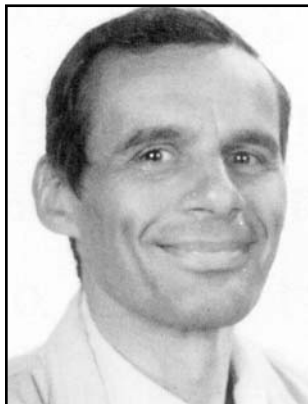


# LA RÉALITÉ TISSULAIRE... chez le bébé.

Le travail en position lésionnelle est-il indispensable ou est-ce, tout simplement, une vue de l'esprit ?

Par Robert Rousse D.O., M.R.O.(F)



Il y a plusieurs façons d'envisager le travail Ostéopathique.

**Introduction : Chez l'adulte.**

On peut demander au patient de s'allonger sur le dos puis vérifier la liberté des différents segments corporels. Par exemple, saisir les pieds puis

effectuer une rotation de l'axe jambier en rotation interne puis externe et vérifier si la torsion ainsi envoyée se propage harmonieusement et librement tout au long du membre inférieur sans rencontrer de résistance ni de blocage.

Ceci permet de déterminer : la bonne liberté et la vitalité du pied, de la cheville, du segment jambier, du genou, de la cuisse et enfin de la coxo-fémorale (ou plus globalement du bassin).

Maintenant, si l'on trouve une restriction au niveau d'un genou, ça ne signifie pas, forcément, qu'il y ait une lésion.

On peut juste dire, qu'il y a un arrêt dans la transmission de l'information de départ dans la torsion soit parce que l'on a un genou dont les fibres sont plus sèches que celles du reste du membre inférieur, soit parce qu'il y a, effectivement, un système lésionnel installé au niveau du genou (une torsion, un décalage, etc.) qui ne laisse pas passer l'information.

Il nous reste à déterminer, par des tests appropriés, ce qui s'est réellement passé et toute la question est de savoir comment s'y prendre.

Les tests de **positionnement** dans l'espace sont bien utiles pour cela ( haut # bas, avant # arrière, gauche # droite).

Ils nous permettent de déterminer si les deux structures : Fémur et Tibia sont comprimés ou décomprimés l'un sur l'autre, décalés à gauche ou à droite, en avant ou en arrière l'un par rapport à l'autre. Ceci

est réellement important, car ces informations mettent en évidence la notion traumatique de **non-alignement** des structures.

Il est essentiel d'avoir ces informations en premier car, **à quoi sert-il de savoir s'il y a une lésion de flexion ou de torsion si les deux structures ne sont pas alignées ?**

La logique veut que l'on recherche cette information en premier.

Il est temps ensuite de chercher les paramètres **d'orientation** dans l'espace (antéflexion # post flexion, latéflexion gauche et droite, rotation gauche et droite).

Ceci nous permet de savoir comment la pièce a tourné au moment de l'impact lésionnel.

Quelques faits évidents peuvent ainsi mis en lumière :

- **Premièrement** : elle n'est jamais parfaitement exempte de contrainte au moment où elle reçoit une force traumatique.

-**Deuxièmement** : elle n'est jamais dans une situation de référence anatomique à ce moment non plus.

-Enfin **troisièmement** : elle n'est pas seule au monde!

Je veux dire par là qu'elle est reliée au reste du corps et qu'il y a une interaction **réciproque** et **permanente** entre ce qui arrive à l'une et à l'autre.

Ainsi, commencer par travailler sur le genou en position de référence peut s'avérer judicieux, au début, lors ce qu'on ne sait pas encore que ce problème de genou est connecté à une restriction de la hanche (par exemple); si bien que ne pas tenir compte de la position lésionnelle de la hanche (qui a peut-être envie de se mettre en abduction, rotation interne et légère flexion pour permettre au genou de se libérer, car c'est dans cette position qu'elle était lors de l'accident !) peut très bien vous empêcher de corriger le genou !

**Toujours avoir à l'esprit que le local est relié au**

### **global et inversement.**

Il semble que l'on soit constamment confronté à ce problème et forcé de le résoudre ne divisant son attention entre l'endroit où l'on travaille et le reste du corps.

