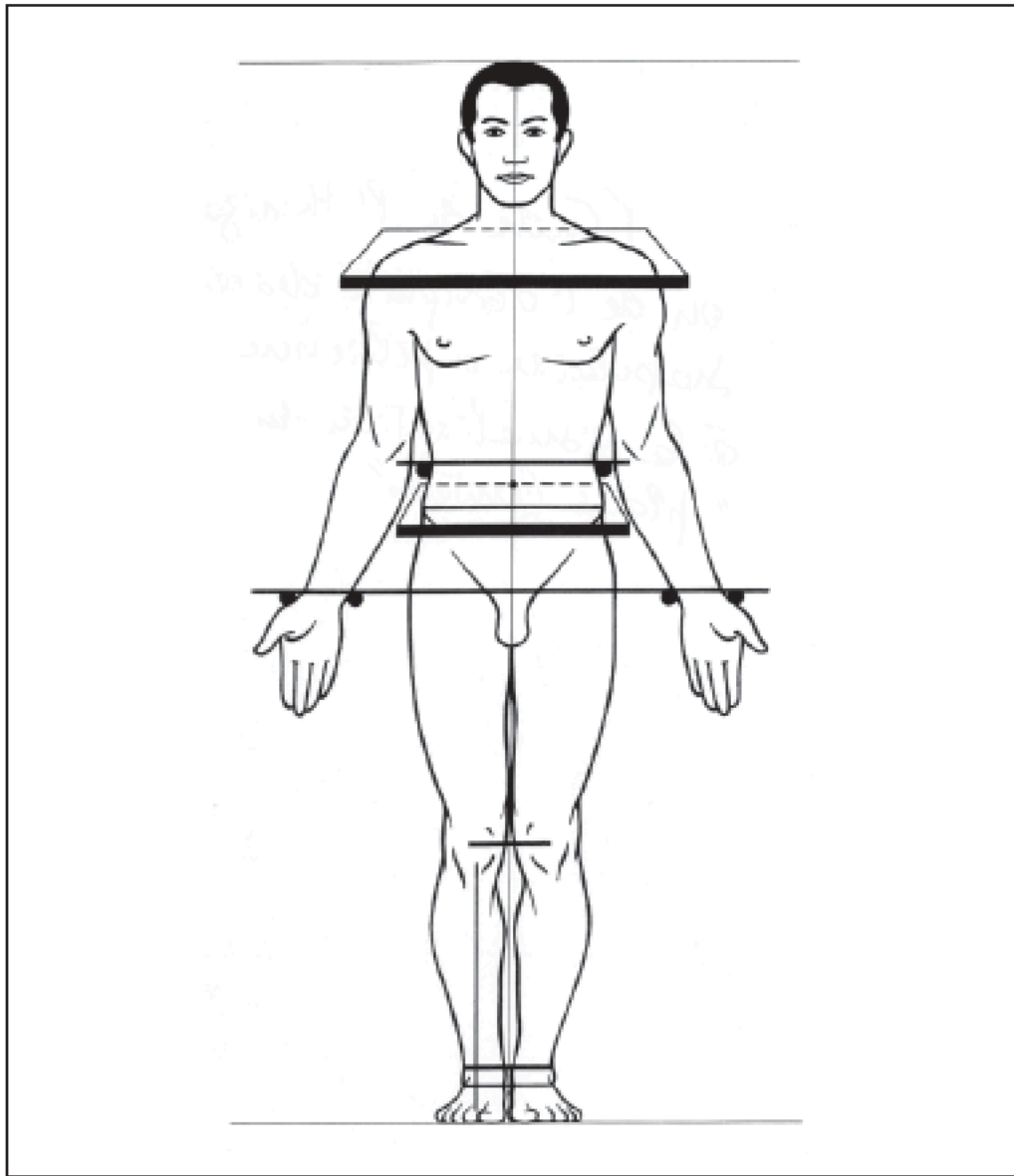


Fig. 1-2 – Étude de l'horizontalité ou de l'obliquité des ceintures scapulaire et pelvienne grâce à la visualisation des « plans frontaux ».

Pour cet examen, je suis assis sur un marchepied comprenant deux marches ; cela m'assure un parfait équilibre et la différence de hauteur des deux marches me permet de *visualiser dans le plan frontal*, successivement et au mieux, l'horizontalité ou la bascule éventuelle des ceintures scapulaire puis pelvienne, et *d'éviter de fâcheuses erreurs de parallaxe*.

