

Chapitre 3

La Torsion Physiologique chez l'humain = une spirale ascendante¹

Au début de mes recherches, la découverte de la parascoliose m'avait amené à élaborer le concept de Torsion Physiologique afin d'essayer de comprendre pourquoi la plupart des nourrissons se présentaient en concavité vers la gauche.

Rapprochant la notion de *motilité viscérale*, telle quelle a été développée par Jean-Pierre Barral, du Mécanisme Respiratoire Primaire de Sutherland j'en étais arrivé à envisager la Torsion Physiologique comme une petite rotation abdominale s'effectuant dans le sens des aiguilles d'une montre. Celle-ci entraînait les éléments voisins dans sa dynamique.

Suite à l'expérimentation, j'avais senti que cette Torsion Physiologique était déclenchée à chaque fois après un temps de latence, par la *Flexion de la symphyse sphéno-basilaire*.

Continuant mes recherches j'ai réalisé qu'il en était de même chez le quadrupède.

La Torsion Physiologique mobilise donc tout le corps autour de cet axe antéro-postérieur passant par l'ombilic et entraîne les différentes structures comme une « roue dentée » tournant dans le sens des aiguilles d'une montre. Localement :

- l'ilium gauche va partir en rotation postérieure,
- l'ilium droit en rotation antérieure,
- le foie en rotation postérieure,
- l'estomac en rotation antérieure,
- le médiastin vers la gauche².

1. Je remercie Christophe Annat d'avoir trouvé cette belle terminologie pour symboliser la dynamique de la Torsion Physiologique chez l'humain.

2. *L'ostéopathie en douceur*, op. cit., p. 123.

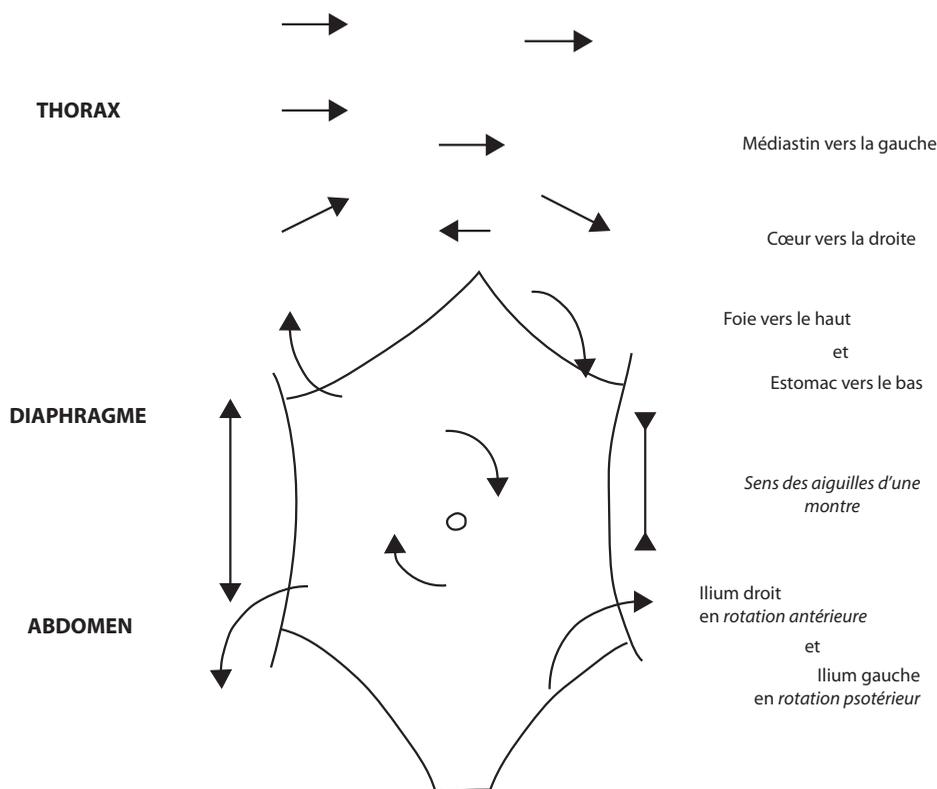


Fig. 1.3. La Torsion Physiologique au niveau du tronc. Vue ventrale (N.B. l'amplitude des mouvements a été considérablement augmentée).

Contrairement à ce qui est enseigné classiquement, les mouvements viscéraux suivent cette torsion globale qui se répercute dans l'ensemble de l'organisme.

Il n'y a donc plus lieu de distinguer les techniques dites crânio-sacrées des techniques viscérales, puisque mouvements crânio-sacrés et viscéraux sont intimement liés et participent à la même physiologie.

