

L'ÉPAULE DOULOUREUSE
...une autre façon de soigner...

Investigation systémique et modèles thérapeutiques

*Conférence du 1-11-2008 à BIARRITZ
SOLÈRE Roland, D.O., Ph.D. & SOLÈRE Hélène D.O.*



La RÉÉQUILIBRATION FONCTIONNELLE Méthode SOLÈRE® fait référence à 155 modèles thérapeutiques non médicamenteux et cette approche holistique permet d'ajouter dans le domaine de la thérapie, une conception moderne et scientifique de l'Ostéopathie. Cette Méthode permet d'élargir l'investigation clinique de la médecine, et elle apporte des alternatives de soins en Kinésithérapie et en Ostéopathie pour le traitement de nombreux syndromes en proposant des solutions thérapeutiques par des moyens non médicamenteux. Les techniques qui permettent d'atteindre l'objectif d'une normalisation constituent des modèles thérapeutiques très précis, référencés en trois chapitres :

- 54 modèles correspondent aux **Normalisations articulaires®**
- 25 modèles correspondent aux **Normalisations viscérales®**
- 76 modèles correspondent aux **Normalisations énergétiques®**

Le référentiel de la Méthode SOLÈRE® base ses données sur des acquis des sciences **médicales** (modernes ou empiriques) dont les travaux **scientifiques** (thèses, cahiers de laboratoire et études de reproductibilité) permettent de comprendre la théorie et la pratique de cette forme de soins.

Pour pouvoir évaluer les indications, le thérapeute doit acquérir certaines connaissances complémentaires à sa formation initiale.

INTRODUCTION

- différentes compétences, différents buts et moyens,
 - différentes alternatives de soins
 - les 155 modèles thérapeutiques
 - les quatre temps de la méthode
 - les dysfonctionnements articulaires : rhumatismal ou orthopédique
 - le dysfonctionnement non organique
 - la dysfonction de type ostéopathique (DAO) ou la dysfonction énergétique.
- Une fois le problème bien ciblé, il est utile dans le traitement fonctionnel de l'épaule douloureuse de comprendre et de tenir compte que l'existence du dysfonctionnement articulaire non organique de type DAO peut induire un dysfonctionnement de type énergétique.

INVESTIGATION SYSTÉMIQUE

- rappel des 2 unités fonctionnelles
- rôle mécanique des clavicules
- la charnière cervico-dorsale
- absence de suites mécaniques
- les tableaux cliniques
- entité fonctionnelle entre la ceinture scapulaire et membre sup.
- déparasitage de l'omoplate
- les 11 manipulations spécifiques au membre supérieur
- les 9 manipulations spécifiques à la ceinture scapulaire
- théorie des points dits « barrières » et les 4 tableaux cliniques

MODÈLES THÉRAPEUTIQUES

- NA.37 « Syndromes douloureux de la ceinture scapulaire »
- NA.38 « Dysfonctions articulaires au niveau des clavicules »
- NA.39 « Tendinite longue portion biceps »
- NA.40 « Syndrome douloureux épaule »

CONCLUSION

Ce référentiel permet un suivi correct de l'évolution des interventions sur les patients. Il sert à la communication interdisciplinaire avec le corps médical en étayant un discours cohérent et compréhensible ; il cautionne la valeur des données pour la mise en évidence de la reproductibilité et de l'efficacité des actes concernant cette méthode de soins ; enfin, et cela semble de plus en plus d'actualité, de telles références servent à témoigner du sérieux des prestations et du niveau de compétence du praticien.



L'ÉPAULE DOULOUREUSE

Investigation systémique et modèles thérapeutiques

Ce complément fondé sur des propos cohérents et sur des données scientifiques lui permettra de déterminer les indications pour un emploi judicieux de la Méthode. Pour procéder logiquement et de façon concrète, il approchera le problème en suivant les quatre temps de la méthode.

- 1- déterminer les éléments objectivables du support de la contrainte
- 2- déterminer les éléments objectivables du vecteur de cette dysfonction
- 3- déterminer les éléments objectivables de la période de cette manifestation
- 4- déterminer les éléments objectivables du terrain du moment.

