

**COMPTE RENDU DU CONGRES DE L'ASSOCIATION DE POSTUROLOGIE INTERNATIONALE  
PARIS (UNIVERSITÉ DESCARTES) LES 28 ET 29 JANVIER 2017**

**SOMMAIRE les 10 exposés les plus pertinents**

- 1- De la caresse à la douleur, rôle des complexes de Merkel et des kératinocytes-** Pr Bernard CALVINO- Neurophysiologie
- 2- Neurostimulations manuelles épidermiques et douleur**  
Philippe VILLENEUVE – Podologue-Ostéopathe- PARIS
- 3- Irruption du temps dans l'espace neurologique**  
Pierre Marie GAGEY
- 4- Modulation de la douleur : de la souffrance à l'hédonisme sensoriel**  
Serge MARCHAND, PhD-Université de Sherbrooke (CA)
- 5- La douleur neuropathique**  
Didier BOUHASSIRA-CHU Ambroise Paré – Boulogne Billancourt
- 6- Douleurs pelvi-périnéales**
  - 1- Anatomie neuro-musculaire du pelvis et du périnée (S. Ploteau-CHU Nantes)
  - 2- Origines des douleurs pelvi-périnéales- Amélie Levesque-C.de pelvi-périnéalgie Nantes
- 7- La nociception est-elle nécessaire dans le fonctionnement biomécanique du pied.** Antoine PERRIER- PhD Biomécanique, Podologue
- 8- Les afférences cutanées plantaires influencent la perception de la Verticale Visuelle Subjective en orthostatisme.**  
A FOISY (physiopathologie de la vision et motricité binoculaire, FR 3636 Neurosciences) Z. KAPOULA (CNRS, Univ. Paris Descartes)
- 9- Hypnose et attention. Ou comment sortir de la chronicité.**  
Dr Jean-Marc BENHAIEM-Directeur DU d'Hypnose médicale PARIS VI Pitié-Salpêtrière
- 10- Céphalées chroniques.Posturothérapie NeuroSensorielle (PNS) et neurostimulations manuelles.**  
Dr Thierry MULLIEZ – Médecin manuel

## 1- De la caresse à la douleur, rôle des complexes de Merkel et des kératinocytes- Pr Bernard CALVINO- Neurophysiologie

Tout contact mécanique avec notre enveloppe corporelle (stimulation mécanique) se transforme en signaux électriques. Ceci va de l'effleurement à la pression forte douloureuse, en passant par les vibrations.

Il en est de même d'autres stimulus, tel que les vibrations sonores au sein des organes de l'audition.

Les signaux électriques sont générés grâce à l'existence de canaux ioniques directement activés au sein des membranes des cellules mécanosensibles.

Les perceptions mécanosensorielles cutanées reposent sur deux groupes cellulaires situés **dans l'épiderme**:

- Les complexes de Merkel
- Les kératinocytes (ces derniers n'étant pas à proprement parler des cellules nerveuses excitables).

**Dans le derme** d'autres mécanorécepteurs interviennent (nombreux et différenciés) convertissant une déformation mécanique en signal biologique.

Chez la souris l'on a mis en évidence deux canaux ioniques, Piezo 1 et Piezo 2, s'exprimant dans de nombreux tissus mécano-sensibles tels que le rein, les poumons, la vessie, le côlon, la peau.

Piezo 2 est impliqué à la fois dans la douleur, le toucher et la proprioception.

Ces groupes Piezo sont de grosses protéines constituées de 2100 à 4800 acides aminés ( et générant 30 à 39 domaines transmembranaires ).

**La peau**, barrière physique protectrice entre l'environnement et l'organisme, joue un rôle fondamental dans l'homéostasie, en particulier par ses fonctions sensorielles et immunitaires.

Elle représente sans doute l'organe sensoriel le plus grand, constitué de mécanorécepteurs, thermorécepteurs, chémorécepteurs, et les terminaisons des fibres nerveuses sensorielles.

Il faut d'emblée distinguer la peau glabre, et la peau poilue.

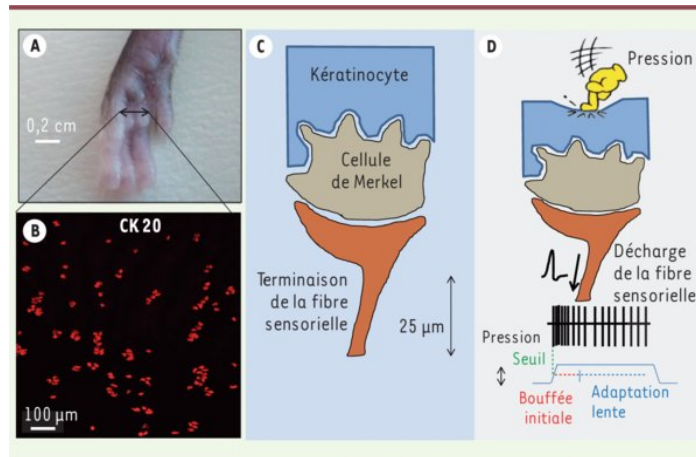
La peau glabre contient les corpuscules de Meissner, de Ruffini, de Pacini

La peau poilue contient les capteurs des poils et du toucher.