On confirme cet examen visuel par l'examen physique de repères fiables.

Pour l'examen de la ceinture scapulaire, j'utilise une prise classique au niveau des apophyses styloïdes radiale et cubitale, entre pouces et index (Fig. 1-3).

Pour l'examen de la ceinture pelvienne, je pose mes index et mes majeurs, tendus et serrés les uns contre les autres, rigoureusement horizontaux, parallèles au sol, sur le sommet des crêtes iliaques.

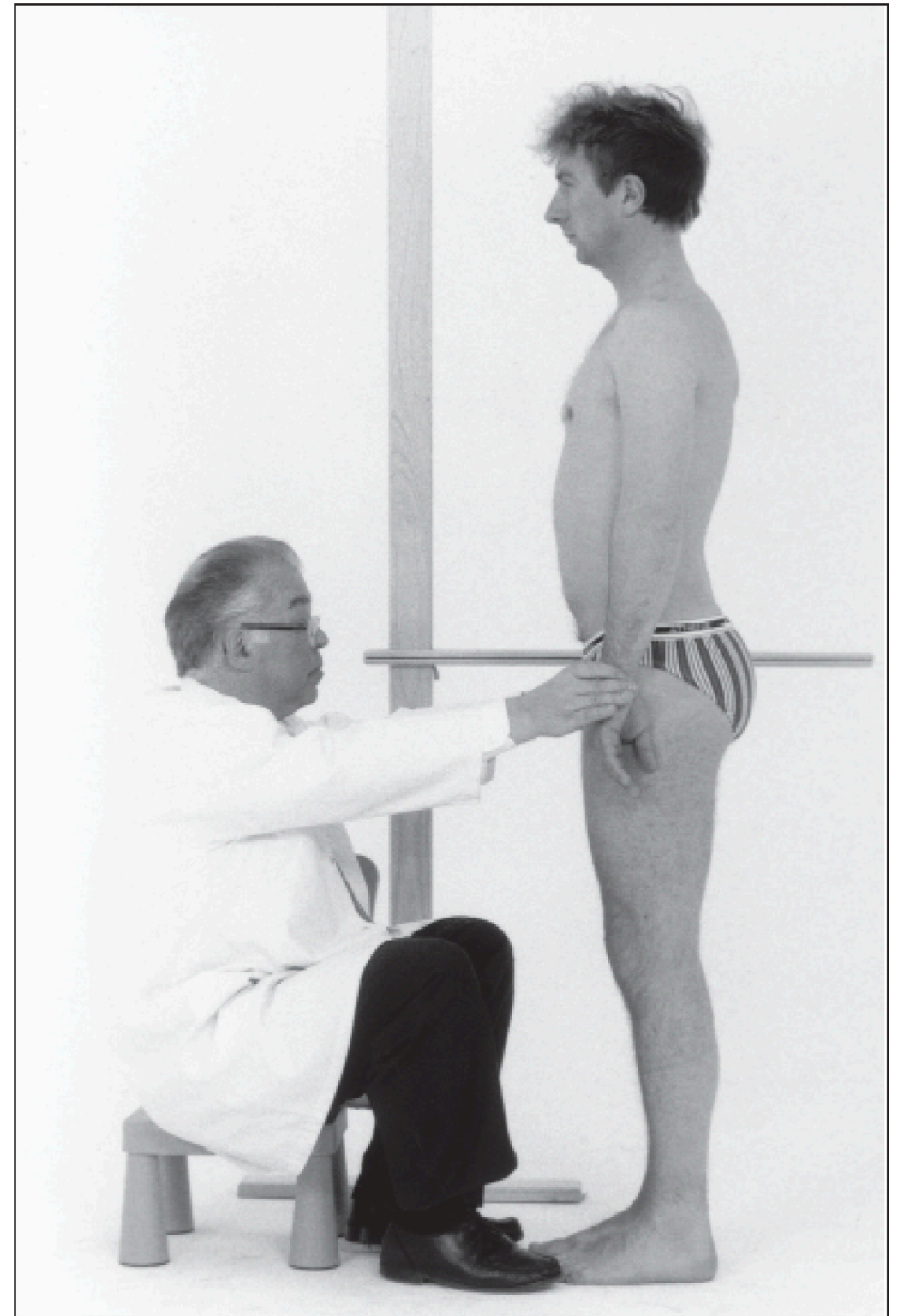


Fig. 1-3 – Visualisation du plan scapulaire chez l'adulte.

