

**2 — LE BILAN PALPATOIRE OSTÉOPATHIQUE** s'appuie sur plusieurs tests possibles, que chaque ostéopathe emploie en tout ou partie, en fonction de sa personnalité et de ses préférences. Tous ces tests utilisent comme outil diagnostique, « *les mains qui voient, sentent et pensent* » comme se plaisait à dire W. G. SUTHERLAND.

Ce bilan s'effectue, la personne étant allongée sur

une table d'examen, le plus souvent déshabillée (slip et soutien-gorge pour les femmes et torse nu pour les hommes).

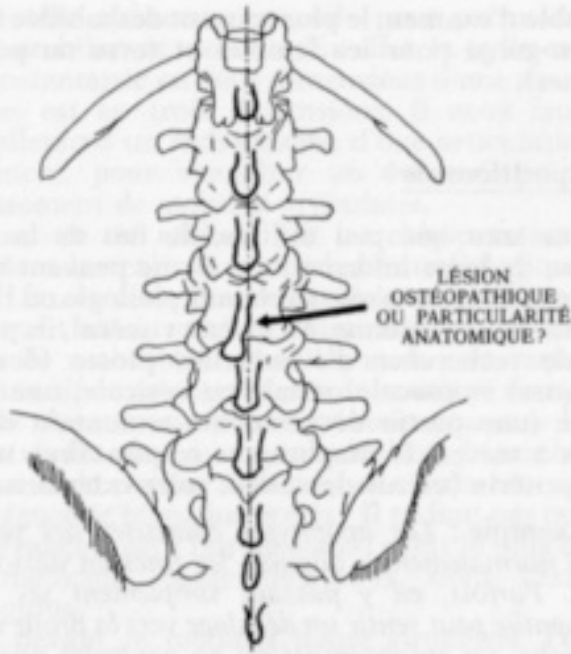
### Tests positionnels

Ils ne sont que peu utilisés, du fait de la valeur relative de leurs informations. Ils ne peuvent donner des renseignements que sur la morphologie ou l'aspect postural de la personne. Au niveau viscéral, ils permettent de rechercher d'éventuelles ptoses (descentes d'organes) stomacale, rénale ou vésicale, une hernie hiatale (une partie de l'estomac remontant dans le thorax à travers le diaphragme respiratoire), un prolapsus utérin (utérus descendu, voire extériorisé)...

• **Exemple :** *Les apophyses épineuses des vertèbres sont « normalement » alignées les unes en dessous des autres. Parfois, en y passant simplement ses doigts, l'ostéopathe peut sentir un décalage vers la droite ou vers la gauche, un enfoncement ou au contraire une saillie d'une des épineuses (croquis n° 30). Cela ne veut pas forcément dire qu'il y ait lésion de cette vertèbre, car chaque individu a ses particularités anatomiques qui font de lui un être unique. Il ne peut y avoir qu'un référentiel morphologique général, mais non systématique.*

• **Exemple :** *une personne porteuse d'une lombalgie aiguë va développer une attitude antalgique avec bien souvent une flexion du tronc et une déviation latérale du rachis. Certains ont essayé intellectuellement de systématiser la relation entre une attitude donnée et un certain type de lésion vertébrale. Mais bien souvent, l'examen articulaire vertébral de mobilité nous indique une lésion toute autre, ne rentrant pas dans le cadre défini par cette systématisation.*

La généralisation est pratique au niveau conceptuel et utile pour dégager une synthèse et enseigner, mais



ALIGNEMENT DES ÉPINEUSES

Croquis n° 30

c'est oublier que chaque personne est unique et exprime sa souffrance suivant un schéma qui lui est propre, en fonction de son anatomie, de son ou ses segments facilités, de ses habitudes comportementales éducatives ou sociales.