Depuis lors, ce concept s'est peu à peu enrichi, en relation avec la découverte d'une autre notion, celle de la *contre-torsion*. Une dialectique s'étant construite à travers d'innombrables allers et retours entre ces deux concepts, il devient maintenant très difficile, voire impossible, de dissocier les multiples méandres selon laquelle cette réflexion a cheminé sur plusieurs années. Nous aborderons donc, dans un premier temps, l'évolution de la Torsion Physiologique, nous réservant d'envisager plus loin l'analyse de la *contre-torsion*.

L'évolution du concept de Torsion Physiologique

J'avais d'abord pensé que la Torsion Physiologique était suivie par un mécanisme inverse : la *détorsion* et que celle-ci aboutissait à l'*Extension sphéno-basilaire*. Mais j'ai finalement réalisé que, tout au contraire, la Torsion Physiologique se poursuivait jusqu'à son terme à travers deux nouvelles étapes que j'ai appelé le *déploiement* et l'*accomplissement*.

J'ai donc rebaptisé le premier temps (que je nommais jusqu'ici « Torsion Physiologique ») sous le terme de *mise en tension*, la faisant suivre des deux autres temps (*déploiement* et *accomplissement*).

L'ensemble de ces trois temps constitue ce que j'appelle maintenant la Torsion Physiologique (= *mise en tension* + *déploiement* + *accomplissement*).

LA TORSION PHYSIOLOGIQUE

- 1) **La mise en tension** (anciennement nommée *Torsion Physiologique*)
facilite l'antéflexion et les mouvements vers la gauche
- 2) Le **déploiement** (nouveau)
redresse le corps
- 3) L'**accomplissement** (nouveau)
allonge le corps en ouverture
(vers le haut chez l'humain, vers l'avant chez le quadrupède)

Les trois axes

Intrigué par une cérémonie de derviches tourneurs observée en Turquie en 2014, j'ai réalisé que ce que j'appelais alors « Torsion Physiologique » (et qui porte maintenant le nom de « *mise en tension* ») s'effectuait autour d'un axe reliant l'ilium gauche (en rotation postérieure) et le temporal droit (en rotation antérieure)³.

Suivant ce raisonnement j'ai envisagé, par la suite, l'existence d'un second temps de la Torsion Physiologique (le *déploiement*) qui s'effectuerait autour d'un second axe pratiquement symétrique : entre l'ilium droit (en rotation postérieure) et le temporal gauche (en rotation antérieure).

Enfin la pratique personnelle de ce type de danse m'a permis de comprendre que la Torsion Physiologique se concluait sur un troisième temps (*l'accomplissement*) qui permettait de retrouver l'axe du corps, mais à un niveau supérieur amenant celui-ci en ouverture.

3. J'y reviendrai en détail p. 242.

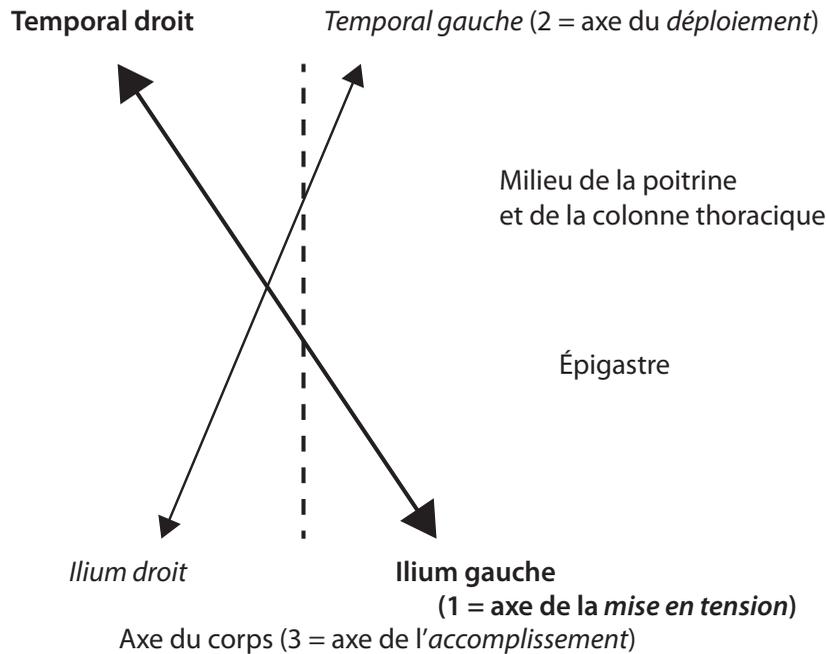


Fig. 2.3. Les trois axes de la Torsion Physiologique (vus de face).