**C'est un travelling permanent et constant ( 50 % d'attention sur le Genou, et 50 % sur le reste du corps) qui nous permet de capter les informations d'inter relation permanente entre le local et le global; c'est-à-dire de la position relative entre la zone que l'on contrôle et ce à quoi elle est rattachée.**

La conclusion de tout ceci est que l'on doit respecter les informations que le corps nous envoie en permanence. Tout ce qui est arrivé au corps s'est fait alors que ses structures étaient dans une certaine position, pas n'importe laquelle, mais une **position particulière** et **unique** qu'on se doit de découvrir et de respecter sous peine de tourner en rond, ou tout simplement de ne pas pouvoir venir à bout d'un système lésionnel gênant pour le corps et l'obligeant à nous alerter, et à nous embêter par l'envoi d'une information douloureuse quelque part, bien souvent loin de la zone d'hypo mobilité silencieuse qui, elle, est responsable de la manifestation du symptôme.

On a bien conscience de ce phénomène lorsque l'on s'occupe d'athlètes de haut niveau. Ils se font mal dans certaines positions qui correspondent aux gestes spécifiques de leur sport.

Les traiter à partir de leur gestuelle spécifique apporte énormément à la compréhension du pourquoi du traumatisme sportif. Un claquage musculaire ne survient pas gratuitement.

Lorsque l'on demande dans quelle circonstance les ischio-jambiers ont lâché, le sportif vous répond que c'est au moment de passer la première jambe au-dessus de la haie qu'il a ressenti la douleur. Si vous testez le membre inférieur en position anatomique, il ne ressent presque rien, et vous non plus !!!!

Mais si vous commencez par relever le pied, avec la jambe tendue, à un certain degré de flexion de la jambe sur le bassin il vous dit que c'est exactement dans ce moment que la douleur se signale.

À ce moment-là, (c'est à dire, à partir de cette position) faites votre test de traction et de compression axiale de tout le membre inférieur et enregistrez s'il y a une résistance dans l'une ou l'autre des directions, et

surtout, à quel niveau elle se trouve.

Vous trouverez très souvent une grosse restriction au niveau du pelvis (un bassin en béton!?!?!)

Pensez-vous, que ce bassin bloqué ait une quelconque relation avec le fait que les Ischio-jambiers aient rendu l'âme ?

Probablement que oui !

En effet si la flexibilité et l'élasticité du bassin ont diminué (hypo mobilité), de par la sollicitation extrême du geste sportif demandé (le passage de la haie), les muscles essaient de compenser en donnant plus d'amplitude aux muscles (hyper mobilité de compensation) jusqu'au moment où le corps, dans un souci de protection, dit : " ça suffit ! ".

Ainsi, s'occuper de réparer les ischio-jambiers sans tenir compte de cette densification du bassin n'a pas de sens pour le corps, car c'est la restriction du bassin, associée à une demande spécifique locale et extrême, qui a entraîné la rupture des fibres musculaires et aponévrotiques.

Que l'on soit d'accord ou non ne change rien à l'affaire! La **réalité tissulaire** est là, c'est elle qui décide et elle seule ! Notre seul rôle consiste à poser au corps les bonnes questions ; les réponses?....., il les connaît déjà !

C'est encore et toujours pour cette raison que **les tests sont essentiels, ils permettent de faire l'interface entre ce qui s'est réellement passé (la situation des tissus au moment de l'incident), et ce qu'il nous faut mettre en place pour aider le corps à réparer.**

### **Et chez le bébé :**

En cela, ce que nous pouvons constater lors du traitement d'un bébé est incontestablement une source d'information et d'apprentissage incomparable.

Ils se mettent, in utero, dans des positions à peine imaginables, dont l'empreinte est encore visible et gênante après la naissance, occasionnant des problèmes digestifs, des régurgitations, des déformations crâniennes, des insomnies ou des colères selon la localisation et le niveau tissulaire atteints.

Il y a de nombreuses positions, qui toutes apportent leur lot de misères, mais nous ne parlerons dans cet article que du cas où le fœtus subit une compression axiale majeure à laquelle il lui est impossible d'échap-

per, car il est calé de tous côtés.  
 Nous allons voir comment le corps s'adapte et se retrouve bien souvent dans une impasse, laissant les forces de compression marquer leur empreinte dans les tissus comme un tampon sur une feuille de papier.

### I) LA SITUATION LÉSIONNELLE :

Dans cet exemple, le bébé est la tête en haut ou la tête en bas, il subit une compression utérine importante sans pouvoir s'échapper dans le plan sagittal ou frontal, généralement la tête est déjà en post flexion (ce qui ajoute à l'inconfort de la position), et la compression prend une trajectoire axiale dans l'axe du corps.