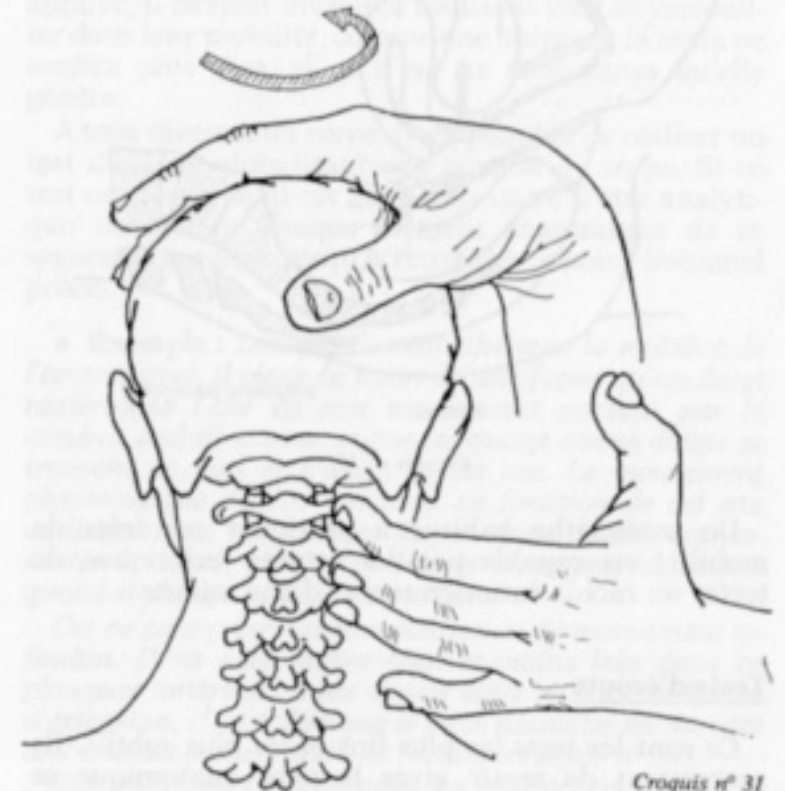
### Tests de mobilité

Ce sont les tests les plus fréquemment utilisés. Ils permettent de définir de manière qualitative et quantitative tous mouvements articulaires, viscéraux, musculaires, fasciaux...

Il suffit de mettre en mouvement avec une main,

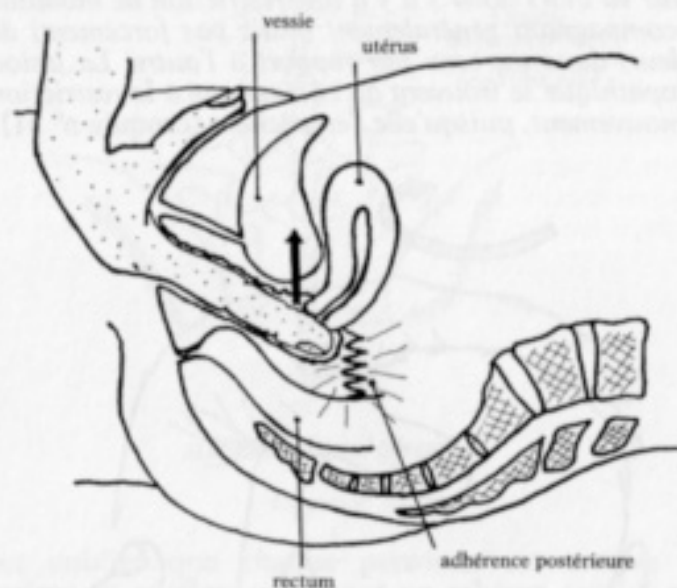
l'élément anatomique à tester, dans une direction précise de l'espace et de sentir avec l'autre s'il y a liberté ou restriction dans le mouvement.