On peut s'aider d'un léger mouvement de ressort, starter, qui permet de repérer au mieux la bascule de cette ceinture dans le plan frontal (Fig. 1-4 et Fig. 1-5).

L'obliquité des ceintures est un phénomène adaptatif, incontrôlable par le patient.

Il convient de parler de bascules *physiologiques* homo- ou hétérolatérales des ceintures scapulaire et pelvienne (Fig. 1-6 et Fig. 1-7).

En effet ces bascules constituent à l'évidence un système adaptatif pur ; je n'en veux pour preuve que les modifications « **instantanées** » de l'obliquité de ces ceintures à la moindre correction par une stimulation magnétique correctement placée. Ce processus de défense physique physiologique

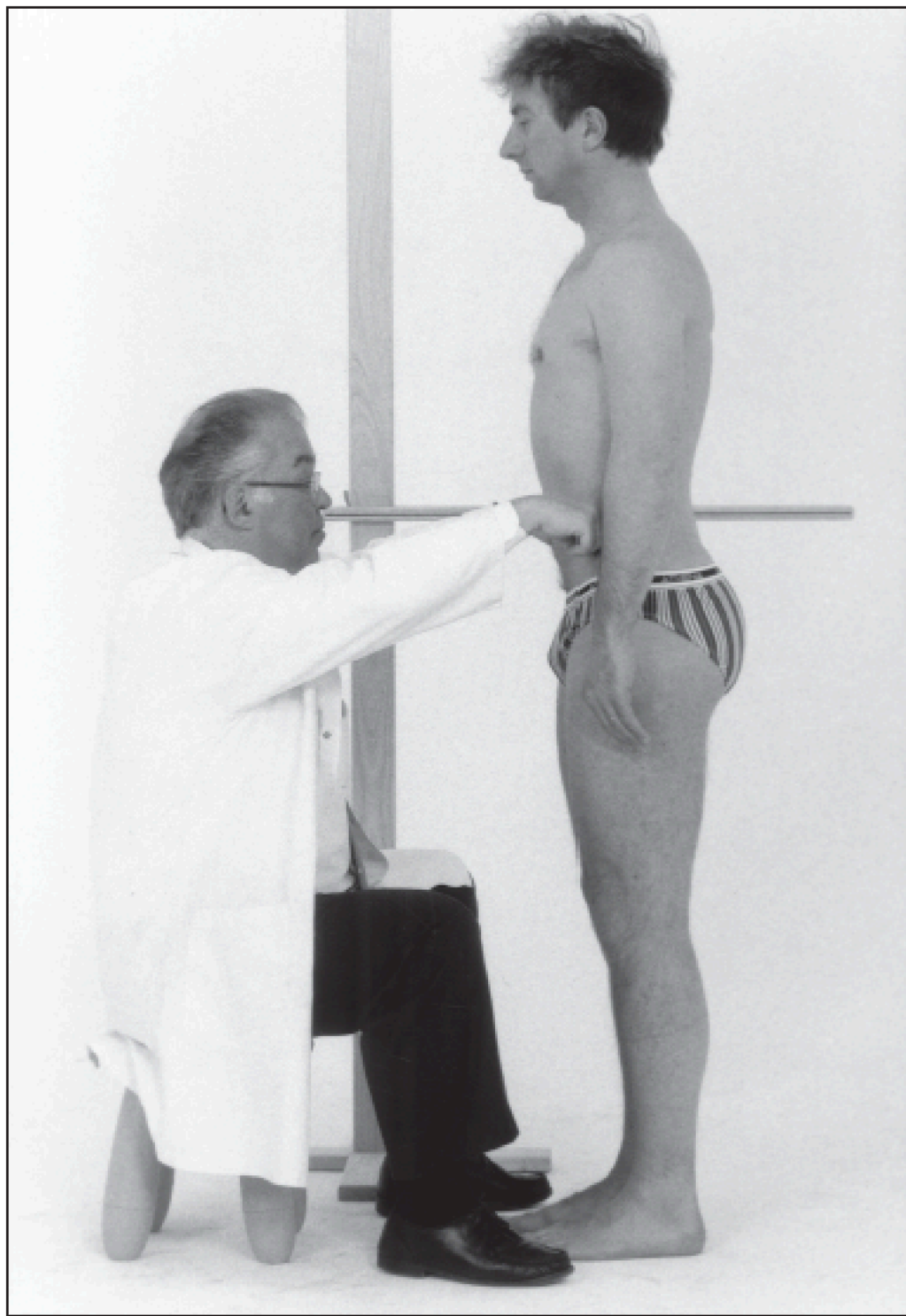


Fig. 1-4 – Visualisation du plan pelvien chez l'adulte.