En résumé : Il s'agit d'une compression axiale, sans échappatoire, sur une tête déjà post fléchie.

### II) LA SCHÉMATISATION DU PROCESSUS LÉSIONNEL :

Le problème auquel nous sommes confrontés est multiple.

- Une **hyperpression interne** qui augmente au fur et à mesure que la contraction utérine se fait plus forte.

- Une schématisation du corps sous forme de **3 sphères : une crânienne, une thoracique, et une pelvienne**. Ces 3 sphères sont comprimées, axialement l'une sur l'autre.

- Une rupture d'alignement de ces sphères.

(Voir Fig.1 : Schématisation de l'alignement des 3 sphères)

#### Les Signes :

- La tête rentrée dans les épaules, les parents vous disent : " je ne peux pas lui laver le cou !"
- Les oreilles sont pliées : le lobe inférieur est replié vers l'extérieur.
- Les tissus de tout le corps sont infiltrés. Parfois les 4 membres sont marbrés.
- Les bras sont constamment en l'air en position de chandelier.

#### Les Symptômes :

- Enfant coléreux qui devient tout rouge et se rejette la tête en arrière les bras en chandelier à la moindre contrariété.

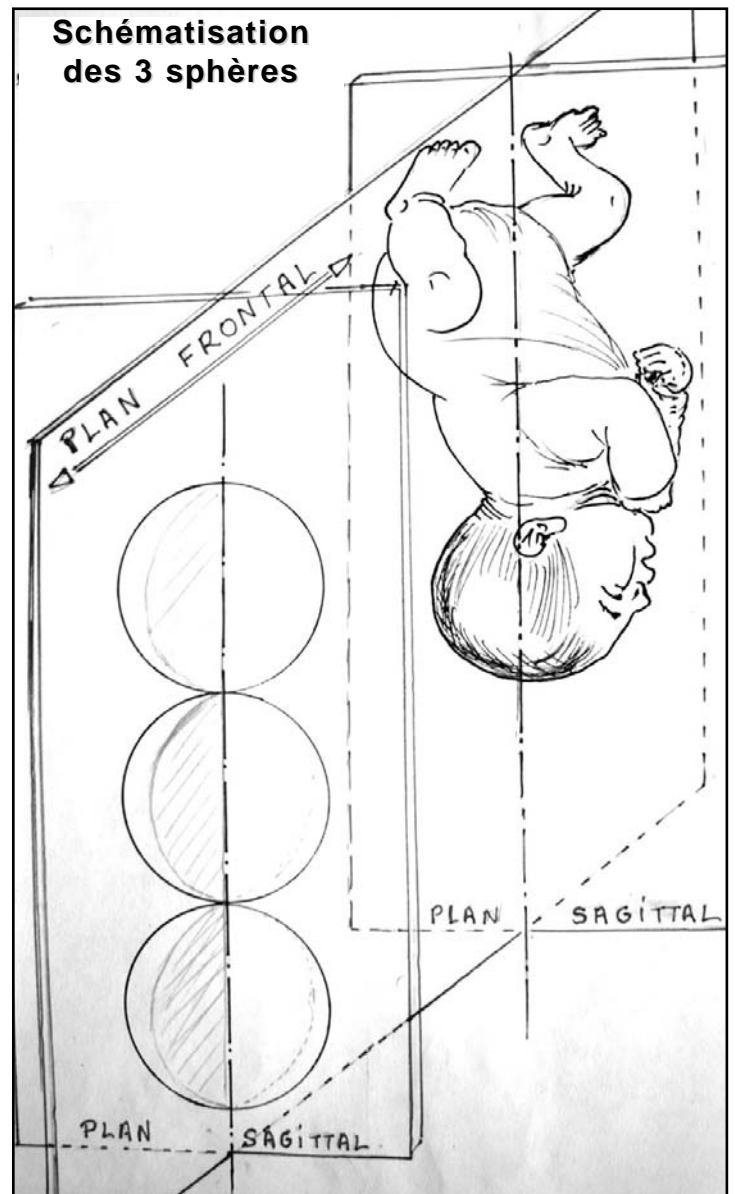


Fig. 1  
 Schématisation de l'alignement des 3 sphères.