• **Exemple :** Pour tester la deuxième vertèbre cervicale (C2) en rotation, il suffit de mettre son doigt sur l'apophyse transverse de cette vertèbre et d'imprimer à la tête une rotation complète à droite, puis à gauche. Le doigt testeur va alors noter s'il y a une restriction de mobilité, s'accompagnant généralement (mais pas forcément) de douleur, dans un sens par rapport à l'autre. La lésion ostéopathique se trouvera du côté opposé à la restriction du mouvement, puisqu'elle l'empêchera (croquis n° 31).



Croquis n° 31

• **Exemple :** tester un col de l'utérus, par un toucher vaginal consiste entre autre à le mobiliser d'avant en arrière et latéralement. S'il y a une restriction de mobilité pour l'amener en avant, cela signe un point d'adhérence postérieur, générateur de troubles fonctionnels. Ce test dynamique du col de l'utérus permet également de définir son positionnement dans l'espace (croquis n° 32).



Croquis n° 32

Un ostéopathe habitué à pratiquer ces tests de mobilité est capable par des astuces techniques, de tester un rachis entier en moins d'une minute.

### Tests d'écoute

Ce sont les tests les plus fins et les plus subtils. Ils permettent de sentir vivre le tissu anatomique se

situant sous la main. Cette vie tissulaire se manifeste, comme nous l'avons vu, par des mouvements rythmiques appelés :

- mobilité crânio-sacrée
- motilité viscérale

Toute pathologie sur un tissu anatomique, va amener une perturbation dans la quantité de mouvement perçue à son niveau ou dans l'orientation de ses axes de mouvement.

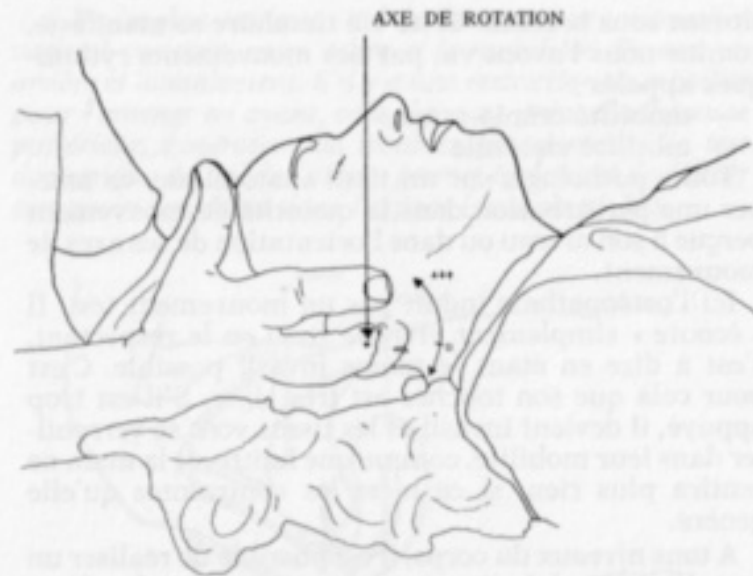
Ici l'ostéopathe n'induit pas un mouvement test. Il « écoute » simplement vivre le tissu en le respectant, c'est à dire en étant le moins invasif possible. C'est pour cela que son toucher est très léger. S'il est trop appuyé, il devient invasif et les tissus vont se verrouiller dans leur mobilité, comme une huître, et la main ne sentira plus rien, si ce n'est les contraintes qu'elle génère.

A tous niveaux du corps, il est possible de réaliser un test d'écoute globalisant une portion du corps. Si ce test est perturbé, il est alors nécessaire d'être analytique en testant chaque élément anatomique de ce segment de corps, jusqu'à retrouver le point lésionnel précis.

• **Exemple :** Lorsque l'ostéopathe teste la mobilité de l'os temporal, il place sa main de telle façon qu'un doigt matérialise l'axe de son mouvement passant par le conduit auditif externe et que les quatre autres doigts se trouvent de part et d'autre de cet axe. Le mouvement physiologique de l'os temporal en fonction de cet axe auditif est un mouvement de rotation, flexion crânio-sacrée lorsqu'il plonge en bas et en avant, extension quand il plonge en bas et en arrière.