Lorsque le dysfonctionnement articulaire est « non orthopédique » et « non rhumatismal » il est possible que ce problème soit fonctionnel et non pas d'origine structurelle. Il est alors intéressant de rechercher si ce problème fonctionnel est induit par une dysfonction articulaire de type ostéopathique (D.A.O.). Cette DAO doit être révélée par des signes cliniques que seuls **des tests effectués en dynamique** mettront en évidence ; aucun des moyens classiques de l'arsenal médical (radiologie et laboratoire) ne peut parfaitement justifier l'objectivité de cette dysfonction.

Le dysfonctionnement articulaire non organique de type DAO se manifeste de façon physique lorsqu'il est possible de mettre en évidence une restriction de la fonctionnalité d'une articulation, soit dans son espace fonctionnel (Flexion, Extension, Rotations, Inclinaisons), soit dans son temps fonctionnel (temps nécessaire à la bonne réalisation du mouvement). **La DAO ne doit donc pas être confondue avec la sensation douloureuse lors du fonctionnement spatio-temporel correct de l'articulation car cette seule manifestation caractérise la dysfonction énergétique.**

La DAO est **identifiable** par des tests effectués en dynamique ; la **dysfonction énergétique** est **identifiable** par des tests de palpation. Ces dysfonctions sont **compréhensibles** (des modèles théoriques peuvent être donnés en exemple), elles sont **significatives** (des tableaux cliniques classent les signes de ces dysfonctions), elles sont **différenciables** des pathologies articulaires et elles sont **réversibles**. **Prenons l'exemple d'une épaule ...**

-1- rappel des deux unités fonctionnelles de l'épaule

L'épaule est un système complexe de deux unités fonctionnelles :

- a- **l'unité scapulo-thoracique**, composée de l'articulation sterno-claviculaire, de l'articulation acromio-claviculaire, et du plan de glissement scapulo-thoracique,
- b- **l'unité scapulo-humérale** composée de l'articulation gléno-humérale et du plan de glissement sous-deltaïdien.

Pour cette raison, les mouvements complexes ne se réalisent pas exclusivement dans l'articulation scapulo-humérale :

- L'articulation **scapulo-humérale** est la seule articulation du membre supérieur à pouvoir « théoriquement » effectuer des mouvements complexes, mais elle **n'aura pas** dans la pratique, de DAO en rapport avec le schéma classique **SC2**.
- Pour la même raison, l'articulation **scapulo-humérale** ne sera pas le support d'une entorse fonctionnelle; elle **n'aura pas** dans la pratique, de DAO en rapport avec le schéma classique **SC3**.
- Pour la même raison, les mouvements neutres ne se réalisent pas exclusivement dans l'articulation scapulo-humérale. Il n'y aura donc pas de DAO en rapport avec le schéma classique **SC4**.
- L'articulation **scapulo-humérale** est en DAO du genre simple **SC1**.



L'ÉPAULE DOULOUREUSE

Investigation systémique et modèles thérapeutiques

-2- rôle mécanique des clavicules

Les clavicules par leur « butée » sternale ou acromiale jouent un rôle mécanique dans le maintien des axes de fonction des membres supérieurs. Lorsqu'il y a des dysfonctions dans la ceinture scapulaire, cet « anneau » scapulaire peut alors favoriser un **déséquilibre musculaire** dans l'entité fonctionnelle des membres supérieurs.

Les **DAO claviculaires** sont les principales causes de ces déséquilibres musculaires, et la répercussion de ces phénomènes mécaniques **entraînent des douleurs** puis des **tendinites** (sus épineux, tendon du long biceps) provoquées par une inflammation.

-3- Incidence de la charnière cervico-dorsale

Dans le contexte d'une DAO du membre supérieur, la charnière cervico-dorsale peut elle aussi être douloureuse. Ce niveau articulaire subit la résultante de la dysfonction de la ceinture scapulaire car, cette articulation est le pivot de l'anneau scapulaire. Le schéma classique de référence à ce problème mécanique est SC4, et non pas SC3 qui est celui de l'entorse fonctionnelle C7/T1.

-4- Incidence de la ceinture scapulaire

Les membres supérieurs sont « suspendus » à la ceinture scapulaire. Pour cette raison, **l'articulation huméro-cubitale semble protégée de tout dysfonctionnement de type DAO.**

Au niveau du coude, lorsque cette articulation **huméro-cubitale** paraît en cause, il s'agit bien plus de la DAO radio-cubitale supérieure. C'est cette articulation du coude qui induit les effets mécaniques du dysfonctionnement huméro-cubital.