#### Les conséquences :

- Difficultés pour l'enfant de s'étirer, il semble tassé sur lui-même.
  - L'enfant est toujours contracté, " très raide " dit sa mère. Il est congestionné, " il ressemble à un petit Bouddha" ajoute t'elle.
  - Il est difficile de lui laver le cou qui présente toujours un pli d'inflammation.
  - Il ne supporte pas qu'on lui enfle un vêtement par la tête (surtout si le col est serré !)
- (Voir Fig 2 : Suspension du Bébé par la sphère céphalique)



Fig. 2  
Vérification de l'alignement des 3 sphères par suspension à partir de la sphère crânienne.

### III) PROCESSUS D'INSTALLATION DU SYSTÈME LÉSIONNEL :

#### 1RE ÉTAPE : Whiplash de position

La tête est déjà en post flexion, la compression axiale due à la pression intra-utérine ( contractions, tensions, stress, utérus trop petit ou fibromateux, etc...) comprime les 3 sphères l'une sur l'autre (voir Fig. 3).

La qualité de l'ensemble du corps du fœtus et celle propre à chaque sphère permettent d'encaisser cette compression, mais, pour l'instant, cette compression descend dans l'axe du corps, car les sphères sont calées de tous les côtés.

Par contre si elles ne peuvent pas s'échapper, la pression interne dans chaque sphère augmente. Il faut également tenir compte du fait que la tête est déjà installée en post flexion sur le reste du corps ; ce qui permet à la compression axiale de se focaliser préférentiellement au niveau cervical.

Autre point important : la position des membres inférieurs.

En général, les genoux sont repliés sur la poitrine ce qui crée un blocage montant pelvien, lombaire et lombo-dorsal en cyphose alors que la tête et le cou sont déjetés en arrière.

On se trouve en présence d'un Whiplash positionnel (entre la sphère pelvienne et la sphère crânienne qui n'est plus alignée avec la sphère thoracique - voir schéma-) et non physiologique (puisque Occiput et Sacrum sont tous deux en position de flexion) (Voir Fig. 3 : Whiplash de position entre les sphères pelvienne et crânienne)

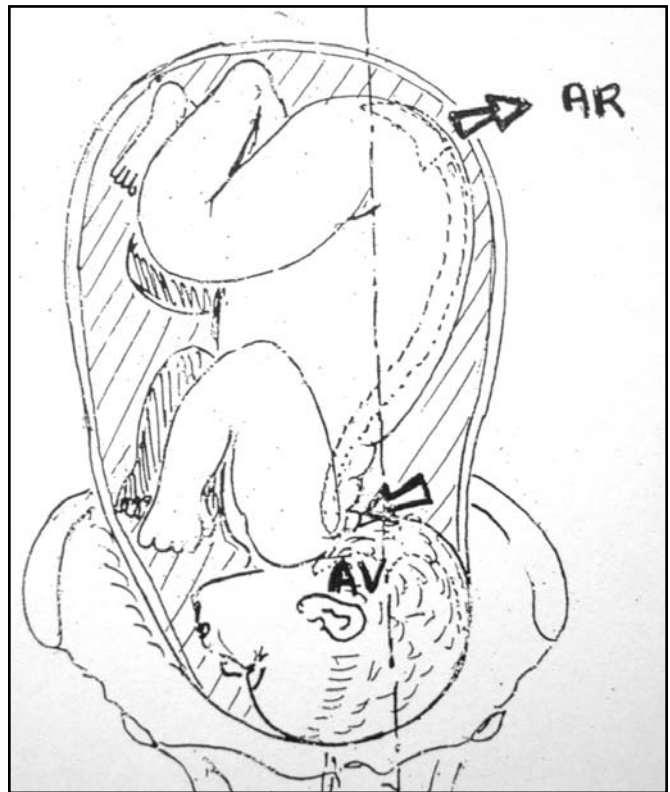


Fig. 3  
Whiplash de position entre les sphères pelvienne et crânienne.

#### 2E ÉTAPE : problème contenant # contenu.

Les sphères sont donc en hyper pression interne. Il faut maintenant considérer le problème existant entre le contenu et le contenant.