Et dans les deux se trouvent les complexes de Merkel.

Un complexe de Merkel = quelques kératinocytes + cellules de Merkel, elles-mêmes connectées aux terminaisons d'une fibre nerveuse A bêta (myélinisée-gros calibre).

Les ramifications d'une fibre A Bêta contactent 10 à 50 cellules de Merkel.



*emprunté à Valentine Bouvier et Marcel Crest  
Med Sci (Paris) 2014 ; 30 : 828-830*

Une stimulation mécanique de la peau déforme les cellules du complexe, générant un message nerveux (potentiels d'action en bouffée, suivie d'une réaction adaptative plus lente) dans la fibre A bêta. Ceci grâce à l'activité d'un canal ionique cationique excitateur Piezo 2.

Il s'agit d'une apposition membrane/membrane entre kératinocytes et terminaisons nerveuses et non pas une synapse) : il y a donc association directe au système nerveux sensoriel.

Les complexes de Merkel transmettent des informations sur la forme et la texture des objets (mains ++).

**Les kératinocytes (KC)** sont équipés de molécules identiques à celles du système nerveux périphérique. Ils synthétisent du NGF (facteur trophique), et des transmetteurs chimiques (ATP, prostaglandines, peptides opioïdes). Ils expriment aussi des canaux ioniques (canaux sodiques, canaux Piezo 1 et 2, et vanilloïdes).

Les KC sont également capteurs de température (récepteurs TRP) : pour chaque intervalle thermique, il existe des récepteurs spécifiques (TRPV 2 pour les températures très hautes). Les récepteurs au froid, sont des récepteurs du menthol .....

**Les TRPV** sont exprimés dans les neurones ganglionnaires de la racine dorsale, dans les nerfs périphériques, et dans les KC (TRPV 3, TRPV 4).

Pour les stimulations non thermiques, le message est de nature lipidique (PGE 2) et synthétisé à la demande par le KC.

Il existe des récepteurs purinergiques (P2X ionotropiques, P2Y métabotropiques). L'ATP étant leur principal agoniste : après une stimulation mécanique cutanée, les (ATP) sont les plus élevées au point de stimulation, et il existe une vague de propagation qui diminue concentriquement ; il existe ainsi un support de communication inter cellulaire sur de longues distances (par des canaux intercellulaires : « gate »)

**En matière de douleur cutanée, le KC joue un rôle important.**

Dans l'inflammation, la douleur consécutive à la lésion, dépend grandement du NGF (Nerve Growth Factor) que les KC sécrètent en grande partie dans les espaces extra-cellulaires. Cette neurotrophine stimule les terminaisons sensorielles libres des fibres C (par liaison au récepteur TrkA , entraînant une cascade de phosphorylations intra cellulaires d'où la

sensibilisation périphérique) : ceci représente la base du support des douleurs des neuropathies sensorielles.

Les KC répondent aussi à des stimulations chimiques (ATP, capsaïcine, anandamide, endothéline ....)

Toute stimulation cutanée induit la libération par les KC, de messages chimiques vers des fibres sensorielles libres A delta et C qui innervent l'épiderme.

**Les KC représentent le premier front sensoriel de la peau.**

## **2- Neurostimulations manuelles épidermiques et douleur**

Philippe VILLENEUVE – Podologue-Ostéopathe- PARIS

Rappel de grandes observations historiques, et notamment :

- Ramon y Cajal qui dit que « la peau est un intermédiaire entre l'animal et le cosmique ».
- Lazorthes qui rappelle que le cil est le système neuro-sensoriel le plus simple.

### **Rappel d'embryogénèse.**

Le SNC et l'épiderme partage une origine ectodermique commune.

Une invagination va donner l'endoderme, qui donnera le tube digestif.

Un épaissement de l'ectoblaste donnera la plaque neurale (futur SNC).

De nombreuses placodes apparaissent : olfactive, ophtalmique les plus connues, mais aussi certaines à l'origine des nerfs crâniens (V, VII,...) et de glandes endocrines (notamment la parathyroïde : 3°-4° poche entobranchiale)

Le premier sens en développement sera la **somesthésie**.

Lors du développement, l'épiderme va acquérir une épaisseur fort différente selon les zones étudiées : 1 à 2 mm à la paume de main et plante de pied, 40 micromètre sur la paupière ou les organes génitaux.

### **Le rôle des cellules épidermiques**

est multiple, et en particulier la cellule de Merkel est un acteur clé du système neuro-endocrino-immuno-cutané (Van Keymeulen et al 2009).

Le rôle immunologique étant dévolu aux cellules de Langerhans (issues de la moëlle osseuse, véritables sentinelles immunitaires). A noter qu'une forte exposition aux UV fait diminuer sensiblement leur nombre.