Il est admis que la *Flexion de la S.S.B.* entraîne une rotation externe des fascias. Or nous avons vu que cette rotation externe ne concerne, dans un premier temps, qu'un seul ilium et qu'un seul temporal :

- rotation externe de l'ilium gauche -> vers l'arrière (postérieure) ;
- rotation externe du temporal droit -> vers l'avant (antérieure).

Ce mouvement s'effectue autour d'un axe 1, ce qui va accentuer cette *torsion bipédique* et correspond à la *mise en tension*.

Ensuite le *déploiement* va inverser partiellement les torsions autour d'un axe 2, mais avec une moindre amplitude :

- entre la rotation externe de l'ilium droit (postérieure),
- et la rotation externe du temporal gauche (antérieure).

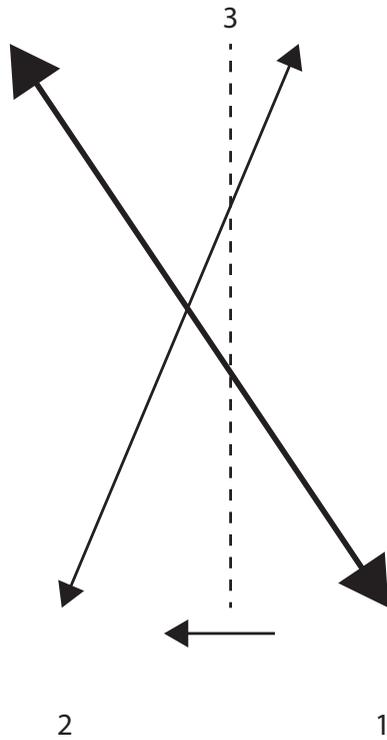
Ce qui va créer une *torsion quadrupédique*, à la fois, du bassin et du crâne :

- au niveau du bassin : ilium droit en rotation postérieure (externe), ilium gauche en rotation antérieure (interne) ;
- au niveau du crâne : temporal droit en rotation postérieure (interne), temporal gauche en rotation antérieure (externe).

L'*accomplissement* conclura la Torsion Physiologique autour d'un axe 3 en amenant le corps en ouverture, iliums et temporaux atteignant alors une **rotation externe symétrique**, dans laquelle les paramètres de rotation vers l'avant ou vers l'arrière ont disparu.

Les axes de la Torsion Physiologique et de la correction de la parascoliose

Quelle n'a pas été ma surprise de constater que ce nouveau schéma reproduisait presque exactement celui de la correction de la parascoliose, technique que j'avais mis des années à élaborer empiriquement !



De la mise en tension (1) vers le déploiement (2), puis vers l'accomplissement (3).

Fig. 3.3.

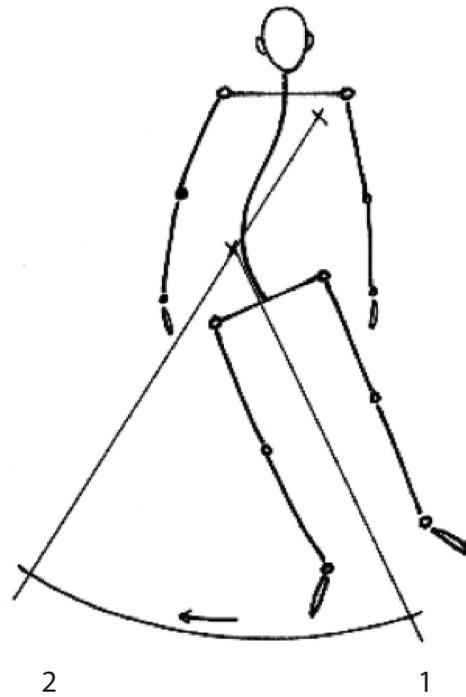


Fig. 4.3.

La Torsion Physiologique au sein du M.R.P.

À ce stade, ma vision de la Torsion Physiologique au sein du Mécanisme Respiratoire Primaire a donc commencé à s'élargir, montrant une physiologie bien plus complexe que celle envisagée habituellement :

LE MÉCANISME RESPIRATOIRE PRIMAIRE

PREMIÈRE PHASE

- 1) FLEXION SPHÉNO-BASILAIRES
- 2) TORSION PHYSIOLOGIQUE
 - a) Mise en tension
 - > b) Déploiement
 - > c) Accomplissement

SECONDE PHASE

EXTENSION SPHÉNO-BASILAIRES

EXPÉRIMENTER LA TORSION PHYSIOLOGIQUE

Mécanisme Respiratoire Primaire et respiration thoraco-abdominale

Sutherland distinguait le Mécanisme Respiratoire Primaire de la respiration pulmonaire thoraco-abdominale⁴.