Imaginez que chaque sphère, décrite plus haut, soit en fait dédoublée: une sphère viscérale interne, respectivement : hémisphères cérébraux, poumons,

sac péritonéal, contenu dans une sphère pariétale, respectivement : crâne, cage thoracique, et bassin.  
L'hyperpression due à la compression des sphères l'une sur l'autre fait en sorte que la paroi externe de la sphère viscérale (qui est interne) vient se coller sur la paroi interne de la sphère pariétale (qui est externe) perturbant, complètement, les plans de glissement entre les deux sphères.

Ces accolements vont maintenir la posture installée in utero lorsque l'enfant sera sorti du ventre de sa mère et l'empêcher de se déplier et surtout créer des inter relations lésionnelles entre la structure corporelle et la structure organique affectant, par la même, la fonction de l'une et (ou) de l'autre (bassin figé, désordres intestinaux).

### 3E ÉTAPE : Effet " Noyau de Cerise ".

Les sphères ne pouvant plus accepter cette terrible force de compression axiale, la seule possibilité est de forcer la fuite dans le plan perpendiculaire à l'axe de cette compression.

Rappelons-nous que tout fonctionne à trois dimensions. Si on force une direction, la fuite se fait sur les deux directions restantes (ou au moins sur l'une d'entre elles).

Il faut, également, se souvenir que cette compression se focalise, forcément, à un certain niveau de l'axe central (qui dépend de la force elle-même, du degré de post flexion de la tête, de la résistance au niveau de la contre force à la compression) .C'est à ce niveau que la moindre ouverture ( par un réflexe de mouvement du fœtus) vers l'avant, sur le côté ou en diagonal va éjecter la sphère thoracique ( la seule sans appui véritable) entre les sphères crânienne et pelvienne , tel un noyau de cerise pincé entre les doigts ! Ceci a pour effet de soulager la contrainte axiale, mais, hélas de créer, en contrepartie, **un cisaillement de l'axe central à ce niveau.**

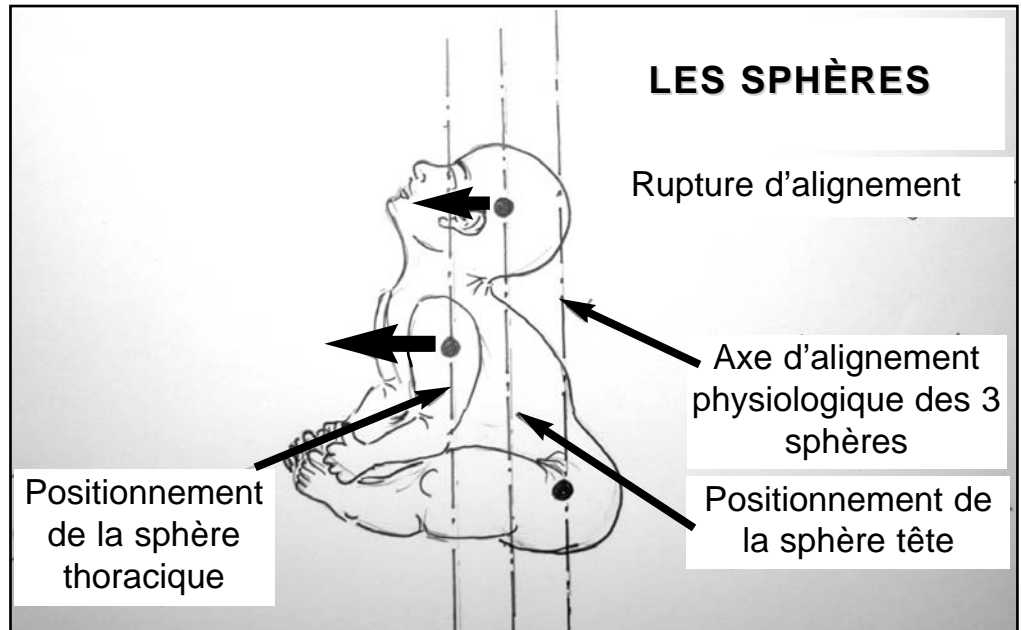


Fig. 4  
Rupture d'alignement des 3 sphères dans le plan sagittal.

4 possibilités sont offertes : 3 en glissement et une en torsion.

#### **1) Cisaillement antérieur** (dans le plan sagittal).

La tête étant déjà en post flexion, la solution la plus simple et donc la plus fréquemment utilisée par le corps est d'utiliser le plan sagittal pour fuir et de **faire glisser la sphère thoracique en avant, sous la sphère crânienne.** (Voir Fig. 4 : Rupture d'alignement des 3 sphères dans le plan sagittal)

#### **2) Cisaillement latéral** (dans le plan frontal).

Ceci survient lorsqu'une composante de latéroflexion intervient.