Le rôle endocrinien a bien été étudié par Zouboulis en 2009.

**Le rôle des follicules pileux** est également très important sur le comportement physique (expérience du papier collant sur le pelage du chat). Leur simple effleurement ouvre des canaux sodiques et fait naître un potentiel d'action se propageant sur la dendrite. Le seuil de sensibilité des fibres C tactiles est de 0,03 gramme.

### **Rappel des voies de la sensibilité lemniscale et extra-lemniscale (archéo-spino-thalamique)**

Le système extra-L, plus ancien, est à la base des réactions de défense (alarme) et du plaisir. Il est connecté au système limbique et au système réticulé, puis au cortex insulaire (Hua QP 2007, Olausson H 2008)

Le système L plus récent, analyse le monde proche (peau), et transmet une information très discriminative vers le Gyrus post central (prise de conscience de l'information).

Enfin l'organisation topographique de l'épiderme semble différente de celle des dermatomes, à l'image de la répartition des poils sur les diverses parties du corps. Mais aussi le territoire pelvien postérieur, et les points cluniaux.

## **3- Irruption du temps dans l'espace neurologique**

Pierre Marie GAGEY .

Nous avons ici aussi une synthèse claire et concise, qui replace la posture dans sa vraie dimension, c'est-à-dire temporelle. Qu'est-ce qu'un dysfonctionnement articulaire, ou un syndrome myofascial, sinon une non-adaptation temporelle à une modification fonctionnelle ou structurale souvent minime.

PM GAGEY a rappelé que la neurologie s'est construite sur des données spatiales, les voies et centres nerveux.

Le temps est apparu dans son domaine grâce à l'électromyogramme, mais quel usage thérapeutique en a-t-on fait.

La posturologie intervient sur la séquence temporelle des événements, qui s'appuie bien sûr sur la structure et ses fonctions, mais prime sur elle.

Un simple élément placé sous une zone de la sole plantaire introduit un décalage temporel dans la perception de cette zone par rapport au reste de la sole plantaire. Une cale, même faible, si elle n'induit pas une conséquence spatiale franche, implique obligatoirement une conséquence temporelle, tant la proprioception sensorielle plantaire est précise (*rappelons que le seuil de sensibilité des fibres C tactiles est de 0,03 gramme*).

Le prisme que l'on place devant un œil introduit un décalage temporel dans la perception de l'espace, dans toute sa complexité (perception rétinienne, perception proprioceptive large dont l'intervention vestibulaire).

Nous provoquons à l'évidence une modification de la séquence temporelle à l'intérieur des événements enchaînés du Système Nerveux Central.

**Notre commentaire** : l'on retrouve ici la pensée que tout médecin manuel peut avoir notamment lors d'une manœuvre en haute vélocité et basse amplitude (HVLA des anglo-saxons).

#### **4- Modulation de la douleur : de la souffrance à l'hédonisme sensoriel** Serge MARCHAND, PhD-Université de Sherbrooke (CA)

Exposé remarquable pour ne pas dire parfait, avec clarté, humour, passion communicative.

La douleur est un phénomène dynamique nous dit S.Marchand, influencé par de nombreux facteurs intrinsèques et extrinsèques.

Facteurs intrinsèques : certains génotypes expliquent les variations de sensibilité à la douleur, et même le risque de développer certaines douleurs chroniques.

Facteurs extrinsèques : psychologiques, ou physiologiques, ils peuvent affecter la méthylation de l'ADN de certaines structures du système nerveux cérébral, produisant ainsi une mémoire génomique de la douleur : on parle d'épigénétique.

Une stimulation nociceptive est donc modulée à tous les étages du système nerveux central.

L'hédonisme (quête du bonheur) peut comprendre la recherche du plaisir bien sûr, mais aussi la fuite de la douleur. Et pourtant ceci n'est pas aussi clair. La

douleur associée à un entraînement sportif intense et ses conséquences sur l'amélioration de la performance, n'a rien à voir avec la douleur du cancéreux.

En laboratoire, si une stimulation nociceptive est comparée à une plus intense, la stimulation témoin pourra activer certaines zones corticales associées au plaisir. La même stimulation témoin comparée à une seconde stimulation moins intense, activera cette fois-ci les centres de la douleur.

S. Marchand développe ensuite une foule d'exemple, faisant intervenir la composante affective de la douleur, qui va :

- moduler la douleur
- les réponses physiologiques qui l'accompagnent.

Des expériences sur l'effet placebo, et sur l'effet nocebo se révèlent étonnantes, et l'on commence à identifier des neurotransmetteurs spécifiquement associés à l'expression de l'effet placebo et nocebo, expliquant que l'on peut, grâce à des drogues spécifiques, moduler ces deux types d'effet.

Ainsi la prise en compte de la composante affective permet de comprendre les différences individuelles dans le développement et la persistance de la douleur, et la réponse à ses traitements.

De nombreuses questions seront posées permettant de préciser certaines données ou idées reçues.