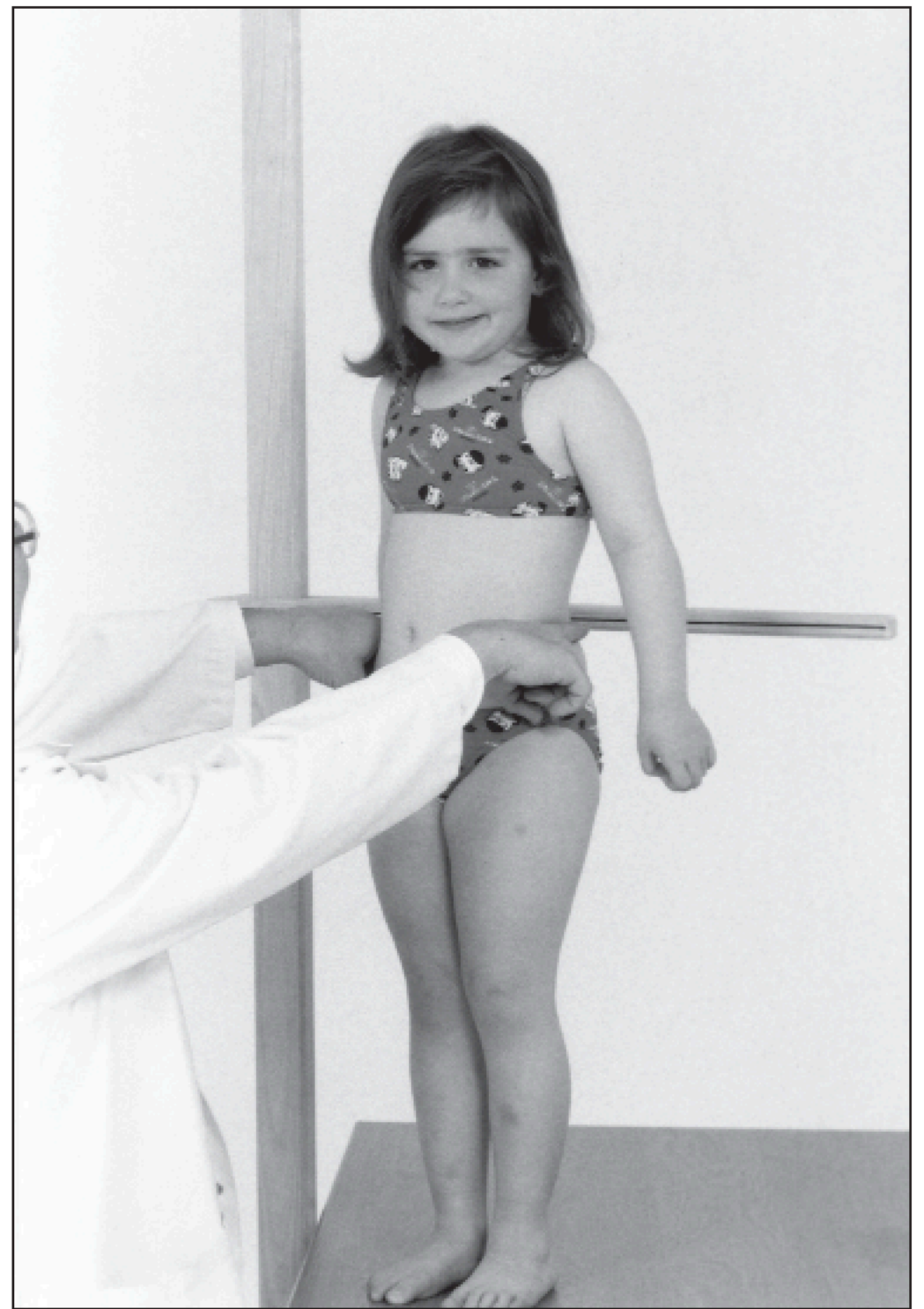


Fig. 1-5 – Visualisation du plan pelvien chez l'enfant.

