

La Force de Traction Médullaire à l'épreuve des diagnostics par la Communication Tissulaire (Frédéric Teste ostéopathe)

Au printemps 2022 où je publiais mes *Conversations tissulaires* [1], je découvrais la réflexion sur la Force de Traction Médullaire que nous livrait Patrick Chêne, en collaboration avec Amélie Gardelle, dans leur ouvrage *Le Corps tenségritif* [2] (sorti quelques semaines après le mien chez notre éditeur commun Sully). Ma propre approche de l'ostéopathie humaine, couvrant plusieurs décennies depuis les années 1990 et que j'ai toujours espérée libre et inventive, a été nourrie en permanence de ce que j'ai lu de mes pairs. C'est ainsi que je ne tardai pas à intégrer dans mon travail cette approche innovante, dérivée des découvertes des Catalans de l'Institut Chiari de Barcelone sur *la maladie du filum terminal* [3] et appliquée à l'ostéopathie par le Dr Antonio Ruiz de Azua Mercadal.

Depuis plus de vingt ans, je pose la plupart de mes diagnostics en dialoguant avec le corps de mes patients à travers les techniques de *Communication Tissulaire* (CT). Elles m'ouvrent l'accès à une anamnèse embrassant toute une part d'informations implicites intégrées aux dysfonctions des structures que j'aborde dans mes soins. Je reviendrai, dans la première partie de cet article, sur le modèle des *schèmes dysfonctionnels* qui découlent de cette approche. Il me semblait donc intéressant d'analyser avec mes outils comment cette donnée de la FTM excessive pourrait ressortir dans les tests de communication tissulaire et enrichir ma pratique. C'est ce que je vais tenter de développer ici, en me référant à deux études de cas tirées d'un prochain ouvrage à paraître ; j'essaierai de les rendre accessibles et didactiques pour les praticiens qui ne sont pas très accoutumés à notre démarche de la CT.

Les techniques de Communication Tissulaire

Je reviens brièvement sur ces approches diagnostiques, dont beaucoup d'ostéopathes ont déjà entendu parler, à défaut de les pratiquer vraiment. Le seul prérequis aux techniques que j'utilise est bien sûr de savoir bien percevoir le *Mouvement Respiratoire Primaire* (MRP), puisque le test démarre toujours par la mise en place d'une écoute MRP (pour moi à l'occiput), *avec l'intention de rentrer en communication tissulaire*.

« La *communication tissulaire* : voici un joli terme qui traîne dans l'imaginaire des ostéopathes depuis quelques années. J'imagine que les précurseurs de cette approche

ont eu l'idée d'adapter nos techniques d'écoute subtile de l'ostéopathie crânio-sacrée au diagnostic algorithmique venu en particulier de la kinésiologie. On laisse dérouler des séquences d'ouvertures et de fermetures de "portes", où une question étant posée mentalement par le praticien, on obtient une réponse "oui" ou "non" sous forme de variations en retour de la mobilité spontanée de la structure ayant été choisie comme support à ce test. Pour ma part, c'est l'occiput de mes patients qui me sert le plus souvent de référence dans ces techniques. » F. T. *Conversations tissulaires*.^[1]

Si je prends l'exemple banal d'un patient lombalgique, je peux, mes mains installées en écoute sous l'occiput du sujet en décubitus dorsal, amener mon *attention* tout d'abord sur le sacrum. Si ce dernier est en dysfonction, le MRP de l'occiput va alors le confirmer en se suspendant, cette structure étant devenue une sorte de représentation holographique du sacrum testé. Je peux poser la question (silencieusement) : « sacrum dominant ». Si la réponse est OUI je perçois en retour une extension (MRP) occipitale dont la qualité peut être variable. Si la réponse est NON, dans mon modèle je n'obtiens pas de réaction de l'occiput. Je peux proposer dans ce cas : « (sacrum) adaptatif » et si j'ai une réponse OUI, proposer par exemple : « (à) L5 » ou « ilium droit » ou « membre inférieur gauche » puis « calcanéum gauche », etc... On peut ensuite préciser : « traumatique », « émotionnel », métabolique » etc. Puis poursuivre par une séquence de qualification des émotions décodées, et, quand cela est utile, de datation des *engrammes*. Nous obtenons bien entendu nos réponses via l'occiput quand nos propositions sont les bonnes.