-5- Absence de suites mécaniques

L'homme est principalement en appui sur ses membres inférieurs. Parce que ses membres supérieurs n'ont pas la charge du poids du corps, rien n'impose qu'il y ait une répartition de contraintes sur les autres articulations du même membre, ou celles du membre opposé. Dans le contexte des dysfonctions de type ostéopathique du membre supérieur **il n'y a pas de suites mécaniques** après l'installation d'une dysfonction de type DAO.

-6- Description des cinq tableaux cliniques du membre supérieur

Ils servent à spécifier le dysfonctionnement, ce qui suffit pour déterminer le support de la contrainte au niveau du membre supérieur.

SC1	Genre simple	Dysfonction / Gléno-humérale	Tableau 68
		Dysfonction / Radio-cubitale sup	Tableau 69
SC3	Genre global	Dysfonction / Radio-carpienne	Tableau 70
		Dysfonction / Trapézo-métacarpienne	Tableau 71
SC4	Genre neutre	Dysfonction / articulations de la main	Tableau 72



L'ÉPAULE DOULOUREUSE

Investigation systémique et modèles thérapeutiques

Notons que d'une part, **il n'y a pas de suites mécaniques** au niveau des membres supérieurs, et que d'autre part les 2 seules **entorses fonctionnelles** possibles selon le schéma classique SC3 sont au niveau du poignet ou de la main : Articulation Radio-carpienne et Articulation Trapézo-métacarpienne.

La normalisation articulaire du membre supérieur concerne toutes les articulations du membre où se manifeste la souffrance, et nécessite d'y ajouter toute ou partie des articulations de la ceinture scapulaire.

CEINTURE SCAPULAIRE ET MEMBRES SUPÉRIEURS

Genre simple SC.1	Dysfonction / Gléno-humérale
	Dysfonction / Radio-cubitale sup
Genre global SC.3	Dysfonction /Radio-carpienne
	Dysfonction / Trapézo-métacarpienne
Genre neutre SC.4	Dysfonction / articulations de la main
	Antéro-sup ou Postéro-inf Sterno-claviculaire
	Antéro-sup ou Postéro-inf Acromio-claviculaire
	Restriction du glissement Scapulo-thoracique ou Restriction du glissement Sous-deltaïdien
	Restriction de la mobilité du pivot C7-T1

Le travail de normalisation articulaire des clavicules serait sans effet si un travail préalable n'était effectué sur l'omoplate. Pour faciliter le retour à la norme du plan de glissement scapulo-thoracique, la mobilisation de l'omoplate doit être ample. Il est donc important de connaître les amplitudes du glissement de l'omoplate par rapport au thorax : **la norme d'une translation de l'omoplate est d'environ 15 centimètres, celle de son élévation est d'environ 10 centimètres.**

Cette mobilisation peut bénéficier avantageusement d'un « déparasitage » musculaire en plusieurs endroits (technique au pouce ou avec AMPi.sm® lorsqu'il existe un point sensible à la pression sur les zones suivantes) :

- dans la fosse sous-épineuse de l'omoplate (*dans le corps du muscle sous épineux*)
- à l'angle supéro-interne de l'omoplate (*à l'insertion du muscle angulaire*)
- sur le bord spinal de l'omoplate (*à l'insertion du muscle rhomboïde*)
- à l'angle inférieur de l'omoplate (*à l'insertion d'un faisceau du muscle grand dorsal, mais comme cette insertion est inconstante, ce dernier point pourrait ne pas être sensible à la pression.*)

Les vingt (20) manipulations spécifiques aux différents genres de dysfonctionnements d'une D.A.O. du membre supérieur se répartissent de la façon suivante :

11 manipulations spécifiques au membre supérieur

9 manipulations spécifiques à la ceinture scapulaire

Parmi ces propositions, celles qui seront effectives correspondent au tableau clinique sous-jacent.