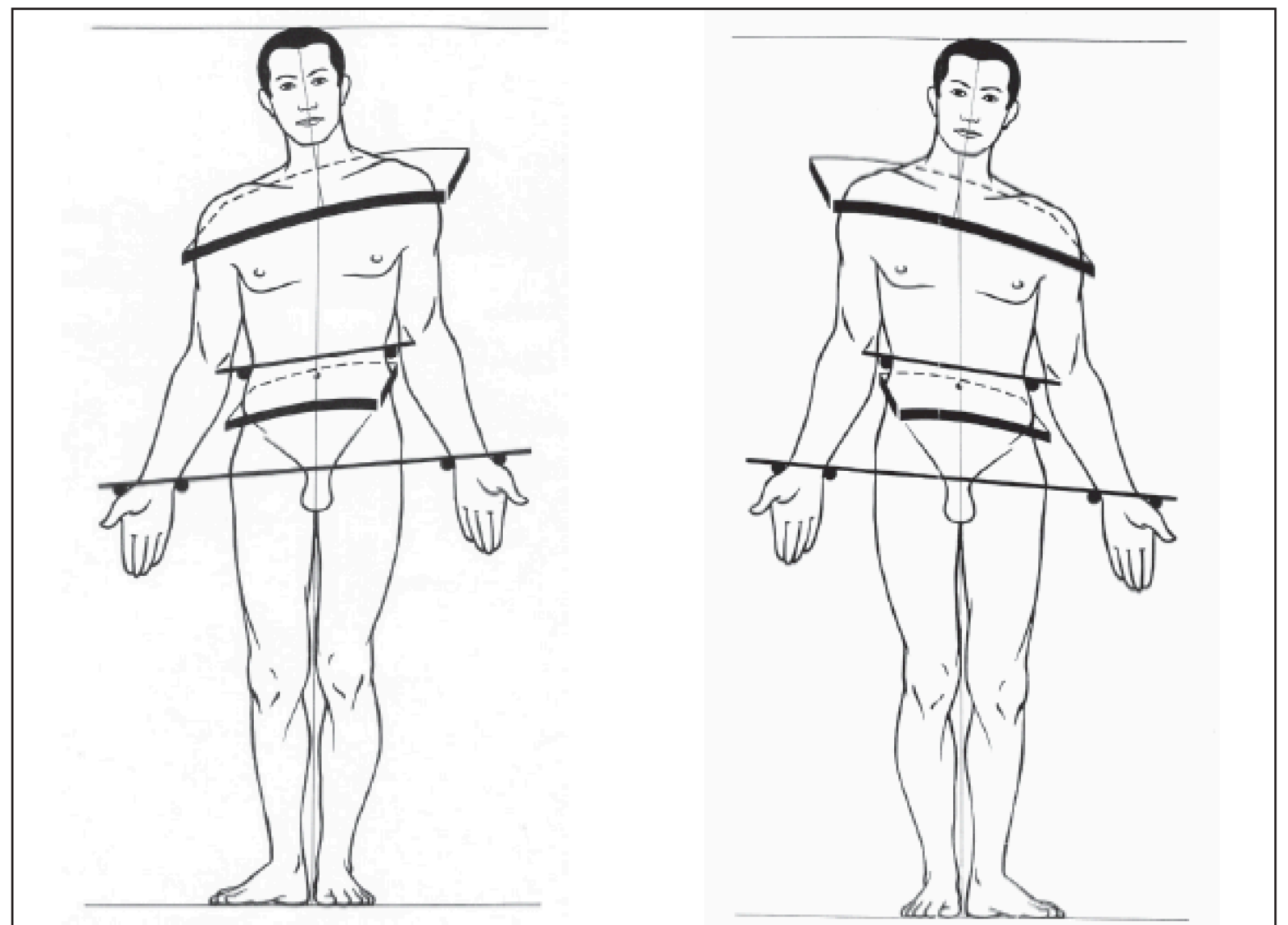


Fig. 1-6 – Représentation schématique d'une bascule homolatérale des ceintures scapulaire et pelvienne (droite ou gauche).