Ainsi le seuil de sensibilité des femmes est nettement plus bas, à tous les modes ; ceci est d'ordre phylogénétique, car la femelle animale était à l'affût de tous les dangers, donc était la sentinelle primordiale de la famille.

Chez les enfants, le rôle du comportement parental est primordial. Et dans le cas de douleurs chroniques, l'on devra travailler avec l'enfant et les parents, sans restriction.

La sensibilité aux opioïdes est également différentes selon les sujets.

A conseiller le livre « PAIN » écrit par S. Marchand en collaboration avec Djéa Saravane et Isabelle Gaumond (Springer éd.)

## 5- LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

Didier BOUHASSIRA-CHU Ambroise Paré – Boulogne Billancourt

La douleur représente 30 à 40% des premiers motifs de consultation en médecine ambulatoire.

32% des français souffriraient de douleur chronique.

< 50% sont satisfaits des soins qui leur sont prodigués.

### **Définition :**

La douleur est liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel.

Parmi les exemples les plus connus, rappelons les douleurs du membre fantôme, qui affectent 60 à 70% des amputés ; les causes des douleurs y sont périphériques et centrales, avec de probables interactions.

Le schéma le plus généralement admis étant le suivant :

Hyperexcitabilité des fibres périphériques



Augmentation des transmissions nociceptives



Hyperexcitabilité médullaire et cérébrale



Douleur neuropathique

Les douleurs mixtes sont très nombreuses (inflammatoire + neuropathique)

### **Epidémiologie.**

L'étude Stopnep a révélé que 7% de la population générale souffre de douleurs neuropathiques.

Pour ces patients, les facteurs les plus remarquables sont :

*Etre une femme*

*Agée de 50 à 64 ans*

*Vivant en milieu rural*

*Exerçant un travail manuel*



Les douleurs affectent le dos et les membres inférieurs  
ou  
le cou et les membres supérieurs  
(*Bouhassira et coll, Pain 2008*)

**Traitement.**

Anti douleurs  
antidépresseurs  
opioïdes



ne satisfont que 30 à 40% des patients

Il est donc nécessaire de sous grouper les patients (en fonction d'une combinaison des items)

Parmi les traitements non médicamenteux : TENS, ou stimulations électriques médullaire, mais aussi centrale haute non invasive (champs magnétiques : l'effets sont retardés et paraissent épuisables ; et d'autre part ne sont pas organisés de façon somatotopique stricte)

La stimulation électrique trans crânienne ne semblent pas pour le moment donner de résultats encourageants.

## 6- Douleurs pelvi-périnéales

a/ Anatomie neuro-musculaire du pelvis et du périnée (S. Ploteau-CHU Nantes)

b/ Origines des douleurs pelvi-périnéales- Amélie Levesque-C.de pelvipérinéalgie Nantes

a/ Bon rappel anatomique. Retenir que le périnée a une innervation somatique et végétative, tandis que le pelvis n'a qu'une innervation végétative.

En particulier retenir que pour le pelvis il n'y a qu'un noyau végétatif sacré (S2-S3-S4). Et l'intervenant dit que l'algodystrophie du pelvis existe... sans en préciser la clinique.

Le nerf pudendal est évidemment abondamment décrit.

Sont cités le nerf sensitif (responsable de la surface sous pubienne antérieure) d'origine thoraco-lombaire, et les rameaux clunéaux inférieurs (pour la face postérieure de la cuisse).

En fin tout convergerait vers un noyau pré-coccygien.

b/ L'on s'intéresse ici aux douleurs n'ayant pas de support viscéral (tumeur, infection, maladie inflammatoire).