L'ÉPAULE DOULOUREUSE

Investigation systémique et modèles thérapeutiques

Caractéristiques des DAO du membre supérieur et manœuvres de correction			Les techniques	La technique adéquate en NA®	Retour à la norme
Isolée	Dysfonction Gléno-humérale : Manipulation en position Assise	1	indirecte	indirecte	SC.1 Genre simple
	Dysfonction Gléno-humérale : Manipulation en position D.Dorsal	2	directe	directe	
	Manipulation du deltoïde	3	indirecte	indirecte	
	Manipulation du tendon du Biceps	4	directe	directe	
	Dysfonction Radio-cubitale supérieure Manipulation de la tête radiale	5	directe	directe	
	Dysfonction Radio-cubitale supérieure Manipulation de Radio-cubitale inf.	6	directe	directe	
	Dysfonction Radio-cubitale supérieure Manipulation de la membrane I-O	7	indirecte	indirecte	
Isolée	Dysfonction Radio-carpienne : Manipulation du semi-lunaire	8	directe	directe	SC.3 Genre global
	Dysfonction Trapézo-métacarpienne	9	directe	directe	
Complexe	Dysfonction articulations de la main : Manipulation des métas	10	directe	directe	SC.4 Genre neutre
	Dysfonction articulations de la main : Manipulation inter phalangiennes	11	directe	directe	
Caractéristiques des DAO de la ceinture scapulaire et manœuvres de correction			Les techniques	La technique adéquate en NA®	Retour à la norme
Isolée	Antéro-sup Sterno-claviculaire	1	directe	directe	SC.4 Genre neutre
	Postéro-inf Sterno-claviculaire	2	directe	directe	
	Antéro-sup Acromio-claviculaire	3	directe	directe	
	Postéro-inf Acromio-claviculaire	4	directe	directe	
	Manipulation Scapulo-thoracique : Technique en position assise	5	indirecte	indirecte	
	Manipulation Scapulo-thoracique : Technique en position allongée	6	indirecte	indirecte	
	Restriction glissement Sous-deltaïdien	7	indirecte	indirecte	
Le bandage de maintien de l'Acromio-claviculaire		8	Bandage est constitué de lanières élastiques adhésives qui sont superposées et croisées au-dessus de l'articulation comprimée par un coton imbibé d'alcool.		
Le bandage de maintien de la Sterno-claviculaire		9			

-7- La théorie des points « barrières »

Le raisonnement sur cette théorie des "points barrières" est fondé sur des connaissances empiriques parfaitement maîtrisées en médecine traditionnelle chinoise, de plus ce raisonnement est parfaitement cohérent avec les dires du patient et avec les observations du thérapeute. De tels modèles théoriques contribuent à augmenter le champ d'application d'actes en ostéopathie, mais signalons qu'ils seraient également utiles en kinésithérapie, notamment dans le traitement des polyalgies diffuses et péri-articulaires atypiques des membres supérieurs et inférieurs. De nombreux patients souffrent de polyalgies diffuses et péri-articulaires qui se manifestent par des sensations inhabituelles provoquant des douleurs au niveau des grosses articulations des membres périphériques : hanche, genou, cheville, épaule, coude, poignet.

L'ÉPAULE DOULOUREUSE

Investigation systémique et modèles thérapeutiques

Ce problème **d'épaule douloureuse** peut se rencontrer suite à un épisode de surmenage physique, une période post-traumatique ou post-opératoire ou après une crise d'arthrose, une **cervicalgie**, une **cervico-brachialgie**... Dans ces cas, les patients précisent que les sensations qu'ils ressentent sont dans des zones anatomiques profondes ou au contraire superficielles.

Après examen, le thérapeute constate qu'il n'y a aucune correspondance avec les éléments musculaires ou tendineux, capsulaires ou ligamentaires pouvant justifier de telles douleurs, et il remarque également qu'il n'y a aucune limitation de mobilité dans l'articulation en cause.



D.A.Rini et T.Phelps

Les sensations douloureuses se propagent dans le corps musculaire, les parties tendineuses ou les fascias.

La zone de douleur se situe soit au-dessus, soit au-dessous, de l'épaule, du coude ou du poignet.

La douleur qui a pour caractéristique d'être profonde est une douleur sourde, sur une zone antérieure et/ou interne du membre concerné.

La douleur qui a pour caractéristique d'être superficielle est une douleur aiguë sur une zone postérieure et/ou externe du membre concerné.

Plusieurs régions articulaires peuvent être concernées et sur certaines d'entre elles peuvent s'alterner les deux caractéristiques de cette symptomatologie.

Ces polyalgies diffuses, non dépendantes d'un dérangement intra articulaire et non liées à une dysfonction du système neuro-musculo-squelettique poseraient problème si aucune autre explication ne venait aider à le solutionner.