Ce Mécanisme est « primaire » pour plusieurs raisons :

- 1) il apparaît le premier, au cours de la vie intra-utérine⁵,
- 2) il ne dépend d'aucun agent extérieur pour se mouvoir⁶,
- 3) et il est essentiel pour la santé de l'individu.

Il est « respiratoire », mais sur un autre rythme que la respiration pulmonaire : plus lent, plus ample et plus régulier⁷.

La dynamique du M.R.P. peut être comparée au mouvement des marées, tandis la respiration pulmonaire évoque celui des vagues, plus superficiel et plus visible.

Au cours d'une séance d'ostéopathie ces deux respirations deviennent parfois synchrones de façon temporaire et cela procure un grand bien-être au patient.

Dans notre étude sur le fonctionnement de la Torsion Physiologique nous allons utiliser successivement l'une ou l'autre de ces respirations :

- la respiration pulmonaire en ce qui concerne le mécanisme de la Torsion Physiologique au niveau du tronc (dans ce chapitre),
- la respiration crânio-sacrée pour l'étude des mouvements crâniens au cours de la Torsion Physiologique (dans le chapitre 15⁸).

4. « Bien que plusieurs formes de thérapies manuelles affectent les biorhythmes, l'ostéopathie crânienne est la seule qui considère un rythme inhérent au sujet comme moyen de traitement. Habituellement, les autres modèles thérapeutiques s'intéressent à d'autres rythmes, comme celui de la respiration pulmonaire. » (N. Sergueef, *Anatomie Fonctionnelle appliquée à l'Ostéopathie Crânienne*, Elsevier, Issy-les-Moulineaux, 2009, p. 5).

5. Et il continue, paraît-il, plusieurs dizaines de minutes après la mort (W. G. Sutherland, *Teaching in the science of osteopathy*, op. cit., p. 289).

6. J. A. Duval, *Techniques Ostéopathiques d'Équilibre & d'Échanges Réciproques*, op. cit., p. 123-125.

7. « Il est appelé primaire parce qu'il est directement concerné par la respiration tissulaire interne du système nerveux central, qui contrôle le reste du corps. » (Magoun Harold I., *Osteopathy in the cranial field*, third edition, The Journal Printing Company, Kirksville, Missouri, 1976, p. 342).

Nous nous en tenons au rythme tel qu'il a été défini au départ : « Chez l'adulte normal, l'impulsion rythmique crânienne est de dix à quatorze par minute. » (Ada Strand Sutherland, *Avec des doigts qui pensent*, op. cit., p. 100). Plus tard Sutherland a constaté d'autres rythmes, toujours plus stables et plus profonds, repris depuis par le courant biodynamique (R. Becker, J.-A. Duval, J. Jealous et d'autres).

C. Ridley, par exemple, en dénombre jusqu'à cinq, dont le dernier est le « Souffle de vie pur » (*Stillness, Biodynamic Cranial Practice and the Evolution of Consciousness*, North Atlantic Books, California, 2006, p. 67).

Mais ce qui nous concerne ici, c'est le mécanisme qui supporte la Torsion Physiologique et son amplitude, plutôt que sa fréquence : « La qualité de la fluctuation est beaucoup plus importante que sa fréquence. » (R. Becker, *Life in Motion*, Stillness Press, Portland, 2010, p. 85).

8. *Infra*, p. 315.

Cependant, le mécanisme qui permet la Torsion Physiologique est exactement le même dans l'un et l'autre cas, ce qui élargit considérablement le champ de ses applications thérapeutiques.

Dans le cas de la respiration pulmonaire, la Torsion Physiologique correspond à la phase inspiratoire : **une même inspiration nous conduit du début à la fin de la spirale ascendante**. Elle est suivie par l'expiration, qui correspond au relâchement.

Dans le cas de la respiration crânio-sacrée, **la Torsion Physiologique vient compléter la Flexion pour former la première phase du M.R.P.** Elle est suivie par l'Extension, qui en constitue la seconde phase et ramène au point de départ.

Un nouvel apprentissage

Ce chapitre constitue un apprentissage à la fois théorique et pratique de l'ensemble de ces paramètres, afin de bien les percevoir et de pouvoir les intégrer dans votre vécu corporel. Cette perception intime de la physiologie vous servira ensuite à comprendre (et à élaborer) les différents traitements se rapportant à la Torsion Physiologique.