On peut donc établir une série de questions, laissant dérouler l'algorithme diagnostique pour tester un ensemble holistique de données matérielles et immatérielles, que j'appelle *schème dysfonctionnel*. Je signale toujours que cette démarche est terriblement laborieuse à décrire, mais qu'en pratique elle ne prend que quelques secondes, et s'avère avec l'entraînement d'une fiabilité étonnante. Tout ceci nous permettant d'accéder à une compréhension des ensembles ostéopathiques dont je ne saurais personnellement plus me passer !

« Avec l'habitude, on consolide ses cheminements et on installe ses propres routines. La netteté de la réponse de l'occiput, qui se manifeste par un mouvement ample, est limpide, là où l'on obtiendra d'autres fois des retours plus nébuleux, plus discrets ou fugaces. On peut aussi mixer les informations, par exemple avec une dominante traumatique mais qui répond par ailleurs à la proposition "composante émotionnelle". En somme, tout est possible et chaque séquence est l'occasion de réinventer sa pratique à l'envi, en instaurant ses propres conventions mentales. Il faut juste garder l'esprit disponible à toutes sortes de propositions, souvent très inattendues [...] » « En la matière, chacun trouve le protocole qui lui sied le mieux, mais il sera toujours décisif de se faire confiance. » F. T. *Conversations tissulaires*.^[1]

À la fin, on sait vraiment où porter nos mains pour traiter les dysfonctions primaires - que je qualifie de *dominantes* de ces schèmes - et ne plus jamais manipuler au jugé, en espérant que « cela tienne » ; surtout, nous avons l'opportunité de nous accorder mentalement dans notre travail à toutes les données implicites qui viennent avec les blocages que nous abordons, gagnant énormément, à mon sens, en douceur, en élégance

et en pérennité dans nos actions. Nous percevons à travers ces résultats que les dysfonctions *plurivoques* que nous abordons dans nos soins sont bien plus des solutions adoptées par les corps de nos patients (explorés alors comme de vastes ensembles informationnels) que de simples dérangements tissulaires ou articulaires...

La FTM à l'épreuve de la Communication Tissulaire

Je ne reviendrai pas longuement sur la notion de Force de Traction Médullaire qui, je crois, a été déjà décrite dans cette revue [4] et que les lecteurs doivent de fait connaître mieux que moi ! On parle d'une tension physiologique régnant dans la moelle épinière, héritée du phénomène de l'ascension apparente de la moelle épinière, fruit d'un asynchronisme de croissance de deux structures pourtant imbriquées (moelle et colonne vertébrale) durant la vie fœtale. La moelle épinière étant plus courte que le canal rachidien et, ancrée par son filum terminal coccygien, elle présente une tension interne qui, si elle devient excessive, peut amener à de très nombreux tableaux cliniques, ostéopathiques ou médicaux. Pour Patrick Chêne, tests et traitement se pratiquent pratiquement dans le même geste :

« L'ostéopathe peut exercer avec la main une pression [...] dans la région sacro-coccygienne où il perçoit les débuts d'application de cette force. Mais aussi avec une pression très légère et non douloureuse sur les globes oculaires recouverts de la paupière. » « Au niveau caudal, lorsque la pression exercée correspond à la tension présente dans le système nerveux (syntonisation), une sensation de glissement plus ou moins rapide attire la main. Cela correspond au ressenti de la tension médullaire. » P.C. *Le Corps tenségritif*.^[2]

On peut aussi faire référence aux travaux de Barral et Croibier sur les structures nerveuses, en particulier concernant la loi de Saint-Venant (*Manipulations des nerfs périphériques* [5] p 84) : « Une manipulation appliquée sur un point de la dure-mère a un effet à distance sur toute sa circonférence. Ce même raisonnement s'applique au nerf lui-même, et nous permet d'avoir une action sur des zones apparemment inaccessibles. »

Reste à explorer si cet excès de FTM pourra être *secondaire* à des perturbations de la *torsion physiologique* [6] autour de laquelle notre corps s'organise (c'est le sentiment, je crois, de P. Chêne) ou est, au contraire, une dominante comme cela semble remonter dans mes propres tests de communication tissulaire... Pour ma part, j'intègre désormais la FTM comme une composante majeure des perturbations tissulaires qui peuvent régner dans l'axe craniale-sacré si cher aux ostéopathes, trouvant là, de plus, une explication aux bénéfiques souvent étonnants obtenus avec une simple manipulation du coccyx.