Si l'on admet que contrairement aux muscles, les constituants ligamentaires et capsulaires offrent une moindre conduction à la circulation du sang il est alors possible d'accepter que les grosses articulations puissent être des « barrières » au passage de l'énergie comme le prétendent les adeptes de la Médecine Traditionnelle Chinoise qui considèrent que le sang est le support de l'énergie. De plus, la règle diagnostique qui s'applique en M.T.C. pour analyser la douleur identifie très bien les caractéristiques opposées de ce genre de polyalgies diffuses et péri articulaires des membres supérieurs et inférieurs. La douleur profonde, sourde, sur des zones antérieures ou internes est de type Yin, et la douleur superficielle, aiguë, sur des zones postérieures ou externes est de type Yang. La Médecine Traditionnelle Chinoise englobe la pharmacopée, la gymnastique, l'acupuncture et le massage et, lorsqu'il s'agit de rétablir une bonne circulation en amont ou en aval d'une "barrière", c'est-à-dire d'une grosse articulation périphérique (hanche, genou, cheville, épaule, coude, poignet), le massage des points barrières est le moyen le plus satisfaisant. La valeur de cette théorie empirique vient du fait qu'il est possible de constater la reproductibilité des modèles thérapeutiques qui en découlent et la constance de leurs effets.



L'ÉPAULE DOULOUREUSE

Investigation systémique et modèles thérapeutiques

Il est facile de mettre en évidence l'efficacité du traitement des polyalgies diffuses et périarticulaires dans les membres supérieurs et inférieurs par le massage des points barrières en appliquant le protocole adéquat.

Le fait de connaître les différentes séquences dans les mouvements ascendants et descendants de l'énergie dans les membres, et le fait de tenir compte des deux variables dans la symptomatologie de ce genre de douleurs, permet d'identifier le méridien sur lequel se trouvera le point de commande capable de dynamiser localement cette énergie. Un ou plusieurs points de commande par articulation devront alors être programmés et l'action stimulatrice d'un tel massage augmentera l'effet circulatoire local et favorisera le passage de l'énergie au-delà de ces barrières.

Il existe 24 points barrières (4 par articulation) et en appliquant la dialectique appropriée il est possible de comprendre très rapidement le mécanisme de cette dysfonction, qu'il s'agisse d'une articulation du membre supérieur (épaule, coude, poignet) ou d'une articulation du membre inférieur (hanche, genou, cheville). Les points qui se déduisent par ce raisonnement se trouvent être sensibles à la pression. Ces points révélateurs confirment le diagnostic et montrent qu'il est encore possible de nos jours d'apporter un soulagement à de nombreux patients par une simple technique de massage (comme savent encore le faire certains rebouteux !)

a) La dialectique appropriée : La référence est celle **de la situation** de l'énergie dans l'espace.

La dialectique **de ces trois niveaux dans l'espace est qualifiée précisément** :

ESPACE YIN : Tai-Yin, Jue-Yin, Shao-Yin

ESPACE YANG : Tai-Yang, Shao-Yang, Yang-Ming

b) Les différents mouvements de l'énergie (ascendants et descendants)

L'énergie YIN est ascendante et descendante dans les membres.

- lorsqu'elle est ascendante elle sera :

- ★ Tai-Yin (au poignet)
- ★ Jue-Yin (au coude)
- ★ Shao-Yin (à l'épaule)

- lorsqu'elle est descendante elle sera :

- ★ Tai-Yin (à l'épaule)
- ★ Jue-Yin (au coude)
- ★ Shao-Yin (au poignet)

L'énergie YANG est ascendante et descendante dans les membres.

- lorsqu'elle est ascendante elle sera :

- ★ Tai-Yang (au poignet)
- ★ Shao-Yang (au coude)
- ★ Yang-Ming (à l'épaule)

- lorsqu'elle est descendante elle sera :

- ★ Tai-Yang (à l'épaule)
- ★ Shao-Yang (au coude)
- ★ Yang-Ming (au poignet)



L'ÉPAULE DOULOUREUSE

Investigation systémique et modèles thérapeutiques

-8- Les Quatre tableaux cliniques au niveau de l'épaule

Tableau 1

Barrière du Yang descendant au niveau de l'épaule

La douleur est aiguë et superficielle (caractéristique Yang)

La douleur est située sur des zones postérieures ou externes (espace Yang)

La douleur est au-dessus de l'articulation

Objectivité de la symptomatologie : *le Yang est en stagnation au-dessus de l'épaule.*