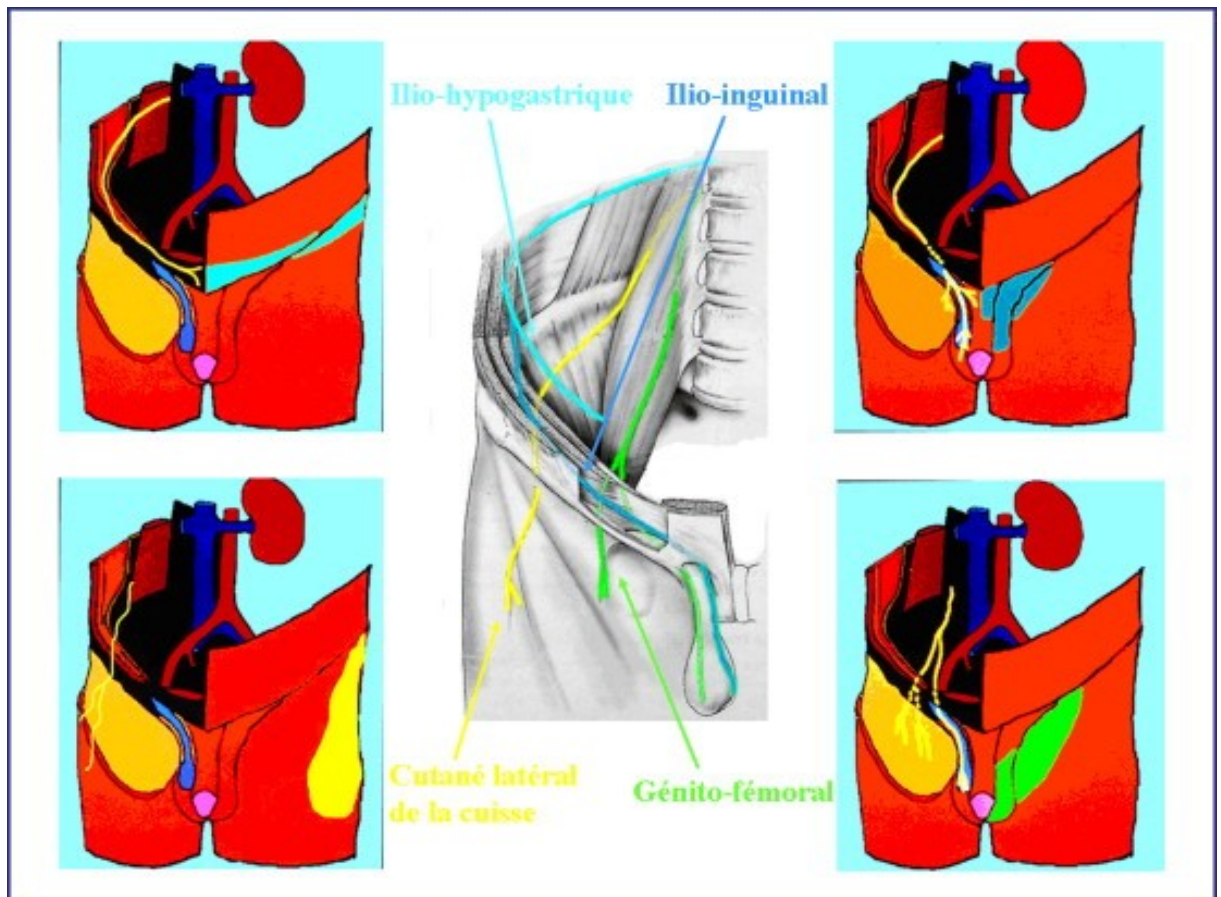
Les douleurs sont alors essentiellement d'ordre neurologique ou musculaire. On rappelle les manifestations en rapport avec l'irritation du nerf pudendal, ou du nerf clunéal inférieur (collatérale du cutané postérieur de la cuisse).

Au niveau pelvi-abdominal les nerfs concernés sont essentiellement les nerfs ilio-inguinaux et ilio-hypogastriques.

Entre autre origine, l'irritation au rachis, et le syndrome de la charnière thoraco-lombaire de Robert MAIGNE est bien exposé.

Au chapitre des contractures ou des algies myo-fasciales, les muscles concernés sont le piriforme, l'obturateur interne, le releveur de l'anus.

Certains patients semblent par contre rentrer dans le cadre de syndromes de sensibilisation nociceptive, dont le traitement reste très incertain.

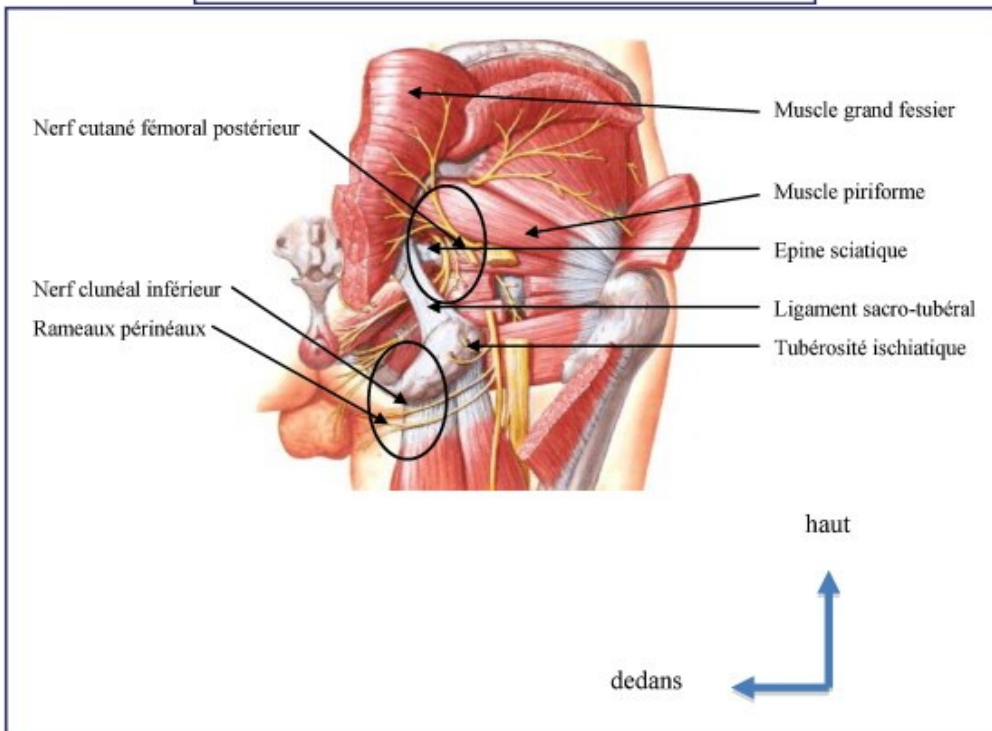
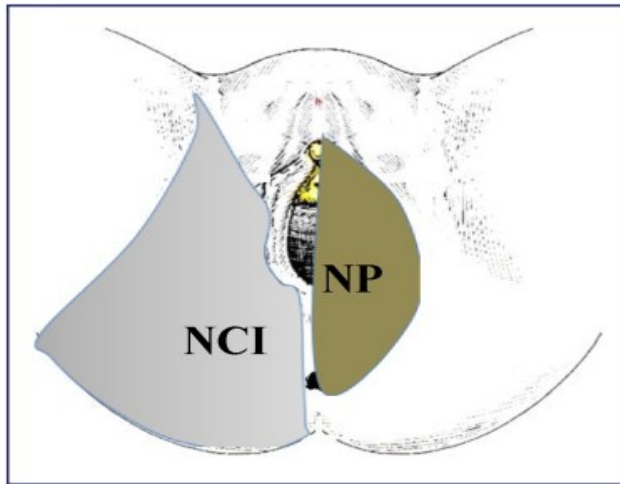