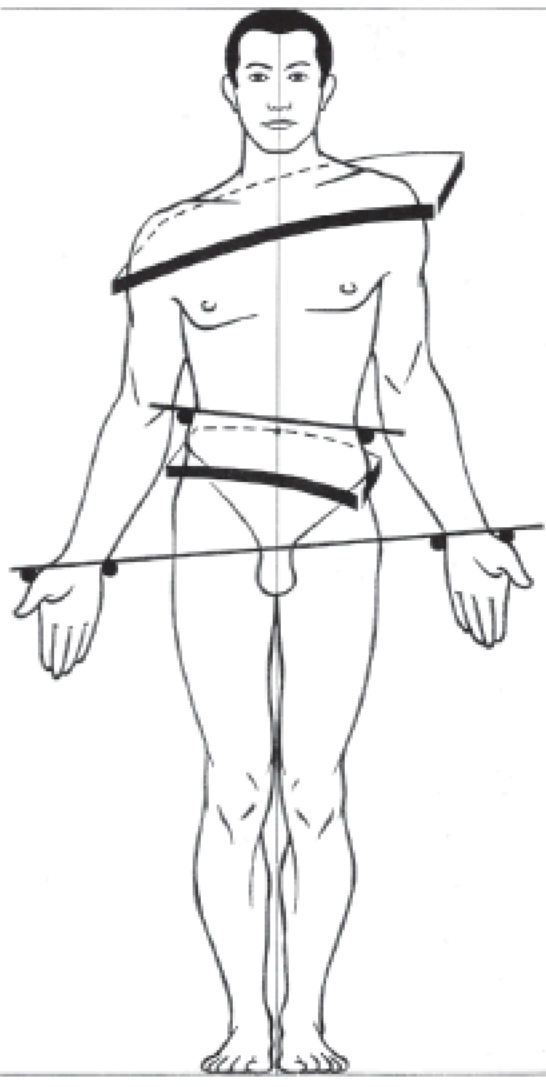


Fig. 1-7 – Représentation schématique d'une bascule hétérolatérale des ceintures scapulaires et pelvienne (droite ou gauche).

de l'organisme retarde, autant que faire se peut, l'impact rachidien des éventuels désordres des capteurs sensoriels de base et des obstacles. En l'absence de ce processus de défense, comme nous le verrons ultérieurement, l'atteinte d'un seul capteur est susceptible de déclencher des rachialgies, des radiculalgies ou des douleurs diverses.

Ces bascules adaptatives sont incontrôlables par le patient, observables visuellement à distance par le praticien avant les confirmations manuelles ; elles constituent donc un test sûr.

L'étude rigoureuse de l'obliquité des ceintures constitue le premier moyen de « débrouillage » ; ensuite, les modifications instantanées, secondaires aux diverses corrections successives des obstacles puis des entrées sensorielles de base, constituent un guide précieux ; le retour à l'horizontalité parfaite de ces ceintures haute et basse

confirme que l'on n'a rien oublié ; toute erreur ou tout oubli est d'emblée visualisé et repéré.

Une dernière remarque s'impose : les bascules sont nettes et on ne doit pas tenir compte de différences minimales d'obliquité. Lors d'examen systématiques on observe fréquemment une relative instabilité de la ceinture scapulaire et la latéralité du sujet peut se traduire par une très légère inclinaison de la ceinture pelvienne, mais ces deux anomalies sont sans commune mesure avec des bascules adaptatives physiologiques vraies.

L'étude clinique de la rotation cervicale

Un protocole tout aussi rigoureux

Le sujet est assis sur un siège fixe à accoudoirs, jambes décroisées, pieds au sol, écartés. Le praticien, debout derrière le patient, bloque les épaules de ce dernier dans un plan frontal. Il sollicite une rotation cervicale axiale, très lente, mais maximale (Fig. 1-8 et Fig. 1-9). Pour ce faire, le patient doit bien comprendre qu'il convient de tourner la tête du côté demandé, mais surtout qu'il doit relâcher *impérativement* les muscles controlatéraux ; on peut l'aider à prendre conscience de cette relaxation en effectuant des petites pichenettes sur le sterno-cléido-mastoïdien *opposé* au muscle symétrique qui travaille. En fin de course, on demande au patient de prendre un repère visuel précis qui marque l'amplitude maximum de rotation (Fig. 1-10 et Fig. 1-11).

Le degré de rotation peut être évalué visuellement par le praticien ou par des mesures de distance : pointe du menton-pointe de l'acromion ou pointe de l'acromion-épineuse de C7, à droite puis à gauche.

Aspects de la (ou des) limitation(s) de la rotation cervicale

On peut observer diverses modifications de la rotation cervicale :

- une limitation bilatérale de rotation cervicale lors d'un déséquilibre occlusal ;
- une limitation unilatérale de rotation lors d'un déficit de la convergence oculaire ;