Logique : *ce qui se trouve bloqué au-dessus d'une « barrière » est descendant.*

Dialectique : *le « Yang descendant » au niveau de l'épaule est « Tai-Yang ».*

Pour cette raison : *un point sur le méridien Shou Tai-Yang est dit « point barrière du Yang descendant au niveau de l'épaule ». C'est le point 11iG.*

Tableau 2

Barrière du Yang ascendant au niveau de l'épaule

La douleur est aiguë et superficielle (caractéristique Yang)

La douleur est située sur des zones postérieures ou externes (espace Yang)

La douleur est au-dessous de l'articulation

Objectivité de la symptomatologie : *le Yang est en stagnation au-dessous de l'épaule.*

Logique : *ce qui se trouve bloqué au-dessous d'une « barrière » est ascendant.*

Dialectique : *le « Yang ascendant » au niveau de l'épaule est « Yang-Ming ».*

Pour cette raison : *un point sur le méridien Shou Yang-Ming est dit « point barrière du Yang ascendant au niveau de l'épaule ». C'est le point 15Gi.*

Tableau 3

Barrière du Yin descendant au niveau de l'épaule

La douleur est sourde et profonde (caractéristique Yin)

La douleur est située sur des zones antérieures ou internes (espace Yin)

La douleur est au-dessus de l'articulation

Objectivité de la symptomatologie : *Le Yin est en stagnation au-dessus de l'épaule.*

Logique : *Ce qui se trouve bloqué au-dessus d'une « barrière » est descendant.*

Dialectique : *Le « Yin descendant » au niveau de l'épaule est « Tai-Yin ».*

Pour cette raison : *un point sur le méridien Shou Tai-Yin est dit « point barrière du Yin descendant au niveau de l'épaule ». C'est le point 2P.*

Tableau 4

Barrière du Yin ascendant au niveau de l'épaule

La douleur est sourde et profonde (caractéristique Yin)

La douleur est située sur des zones antérieures ou internes (espace Yin)

La douleur est au-dessous de l'articulation

Objectivité de la symptomatologie : *le Yin est en stagnation au-dessous de l'épaule.*

Logique : *ce qui se trouve bloqué au-dessous d'une « barrière » est ascendant.*

Dialectique : *le « Yin ascendant » au niveau de l'épaule est « Shao-Yin ».*

Pour cette raison : *un point sur le méridien Shou Shao-Yin est dit « point barrière du Yin ascendant au niveau de l'épaule ». C'est le point 6C.*

L'ÉPAULE DOULOUREUSE

Investigation systémique et modèles thérapeutiques

La symptomatologie des douleurs dues aux barrières énergétiques

Le patient précise **que les sensations qu'il ressent autour des articulations sont :**

- **profondes et sourdes, sur des zones antérieures ou internes,**
ou à l'inverse superficielles et aiguës, sur des zones postérieures ou externes.

Le patient situe la zone douloureuse **soit au-dessus, soit au-dessous de l'articulation** de la hanche, du genou, de la cheville, de l'épaule, du coude ou du poignet.

- **plusieurs de ces régions articulaires peuvent être concernées**
et sur certaines d'entre elles peuvent s'alterner ces deux symptomatologies.

La caractéristique de ce genre de problème est de ne jamais être intra articulaire ; les sensations douloureuses se propagent dans le corps musculaire, les parties tendineuse ou les fascias.

Cette symptomatologie pourra être présente sur l'une des grosses articulations du membre supérieur ou du membre inférieur, toujours avec les mêmes caractéristiques. Dans ce cas, il est possible de rattacher cette symptomatologie bien particulière à un point barrière.

Il y a des points dits « d'acupuncture » qui sont décrits comme étant en correspondance avec des **zones de blocage de l'énergie dans son mouvement ascendant ou descendant.**

2 P

Barrière du Yin descendant.

La zone à stimuler se situe sur le bord inférieur de l'extrémité externe de la clavicule, contre le bord latéral de la deuxième côte, en-dehors de la verticale passant par le mamelon.

11iG

Barrière du Yang descendant.

La zone à stimuler se situe au centre de la fosse sous-épineuse.