Le thorax est éjecté sur le côté. Entraînant avec lui la base du cou et créant, ainsi, une inclinaison de la tête sur le thorax lorsque le bébé se tient dans son siège auto ou lorsqu'il est allongé. Mais ceci est complètement faux, c'est en fait le socle sur lequel reposent la tête et le cou qui est décalé. Il suffit pour cela de contrôler les 3 sphères, de les tester pour s'apercevoir que si la tête, elle est encore relativement alignée avec le bassin, ce n'est plus le cas du thorax, qui lui, est complètement décalé par rapport au bassin. Ainsi vouloir à tout prix "remettre" la tête droite sur le corps n'a-t-il aucun sens, dans ce cas de figure.

#### **3) Cisaillement en diagonale** (entre le plan sagittal et le plan frontal).

Les deux composantes de post flexion et de latéroflexion sont à peu près égales, ce qui oblige la sphère thoracique à s'échapper en diagonale, en avant et sur le côté. Le problème, comme toujours est de savoir à quel étage le cisaillement se produit, car sans cette information il est impossible de le réduire.

Il faut donc retrouver la posture (c'est-à-dire l'organisation spatiale lésionnelle, tridimensionnelle)

C7, T1, T2

T1, T2, T3, T4,

ou même jusqu'à T10, T11, T12, L1

et chercher comment s'est organisée l'hyperpression interne. Y a-t-il un accollement viscéral # pariétal ?

#### **4) Torsion entre tête et corps.**

La fuite de la compression axiale se fait dans une réaction de cambrure entre la tête et le corps, alors que celle-ci est toujours en post flexion et que l'ensemble est toujours sous forte (très forte !) compression axiale.

C'est souvent une réaction désespérée du fœtus, associée à ce moment précis à une composante de peur (devant la sensation de se trouver comme un rat dans une souricière).

Ainsi la torsion se focalise-t-elle très souvent au niveau de la charnière dorsolumbale qui se trouve figée, entraînant une répercussion au niveau des glandes surrénales et de tout le système mésentérique créant, ainsi, des dysfonctions intestinales et des réactions exacerbées d'un bébé sursautant et se mettant à pleurer au moindre bruit.

#### **IV) PRINCIPES DE CORRECTION :**

Le problème de cette posture est quadruple.

Tout a commencé avec la compression axiale qui survient sur une tête post fléchie.

C'est le premier paramètre lésionnel : ⇒ **tassement axial**

Sur ce paramètre vient se greffer l'hyperpression interne des sphères.

C'est le deuxième paramètre lésionnel : ⇒ **accolement contenu viscéral # contenant pariétal**

Puis survient ensuite le cisaillement antéropostérieur, latéral, diagonal, ou la torsion.

C'est le troisième paramètre lésionnel : ⇒ **cisaillement**

La pression interne diminuant, ou l'enfant sortant du ventre de sa mère, arrive la décompression, mais celle-ci est alors confrontée à une réaction tissulaire de densification qui à cause notamment du cisaillement ne peut laisser le système tout entier se détendre, car l'axe central est faillé, les sphères ne sont pas alignées et c'est collé entre le système interne et le système externe.

On commence, alors, pourquoi certains bébés semblent si inconfortables. D'autant plus que les parents vous disent : " je ne comprends pas, car lorsqu'il n'a pas ses problèmes c'est un enfant joyeux, content qui sourit tout le temps, mais quand ça le prend, ce n'est plus le même bébé, rien ne peut le calmer, on a mal pour lui, mais on ne sait pas quoi faire pour l'aider!!!!!!!!!!!!!!

C'est le quatrième paramètre : ⇒ **la densification.**

**C'est d'ailleurs celle-ci qui nous induit en erreur et nous pose problème. Car ce n'est pas une lésion, à proprement parlé, mais plutôt une carapace qui masque tout et dans laquelle sont enfermés les processus lésionnels.**

Ainsi, si on veut avoir accès aux systèmes lésionnels proprement dits, il nous faut faire fondre cette carapace. Mais comment ?