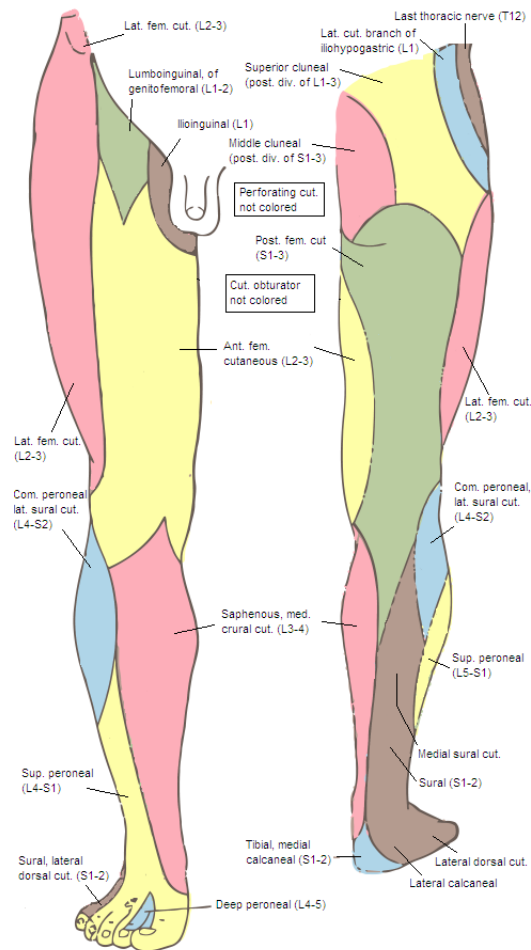
En parcourant la toile j'ai trouvé une bonne revue d'ensemble que je vous livre :

**LA DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE REBELLE LES SYNDROMES MYOFASCIAUX**

**C. BAUDE Consultation et Traitement de la Douleur, Pavillon P  
Hôpital Edouard Herriot – Lyon**

[www.pudendalsite.com/Dr-Baude-4.html](http://www.pudendalsite.com/Dr-Baude-4.html)





## 7- La nociception est-elle nécessaire dans le fonctionnement biomécanique du pied. Antoine PERRIER- PhD Biomécanique, Podologue

Excellent rappel biomécanique.

L'on doit parler de « système pied », avec ses 28 os et ses 33 articulations.

Un pied fonctionnel doit s'adapter quelle que soit sa surface de contact (sol, chaussage, inclinaison du terrain), et quelle que soit la finalité du geste programmé (course, saut, pivot.....).

Un rappel d'anatomie fonctionnelle est fait, afin d'expliquer ces phénomènes adaptatifs et le rôle des structures dans la bonne réalisation des gestes plus ou moins complexes.

Le « système pied » est aussi constitué d'un réseau de récepteurs chargé d'informer les systèmes neuro-musculaires sur l'environnement et permettre la mise en œuvre des actions adaptées.

La nociception (et la conséquence douloureuse) aura un impact sur la finalité du geste : afin de se soustraire au stimulus nocif et préserver la structure anatomique qui souffre, ou limiter l'amplitude d'une articulation distante de la zone lésée, le fonctionnement du pied sera impacté.

Dans le cadre de l'étude de la nociception, le modèle choisi sera le pied neuropathique diabétique (déficit de nociception et/ou de douleur dans des gestes simples comme la marche ou la station debout.