15GI

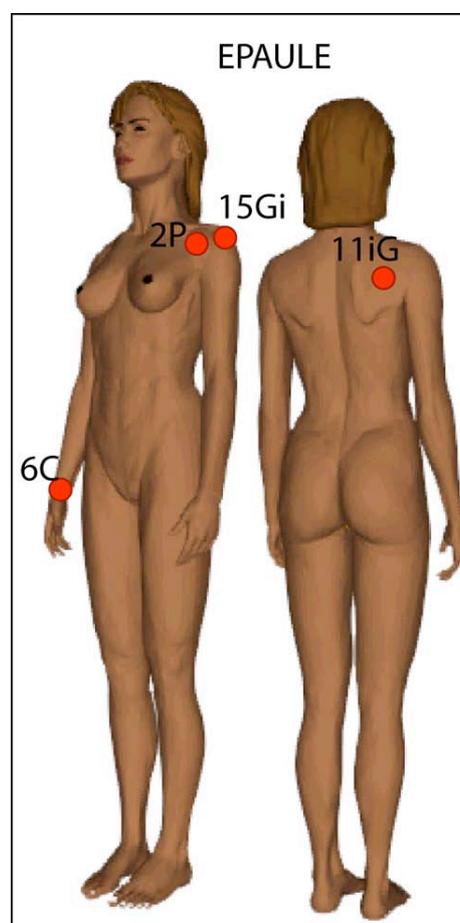
Barrière du Yang ascendant.

La zone à stimuler se situe sur le bord antéro-inférieur de l'extrémité externe de la clavicule, sous l'acromion.

6C

Barrière du Yin ascendant.

La zone à stimuler se situe sur le bord cubital de la face antérieure du poignet (bord externe du tendon du cubital antérieur), juste au-dessus du pli de flexion.



L'ÉPAULE DOULOUREUSE

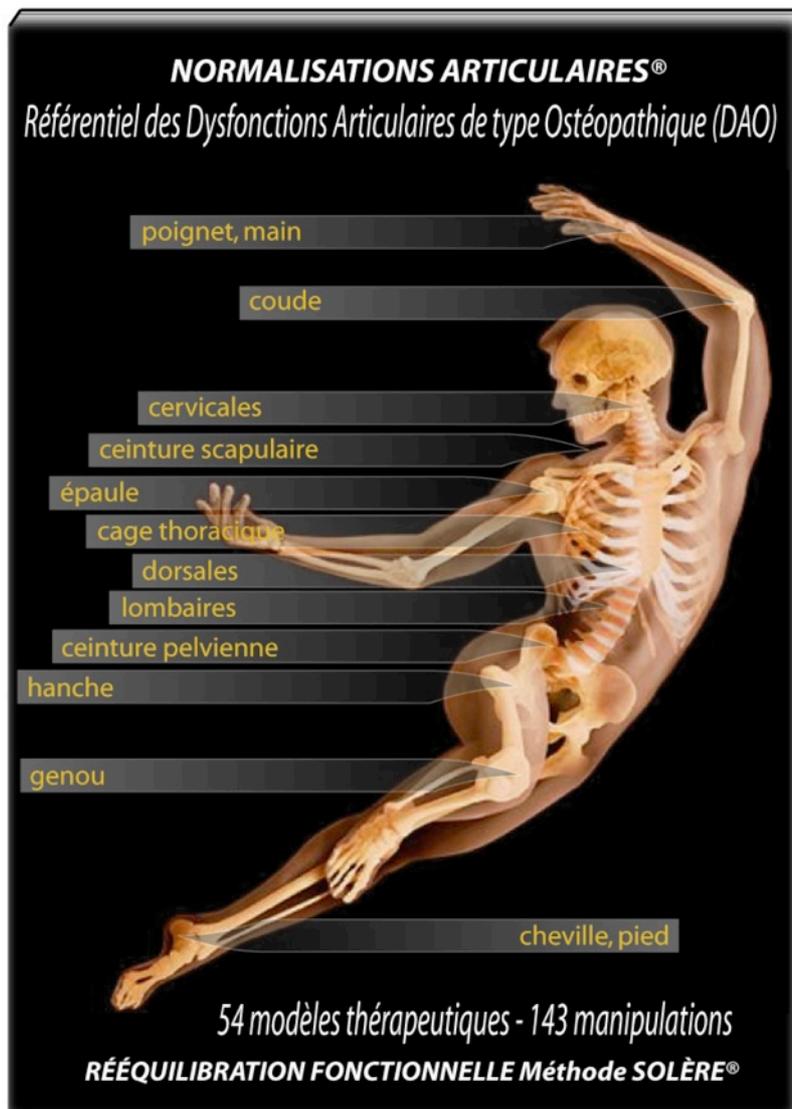
Investigation systémique et modèles thérapeutiques