(Voir Fig. 5 : Contrôle de l'alignement des sphères à 2 praticiens)

#### **V) LES PRIORITÉS DE TRAITEMENT**

Si le système a été maintenu assez longtemps, le corps a eu tout le temps de se structurer, de se protéger en se densifiant, car il est impossible à l'enfant de tenir sa tête droite puisque le socle thoracique sur lequel elle doit s'appuyer est faillé.

La réaction du corps est d'ailleurs toujours la même dans ce cas, il rigidifie tout l'ensemble, de cette manière, ça paraît droit, mais bien sûr, aucun système lésionnel n'a été corrigé (même s'il n'apparaît plus), et en plus, tout est figé et dense ! (c'est d'ailleurs cette rigidité qui masque tout.

Les questions à se poser sont alors les suivantes :

1) Peut-on comprimer et décompresser aisément le bébé dans son axe long ?

La logique voudrait, puisqu'il a été comprimé, que la compression soit facile et la décompression difficile. Et



Fig. 5  
Contrôle des 3 sphères à 2 praticiens.

bien, très souvent c'est l'inverse qui se produit ! Que se passe-t-il pour qu'il en soit ainsi ? En comprimant on se heurte à une sorte de ballon trop gonflé qui résiste à notre poussée. C'est une sensation volumétrique (et non de résistance linéaire comme lorsque la structure est accrochée à un endroit. En fait, on butte sur la réaction de densification, sur la carapace. Il faut donc faire fondre cette carapace si on veut avoir accès aux informations qui sont cachées à l'intérieur, à savoir : le cisaillement, et la lésion de compression.

## VI) LA MÉTHODOLOGIE DE CORRECTION

Comment faire fondre la carapace ? Une des techniques utilisées peut être de créer un système volumétrique (donc tridimensionnel) qui annihilerait la possibilité pour le corps d'utiliser la mobilité et l'obligerait à s'exprimer sur la vitalité qui est son autre moyen d'expression. (Confér. " Les Techniques Ostéopathiques d'Urgence Fonctionnelle" - R.ROUSSE-, Éditions SPIRALES 2002)

Il suffit de reprendre les 2 groupes de paramètres cités plus haut concernant la position, et de les mettre à la barrière motrice en empilant ces barrières. Ainsi lorsqu'ils sont tous installés, la structure ne peut plus bouger (donc ne pas utiliser la mobilité). Il ne lui reste qu'une possibilité : exprimer sa possibilité de vivre, c'est-à-dire respirer, se remplir, se vider. Pour cela il faut que les liquides reviennent dans cet endroit densifié donc desséché, réimbibent les fibres permet

tant ainsi à chaque respiration du sujet de faire fondre sa coque.

Nous allons ainsi sentir que la résistance à la compression axiale fond sous les doigts jusqu'à ce qu'on puisse aller dans la compression.

Ça devient même si impressionnant, parfois, qu'on a l'impression que celle-ci a traversé le crâne les cervicales une partie des dorsales et qu'elle a fini par s'arrêter en plein milieu du dos, voir à la charnière dorsolombaire (sic!!!) et que c'est à cet endroit que l'on sent tout le thorax glisser en avant, sur le côté ou en diagonale entre la tête et le bassin.

À ce moment-là, on atteint, réellement, le système lésionnel. On est dans la compression. Elle s'est arrêtée à un certain niveau : on a donc l'étage auquel s'est produite la fuite horizontale sous la pression de la poussée verticale. On a le cisaillement. Il ne nous reste plus qu'à dégager le cisaillement, et à tout doucement repartir dans la décompression axiale.

À ce moment-là, la seule chose qui peut nous empêcher de remonter à la surface (comme un mineur qui remonterait de son puits) c'est **l'accrochage viscéral abdomino-pelvien ou thoracique.**

Il suffit alors de contrôler les deux composants : Le bassin et la colonne dorsolombaire d'une part, le sac péritonéal d'autre part, de les mettre à leur barrière motrice tridimensionnelle respective tout en maintenant ABSOLUMENT la tension à la barrière de décompression axiale (car c'est notre fil directeur), pour que l'enfant libère, progressivement, ses accollements.

NOTA : Il est parfois effrayant de sentir à quel point tout ce système viscéral peut être accroché chez un petit être qui, par définition, devrait être complètement fluide et libre de ses mouvements. C'est aussi ce qui peut expliquer, en partie, la difficulté à résoudre les dysfonctionnements intestinaux qui rendent la vie de ces bébés terriblement pénibles et qui font le désespoir de leurs parents.