Les réponses paraissent très complexes, et font poser en particulier la question de la place des afférents de la triple flexion et leur influence sur la limitation automatique des contraintes plantaires.

## **8- Les afférences cutanées plantaires influencent la perception de la Verticale Visuelle Subjective (VVS) en orthostatisme.**

A FOISY (physiopathologie de la vision et motricité binoculaire, FR 3636 Neurosciences)  
Z. KAPOULA (CNRS, Univ. Paris Descartes)

### **Quelques définitions au préalable.**

Le système vestibulaire est un capteur inertiel codant les accélérations linéaires (otolithes) et angulaires (canaux semi-circulaires) subies par la tête, dans tous les plans de l'espace.

Les otolithes, qui codent l'accélération gravitaire (direction), permettent à l'être humain de percevoir la direction de la verticale, élaborer alors une représentation mentale de la verticalité, permettant ainsi de s'orienter ou d'orienter une partie de son environnement.

Mais cette interprétation purement vestibulaire a laissé la place à celle de modèles internes intégrant différentes afférences sensorielles (visuelles, somesthésiques, vestibulaires).

De plus ce sens de la verticalité peut être modulé par des processus cognitifs supérieurs.

### **Revenons-en à l'exposé.**

Il s'agit ici d'évaluer l'influence des afférences cutanées plantaires sur la perception de la VVS.

L'étude a porté sur 48 sujets jeunes et sains, qui ont fait l'objet d'études posturales en orthostatisme sur plateforme de forces, à 40 ou 200 cm d'une cible visuelle, dans quatre conditions de sol : sol dur, sol mousse, avec un élément médio-interne (EMI) bilatéral, ou un élément médio-externe (EME) unilatéral sous le pied droit.

L'étude a également évalué l'efficacité plantaire des sujets avec la méthode du Quotient Plantaire (QP), en divisant les sujets en deux groupes :

- *Les sujets utilisant normalement leurs afférences plantaires (QP>100)*
- *Les sujets présentant une Inefficacité des Afférences Plantaires (IAP ; QP<100).*

### **Résultats.**

Il existe une diminution significative de l'erreur d'estimation gauche de la VVS en vision de près, uniquement chez les sujets normaux.

Toujours chez les seuls sujets normaux, une diminution de la Surface d'oscillations du Centre des Pressions Plantaires et de la longueur de ses déplacements avec les deux stimulations plantaires (EMI et EME).

Les afférences cutanées plantaires sont donc capables de biaiser le référentiel égocentré du système nerveux central, et influencer la perception de la VVS. Cette influence disparaît chez les sujets avec IAP, en raison probablement d'un signal plantaire de moindre qualité.

*Quelques données complémentaires, recueillies à diverses sources, pour mieux apprécier cet exposé.*

### **Méthode du Quotient Plantaire**

C'est le rapport Surface du sujet enregistrée sur sol mousse par Surface enregistrée sur sol dur (S mou en général > S dur):

$$QP = (S \text{ mou} / S \text{ dur}) \times 100$$

Il permet d'apprécier l'intégration de l'entrée podale.

Il est l'analogue du QR (Quotient de Romberg ci-dessous) pour l'entrée visuelle.

Si l'on compare le QP et le QR, on voit que le sujet augmente le poids de sa vision sur le sol mou, et l'importance de l'entrée plantaire les yeux fermés : ceci traduit la complémentarité immédiate des différentes entrées.

### **Le Quotient de Romberg :**

Intègre les afférences visuelles dans le contrôle postural. Il s'agit du rapport des paramètres de surface yeux ouverts (Yo) et yeux fermés (Yf).

$$QR = (S Yf / S Yo) \times 100$$

Quotient = 100 signifie que la précision du contrôle postural est identique Yf ou Yo, ce qui est anormal.

Quotient << 100 signifierait que l'information visuelle perturbe le contrôle postural.

La moyenne du QR en contexte général se situe entre 250 et 300.

## **9-Hypnose et attention. Ou comment sortir de la chronicité.**

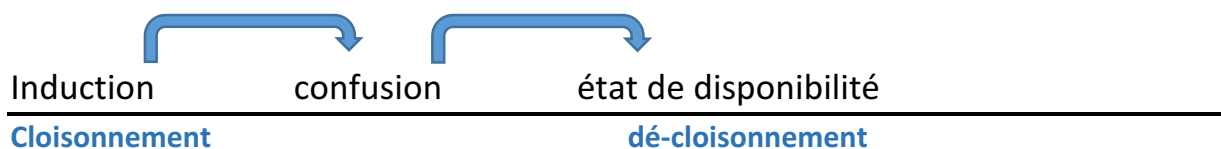
Dr Jean-Marc BENHAIEM-Directeur DU d'Hypnose médicale PARIS VI Pitié-Salpêtrière

Très bel exposé, en terme de simplicité, et de données pratiques.

Pour les plus jeunes, des techniques à aborder sans réserve.

Une des bases de l'hypnose, est de passer d'une attention sélective (source de rigidité, répétition du même) à une attention généralisée (qui se porte sur le seul présent).