-9- Énumération des différentes normalisations

EXEMPLE d'une proposition de choix référence « Syndromes douloureux de l'épaule » NA.40

- DAO-84. Sterno-claviculaire Ant/sup
- DAO-85. Sterno-claviculaire Post/inf.
- DAO-86. Acromio-claviculaire Ant/sup
- DAO-87. Acromio-claviculaire Post/inf.
- DAO-88. Scapulo-thoracique (assis)
- DAO-89. Scapulo-thoracique (allongé)
- DAO-90. Glissement sous-deltoïdien
- DAO-93. Gléno-humérale (assis)
- DAO-94. Gléno-humérale (allongé)
- DAO-95. Mobilité tendon du deltoïde
- DAO-96. Mobilité tendon du Biceps
- DAO-16. Mobilité fonctionnelle de T1
- DAO-21. F.Sg.Rd. de T4
- DAO-22. F.Sd.Rg. de T4
- DAO-23. E.Rd.Sd. de T4
- DAO-24. E.Rg.Sg. de T4

De telles références permettent un suivi correct de l'évolution des interventions sur les patients. Elles servent à la communication interdisciplinaire avec le corps médical en étayant un discours cohérent et compréhensible ; elles cautionnent la valeur des données pour la mise en évidence de la reproductibilité et de l'efficacité des actes concernant cette méthode de soins ; enfin, et cela semble de plus en plus d'actualité, de telles références servent à témoigner du sérieux des prestations et du praticien.



Le Référentiel de la **Rééquilibration fonctionnelle®** est extrêmement précis. Ces références précises sont indispensables à la justification de la réalité des données sur les fiches cliniques. Les dysfonctions articulaires pouvant bénéficier d'un traitement non médicamenteux répondent à l'un des 54 modèles thérapeutiques du chapitre **Normalisations articulaires®**. Dans le Référentiel de la **Rééquilibration fonctionnelle®** au chapitre **Normalisations articulaires®** (code D.A.O.) sont numérotées de 1 à 143 les manipulations et autres manœuvres directes, indirectes ou réflexes, qui sont les éléments techniques de ces modèles thérapeutiques. Nous ne négligeons pas l'avantage de ces références dans l'utilisation de cette Méthode d'application de l'Ostéopathie pour que les Associations professionnelles ReF puissent argumenter sur les clauses d'agrément avec des Mutuelles ou pour justifier de certains avantages sur les conditions de tarifs de l'assurance civile professionnelle.

L'ÉPAULE DOULOUREUSE

Investigation systémique et modèles thérapeutiques

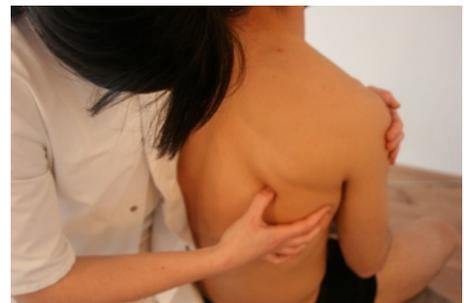
Exemple d'une normalisation par rapport au Modèle NA.40. Photos collection H. Solère



Noter la possibilité de trouver à droite comme à gauche, les différentes dysfonctions de la ceinture scapulaire.
Dans notre exemple, l'épaule douloureuse droite trouve des composantes à gauche nécessitant les normalisations suivantes :
Sterno-claviculaire Antéro-sup. à droite + Acromio-claviculaire Postéro-inf à droite + Scapulo-thoracique gauche



Noter la nécessité de libérer à droite comme à gauche, les différentes tensions de la musculature cervicale sur le point pivot (C7-T1) de la ceinture scapulaire.



Noter la nécessité de libérer à droite comme à gauche, les différentes tensions de la musculature scapulo thoracique.



Noter la précision des différents enchaînements de manœuvres pour réaliser la normalisation gléno-humérale, mais aussi le mouvement en couple des mains du praticien pour réaliser une normalisation du glissement sous deltoïdien ou celui des tendons du deltoïde ou du long biceps.



Noter le repérage des points barrières au crayon dermographe avant d'installer le patient pour la normalisation au niveau de ces points réflexes.

Position assise pour le repérage des points et position allongée pour le traitement.



Cette normalisation ne nécessite pas l'usage des aiguilles si l'on utilise l'appareil de massage punctiforme inverse (AMPi.sm®).