## VII) LES POSITIONS DE CORRECTION

Selon les disponibilités de l'enfant (et du praticien!!!!) on peut utiliser plusieurs positions :  
- sur le dos

- sur le côté
- assise

## 1) En décubitus dorsal

### Positionnement :

Le praticien est assis à cheval sur la table, l'enfant en face de lui, soit dans l'axe long de celle-ci, soit en position transversale entre les jambes du praticien ; ce qui permet d'avoir un contrôle sur les extrémités du corps (tête et bassin).

En effet, le but du jeu consiste à vérifier l'alignement des 3 sphères dans le plan sagittal aussi bien que dans le plan frontal.

Or, nous n'avons normalement, que 2 mains (même si elles sont très grandes.....).

Il faut donc utiliser une partie de son corps pour en contrôler une (en général, celle qui a le moins besoin d'un contrôle précis : le bassin, puisque le cisaillement se produit entre la tête et le thorax!).

Les jambes sont donc calées sur une des cuisses du praticien qui peut ainsi saisir le thorax avec une main et la tête avec l'autre.

### Action :

Le praticien effectue son test de compression- traction axiale de manière à déterminer dans quel sens se trouve la restriction. Si la compression est facile (dans le sens lésionnel) on peut chercher tout de suite la posture, c'est-à-dire la direction dans laquelle le thorax a glissé entre les sphères crânienne et pelvienne.

Et reprendre les étapes déjà décrites dans les paragraphes précédents.

Si la compression est difficile, il faut reprendre le protocole déjà expliqué pour faire fondre la densité jusqu'à ce qu'on revienne au cas précédent (retrouver la posture et la corriger).

## 2) En position assise

### Positionnement :

Le bébé est assis, le dos en bord de table, le praticien debout derrière lui le soutenant avec ses cuisses et le soutenant à l'aide de ses mains par la tête par la prise latérale dite de BECKER.

Ceci permet, tout en contrôlant le crâne par les sphères antérieure et postérieure, de contrôler sa position par rapport aux deux autres sphères (thoracique et pelvienne).

La sphère thoracique est flottante (mais maintenue par les cuisses du praticien en arrière) entre les appuis crânien (entre les mains) et pelvien (sur la table).

Le praticien peut donc évaluer le comportement des 3 sphères lorsqu'il teste la compression et la décompression axiale.

Le procédé de correction est le même que précédemment en fonction de la résistance à l'un ou l'autre des tests.

En final, bien sûr, les deux tests doivent être aussi faciles l'un que l'autre ; ce qui signifie qu'il n'y a plus de contrainte de liberté sur le mouvement sur l'axe central qui peut monter et descendre librement dans le canal vertébral.

Comme le montre la photo à 2 praticiens, (Fig. 5) pendant qu'un des praticiens s'occupe des sphères et de l'axe central, le second s'occupe de libérer l'accrochage du sac viscéral péritonéal de la structure pelvienne, lombaire et diaphragmatique.

Si l'on n'a pas de deuxième paire de mains à la disposition, on s'arrange pour s'asseoir sur la table, coller l'enfant contre soi de profil ou de dos, contrôler sa tête en la maintenant entre son menton et sa poitrine, ce qui permet de libérer les mains pour saisir le thorax d'une main et le bassin de l'autre. Il est ainsi possible d'effectuer les mêmes tests que précédemment, et d'enclencher la correction adéquate.

Nous n'avons envisagé qu'un seul cas dans cet article pour illustrer l'interdépendance permanente d'un endroit du corps avec le reste de la structure, ainsi que l'importance de l'utilisation de la posture tissulaire lésionnelle, mais il existe encore de nombreuses autres positions à décrire et à étudier, et dont la compréhension permet de résoudre certaines pathologies infantiles.

Mais ceci est une autre histoire et surtout c'est l'objet de plusieurs jours de présentation.

Jetez simplement un coup d'œil sur les quelques photos qui accompagnent cet article, et peut-être serez-vous intéressé à en savoir davantage.

Robert ROUSSE- Ostéopathe D.O., M.R.O.(F.)  
26 Novembre 2003.

**N.B. M. Robert Rousse enseigne Les Techniques Ostéopathiques d'Urgence Fonctionnelle à des groupes qui en font la demande.**