Cet os peut présenter une restriction de mouvement en flexion. Il va aller moins bien et moins loin dans ce plongeon antérieur. Nous disons alors qu'il est en lésion d'extension, c'est à dire que le frein tissulaire est du côté de l'extension et empêche la flexion (croquis n° 33).

Ces tests sont certainement les plus précis, car ils ne

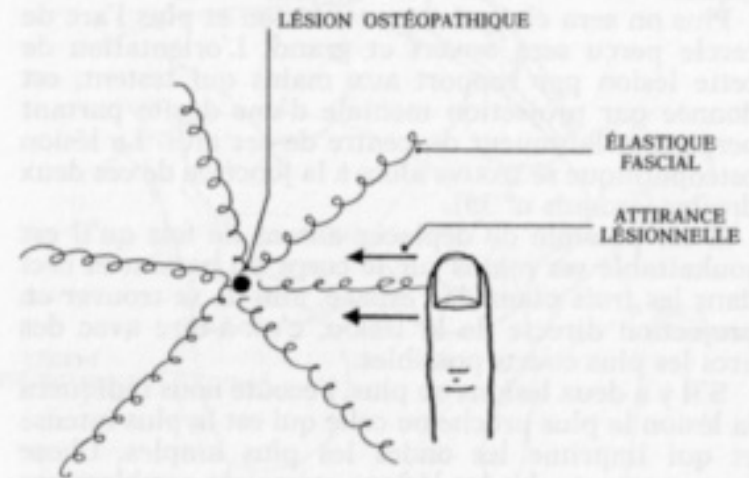


font pas intervenir le vouloir, l'induction ou la projection du thérapeute. C'est au contraire une leçon d'humilité qu'il reçoit à chaque fois qu'il les utilise, car il est bien obligé de reconnaître que « seuls les tissus savent ». Le patient n'est plus un numéro que l'on teste, ou « le cas untel », mais une individualité propre, porteuse d'un principe subtil de vie.

### Test d'attirance lésionnelle ou fasciale

Une lésion ostéopathique crée un frein au mouvement, un point de rupture de mobilité dont l'information est généralement véhiculée par un fascia. Cette

lésion va alors attirer à elle le réseau de fascia avoisinant, comme autant d'élastiques. Il suffit alors de poser une main sur la peau de son patient et de la laisser aller, comme si elle était attirée par la lésion. L'ostéopathe peut ainsi déplacer autant de fois qu'il le veut sa main, jusqu'à ce qu'elle ne soit plus attirée. Elle se retrouve alors en regard de la lésion (croquis n° 34). Nous avons déjà évoqué ce phénomène.



### Arcs diagnostics d'UPLEDGER

C'est un diagnostic global qui fait appel à une écoute palpatoire. Le principe en est fort simple. La lésion ostéopathique est comparée à un caillou que l'on vient de lancer dans l'eau. Autour de son point de chute, se dessinent des cercles concentriques à la surface de l'eau, dont le diamètre croît au fur et à mesure que l'on s'éloigne de lui. Il suffit alors simplement de regarder une portion d'un des cercles pour en déduire où le caillou a touché l'eau.

Une lésion ostéopathique crée la même onde de fluctuation liquidienne, mais de façon ininterrompue dans le temps, car les arcs sont générés tant que la lésion existe. Cette onde se répand dans les trois plans de l'espace, comme des sphères concentriques centrées sur la lésion d'origine. Il suffit de poser ses mains n'importe où sur le corps et elles vont percevoir avec un peu d'habitude et d'expérience, ces ondes pathologiques.