Il s'agit de brouiller l'attention sélective, à partir de la concentration sur une présence sensorielle ; celle-ci implique le corps, ressent l'espace, est basée sur une attention élargie.





Plusieurs techniques vont permettre de capter l'attention :

- l'intensité du regard
- fixer un objet, exécuter un jeu visuel
- analyser un contact corporel (dos/fauteuil, pieds/sol,...)
- écouter une musique monotone
- mouvements répétitifs (derviches tourneurs)
- 

***On sélectionne ainsi le canal préférentiel sensoriel du patient.***

Il faut ensuite détecter le « point d'appui » du malaise ou du symptôme (où se trouve la peur, le blocage, la fixation, le refus, la culpabilité, l'insupportable).

Il s'agira de vivre une expérience,  
y adhérer,  
s'approprier une sensation.

Il n'y a pas de stratégie standard.

- 1- L'on a rien à proposer d'avance. L'on doit rester très général, pour que le patient se raccroche à quelque chose qui va servir « d'appui ».
- 2- Il faut donc savoir attendre.  
Le RIEN de 1 et le VIDE de 2 va à un moment créer un appel d'air, où le patient va s'engouffrer.

Pour remettre en mouvement fait donc souvent appel à l'imagination, ou à la mise en scène, qui modifieront, ou éclaireront le contexte de l'existence, et transformer ainsi la situation.

Un patient en train de guérir serait quelqu'un qui ne porterait plus attention à ses douleurs, ou à ses peines, qui n'aurait plus aucun ressentiment. Il ne se chargerait plus de rien, ni pensée, ni responsabilité.

Il renonce à penser, et par là même à sentir.....d'où la sensation fréquente d'ankylose (voire catalepsie du muscle qui refuse de se mouvoir).

L'hypnotiseur ne s'adresse plus à quelqu'un qui pense, raisonne, juge.

Le patient est vis à vis de lui-même dans le même rapport que l'hypnotiseur avec son patient- - - annulation des pensées, des sentiments, des sensations, de toute distance.

Et c'est cette annulation de distance, de toute forme d'humanité en quelque sorte, qui est le secret de la transformation, car il n'y a plus de distance entre l'individu et la situation.

Rien en lui ne s'oppose à ce que sa situation et l'environnement lui imposent. Il devient comme un poisson dans l'eau. IL ne s'adapte pas par soumission aux

modes ou impératifs de la société, mais adopte ce qu'elle a de meilleur dans la situation présente.

Pour plus amples information :

[www.hypnose-medical.com](http://www.hypnose-medical.com)

## **10-Céphalées chroniques. Posturothérapie NeuroSensoryelle (PNS) et neurostimulations manuelles.**

Dr Thierry MULLIEZ – Médecin manuel

Les céphalées (mal de tête incapacitant aigu, épisodique ou chronique), touchent 47% de la population, au moins une fois par an.

Une céphalée chronique est définie comme affectant un patient 15 jours par mois au moins 3 mois.

Selon l'OMS, 1,7 à 4% de la population souffre de céphalée 15 jours par mois au moins.

Selon le Dr MULLIEZ, le bilan postural systématique des patients douloureux chroniques permet la mise en évidence fréquente de facteurs musculo-articulaires locaux aggravés par une déficience posturale.

Un protocole établi par P. VILLENEUVE devrait servir de fil conducteur pour le diagnostic et le traitement : tests posturaux, orientation diagnostic par examen programmé segmentaire de la région mise en évidence, localisation (par le test sensoriel de la relation nerf-territoire), enfin la neurostimulation sensorielle (saturation neurale).

La névralgie d'Arnold est ensuite détaillée : palpation sensorielle de la zone de la galéa innervée par le N. D'Arnold, palpation tonique du territoire moteur sous occipital, testing pré-manipulatif suivi d'un geste de saturation neurale. La PNS inclura au traitement : déparasitage, remédiation posturale (orthèse plantaire dentaire ou oculaire), rééducation et pratique sportive.

**Notre commentaire :** *la localisation par la palpation crânienne sous stimulation de l'émergence du nerf d'Arnold nous paraît très subjective. Le terme manipulatif ne concerne pas une manipulation articulaire, donc du rachis cervical. Il n'est jamais fait allusion à ce traitement, sans doute car s'adressant à une « population de thérapeutes interdite » de ces techniques.*

*Enfin, nous partageons l'intérêt de tests posturaux, mais nous pensons qu'il n'est pas vrai d'affirmer que la cause de la céphalée n'est jamais en relation exclusive avec le rachis cervical, supérieur en particulier. Dans notre pratique, et en l'absence de symptomatologie à distance évoquant plus particulièrement un trouble postural étagé (et ceci existe), une céphalée isolée rapportée à un dysfonctionnement sous occipital doit faire l'objet d'un traitement local voire régional rapproché (cervico-thoracique, et en cas de persistance ou récurrence à intervalle trop rapproché, doit alors interpeller sur un trouble postural plus général.*