Loïc, vingt ans

J'accueille dans ma consultation un jeune homme de vingt ans qui se plaint depuis des années de douleurs chroniques de la nuque. À la palpation, patient en décubitus dorsal, on perçoit tout de suite que l'ensemble de son rachis cervical est comme bétonné, dans ce que j'appelle des *piliers cervicaux* : lorsque toutes les vertèbres, sur un côté ou sur les deux comme ici, semblent empilées et verrouillées comme dans une canne de bambou. Dans ce cas, une manipulation cervicale d'emblée paraît inappropriée et même terriblement naïve ! Il nous faut, bien au contraire, interroger ce blocage pour décoder son origine, que l'on confirmera dans l'immense majorité des cas comme extrinsèque à la colonne cervicale. J'installe ma séquence diagnostique par la CT qui rapidement me ramène vers T3, elle-même adaptée d'après mes tests à un *barrage* régnant autour de l'omoplate gauche du jeune homme. Je continue mon interrogation : « traumatique » pas de réponse. « Émotionnel » OUI. « Peur » OUI. Je date. « Avant 20 ans » OUI. Avant 10 ans. Avant 1 an. « Zéro an ou naissance » me donnent un retour évident dans mon test depuis ma vigie occipitale. On pourrait développer sur la possibilité de discriminer si cette peur a été vécue par un *déjà-bébé* venant au monde, ou héritée de sa maman dans le contexte d'une naissance dystocique. J'invite le lecteur à se tourner vers les recherches de M.C. Busnel [7] sur ces sujets...

Ma manipulation consiste alors à laisser dérouler les tensions autour de l'omoplate gauche, les mains sous le buste du patient en décubitus, tout en *empilant* mentalement les éléments d'anamnèses ressortis dans mes tests : cette peur engrammée au sein de cette dysfonction, comme un passager clandestin installé là depuis la naissance de Loïc. Je peux donc organiser mon intervention autour d'une *intention* englobant toutes ces données à la fois tissulaires et immatérielles : [omoplate gauche, T3, colonne cervicale, peur, naissance]. Tout cela me permet d'obtenir en quelques secondes, grâce à ce diagnostic contextuel précis, une franche libération de l'ensemble de la colonne cervicale qui s'était adaptée depuis toujours à ce schème *somato-émotionnel*.

Quand je teste à nouveau ce segment, j'ai cependant le sentiment de pouvoir faire encore mieux, avec un occiput toujours subtilement freiné dans son balancement MRP. J'ai alors l'idée de proposer l'information « Force de Traction Médullaire » dans un nouveau test de CT. Les mains sous Occiput, j'amène mon attention sur cette structure qui, *entrant en communication tissulaire*, suspend son mouvement spontané. Quand je propose mentalement : « dominant », pas de réponse. Quand je propose : « adaptatif », j'obtiens une réponse évidente avec un puissant mouvement d'extension MRP de l'occiput. Quand je précise : « (adaptatif à la) FTM » encore une réponse OUI. « FTM dominante » OUI.

Reste à poser ma main gauche sur la zone sacro-coccygienne, patient sur le ventre, et à la laisser être aspirée par la FTM, ma main droite consolidant délicatement cette prise. Mentalement je suis syntonisé à la tension intrinsèque à la moelle épinière que je peux tenter de visualiser, et j'obtiens en retour la sensation d'un mouvement en direction du crâne qui démarre, se suspend, paraît sans fin, pour arriver finalement à un apaisant état d'équilibre. Quand je retourne vers elle, la colonne cervicale du patient apparaît cette fois totalement fluide à la palpation. Je revois Loïc quelques semaines plus tard : il semble être bien libéré (et sur le fond...) de ce problème de cervicalgies chroniques.

Relâcher la FTM : un geste décisif dans nos approches ?