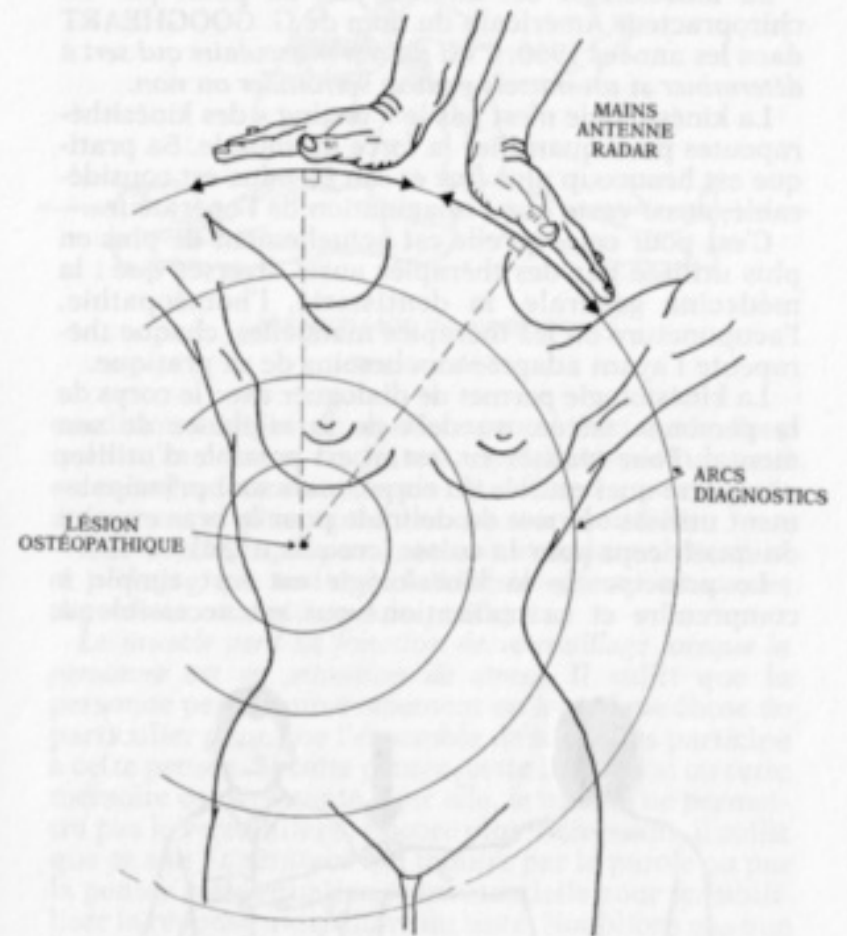
Plus on sera éloigné de cette lésion et plus l'arc de cercle perçu sera ouvert et grand. L'orientation de cette lésion par rapport aux mains qui testent, est donnée par projection mentale d'une droite partant perpendiculairement du centre de ces arcs. La lésion ostéopathique se trouve alors à la jonction de ces deux droites (croquis n° 35).

Il est possible de déplacer autant de fois qu'il est souhaitable ses mains sur le corps du patient et ceci dans les trois plans de l'espace, afin de se trouver en projection directe de la lésion, c'est-à-dire avec des arcs les plus courts possibles.

S'il y a deux lésions ou plus, l'écoute nous indiquera la lésion la plus proche ou celle qui est la plus intense et qui imprime les ondes les plus amples. Chose importante, seules les lésions primaires sembleraient être à l'origine de la genèse de ces arcs. Ceci représente pour l'ostéopathe l'opportunité d'être le plus causal possible dans la formulation de son bilan-diagnostic ostéopathique.

Ce test des arcs est d'une fiabilité déconcertante pour l'ostéopathe qui se sert quotidiennement de l'écoute tissulaire.

De plus, son approche globalisante permet de se rapprocher rapidement, le plus près possible de la lésion. A ce moment-là seuls quelques tests d'écoute analytiques et locaux permettent d'affiner le bilan lésionnel.



Croquis n° 35