J'ai donc désormais pris l'habitude d'intégrer ces propositions thérapeutiques éclairantes à mes propres routines. Parfois, elles seront la touche ultime à apporter à un traitement, qui me feront libérer les dernières tensions rémanentes siégeant dans le complexe neuro-méningé. D'autres fois, elles seront le geste-clef de ma séance, quand la FTM sera ressortie d'emblée dans mes tests d'interrogation tissulaire.

Libérer l'hyper-traction médullaire aura un effet mécanique sur tout le système nerveux central bien évidemment, jusqu'aux nerfs optiques et aux membranes de tension réciproque crâniennes qui s'ajustent à la FTM, et nous devons garder cela à l'esprit, en particulier face à des pathologies chroniques ou récidivantes qui nous étaient restées inexplicables jusqu'alors. En réalité, il me semble que nous ouvrons avec ces nouvelles données un champ d'action dont nous n'imaginons pas encore toute l'ampleur !

Le système crânio-sacré et les méninges, avec leurs différents replis formant les membranes de tension réciproque crâniennes, sont un territoire passionnant et réservé qui s'offre à nos pratiques ostéopathiques, Il semble être un lieu privilégié pour l'installation de ce que j'appelle des *dysfonctions-mémoires*, héritées d'assauts traumatiques, toxiques, infectieux, émotionnels, gestes chirurgicaux ou anesthésiques, qui auront laissé là, parfois depuis fort longtemps, leurs empreintes restées engrammées dans l'intimité de ces tissus. Nous aurons donc beaucoup à faire pour nos patients en mobilisant les techniques de rééquilibration de ces structures et en particulier de la moelle épinière, en intégrant au mieux les informations conservées là, qui nous livrent l'origine de ces blessures tissulaires ; un stress intense, émotionnel ou physique semblant suffisant par exemple à exacerber la FTM.

« Peut-être nous faudra-t-il donc, désormais, garder à l'esprit l'image de chaîne cérébro-médullaire bien plus que crânio-méningée, comme notre nouveau *core-link* ? Avec cette

approche, nous risquons fort de désacraliser un totem ostéopathique (la dure-mère) au profit de la moelle épinière comme lien mécanique majeur, mais les statues, même les plus glorieuses, ne sont-elles pas faites pour être déboulonnées ? » F.T. *ouvrage à paraître*.

Qui se plaindra d'avoir encore tout à découvrir de notre médecine ? Plus nous avançons dans la compréhension du vivant, proposant des modèles souvent inaccessibles à la science du moment, et plus nous entrouvrons des portes accédant à un inconnu un peu enivrant, laissé en jachère pour ceux qui nous succéderont... En attendant, chérissons cette opportunité incroyable qui nous est donnée, dans un monde hyper-technologique, d'être, en même temps que nous prenons soin de nos patients, les artisans-chercheurs d'une médecine qui ne se pratique qu'avec les mains...

« La félicité suprême du sondeur, c'est de sonder le sondable et de vénérer en paix l'insondable. »
Goethe.

Frédéric Teste,
Le Clos,
Décembre 2022.

[1] Frédéric Teste, *Conversations tissulaires*, Éditions Sully, 2022.

[2] Patrick Chêne, avec Amélie Gardelle, [Le Corps tenségritif](#), Éditions Sully 2022.

[3] Royo-Salvador M B, Fiallos-Rivera M V, Salca H C, Ollé-Fortuny G. The Filum disease and the Neuro-Craniovertebral syndrome : definition, clinical picture and imaging features. *BMC Neurology* 20, 175 (2020)

[4] Note de la rédaction : La revue, papier, n'existe plus du fait de "l'hégémonie" du numérique sur le papier. Tout le contenu de cette revue et le futur contenu sont disponibles sur le [site aux abonné\(e\)s](#) et en grande partie dans les [tomes des fiches collectives](#).

[5] J.P. Barral et A. Croibier, *Manipulations des nerfs périphériques*, Éditions Elsevier 2004.

[6] Yves Guillard, *L'ostéopathie en douceur*, Éditions Sully 2006.

[7] Marie-Claire Busnel, *L'aube de l'être*, Éditions langage 2021.

[8] Sur le SOT de Dejarnette : F. Ricard et P. Therbault, *Les techniques ostéopathiques chiropractiques américaines*, Éditions Frison-Roche 1991.