Une fois le concept compris, les techniques en découlent naturellement. On n'apprend pas une technique, mais une physiologie.

« *Si vous comprenez le mécanisme, alors le traitement sera simple* » disait Sutherland⁹.

Les mouvements de la tête, du tronc et des membres vont être décomposés et exagérés ici dans un but pédagogique pour une meilleure compréhension de la Torsion Physiologique. Nous allons également utiliser la respiration thoraco-abdominale pour mieux les ressentir au cours de cet apprentissage : **la spirale ascendante de la Torsion Physiologique correspond à une seule et même inspiration** qui commence au niveau pulmonaire, pour se poursuivre ensuite successivement dans le ventre, le diaphragme thoraco-abdominal, le thorax et le crâne.

En réalité, les mouvements liés à la Torsion Physiologique se transmettent à travers l'ensemble du corps de l'individu en bonne santé sous forme de micromouvements¹⁰ et selon le rythme du M.R.P.

La spirale ascendante

L'idée d'une certaine organisation en spirale du corps n'est pas nouvelle¹¹. Différentes théories dans ce sens ont été développées ces dernières années. Certaines sont basées sur l'anatomie et l'organisation fasciale (« the Spiral Line »¹²), tandis que d'autres partent de l'étude de l'embryologie, de la biologie de l'Évolution et du mouvement (« the Helical contractile Field »¹³).

Mais, à notre connaissance, la Torsion Physiologique est la seule théorie qui soit basée sur l'expérience pratique : elle détaille de façon dynamique l'ensemble des micromouvements du corps à travers le M.R.P., tout en suivant un mouvement global de spirale ascendante.

9. Cité par Pascal Évrard, *Introduction à l'ostéopathie crânio-sacrée appliquée au cheval*, Olivier éditeur, Thy Le Château, 2002, p. 22.

10. Musculosquelettiques, viscéraux et crâniens.

11. P.F. Shaparenko, N.F. Pshenichnyi, *Principle of spiral arrangement of the skeletal muscles of humans and animals*, Arkh Anat Gistol Embriol, 1988, 94(6), p. 55-9.

12. T.W. Myers, *Anatomy Trains*, Churchill Livingstone, New York, 2009, p. 131.

13. P. Beach, *Muscles and Meridians: The Manipulation of Shape*, Churchill Livingstone, New York, 2010, p. 93.

LA PRATIQUE DE LA TORSION PHYSIOLOGIQUE

Je vous propose donc maintenant d'expérimenter sur vous-même les différentes composantes de la Torsion Physiologique et, au-delà d'elle, celles du M.R.P.

*Pour cela, **vous vous mettez debout, les bras le long du corps** afin d'effectuer les mouvements indiqués, mais avec beaucoup de légèreté, c'est-à-dire **sans jamais forcer**.*

Préalable : de la Flexion vers la Torsion Physiologique

– Que se passe-t-il lorsque vous montez doucement l'épaule droite en inspirant ?

Vous ne rencontrez aucun obstacle (le foie part en rotation postérieure).

– Et si vous montez maintenant l'épaule gauche en inspirant ?

Vous rencontrez une limite (due à la rotation antérieure de l'estomac).

– Mais, si vous montez doucement les deux épaules en inspirant, vous pouvez constater que :

- **l'épaule droite monte plus haut que la gauche,***
- le bras droit tourne en pronation et le gauche en supination,*
- le genou droit se plie,*
- et la tête s'incline vers la gauche, installant le corps en concavité gauche.*

*C'est ce qui se passe, chez l'humain, au cours du **passage de la Flexion vers la Torsion Physiologique**.*

*Cela correspond au premier temps de la **mise en tension** (que j'ai nommé tout simplement : **inclinaison latérale**).*



Fig. 4.3. Premier temps de la mise en tension : l'inclinaison latérale (cl. A. Arima).

La tête

Nous allons suivre les mouvements de la tête au cours d'une seule et même inspiration :
 a) À partir de cette position du corps en concavité gauche (premier temps de la mise en tension), la **respiration** devient **abdominale** (gonflez le ventre). Cela entraîne une circumduction de la tête vers la droite (deuxième temps de la mise en tension).

b) Respirez maintenant en ouvrant le **diaphragme thoraco-abdominal**, la rotation continue alors en arrière, puis respirez dans le côté **gauche du thorax** et la spirale de la tête se poursuit en arrière et à gauche (déploiement).

c) Arrivé à ce stade, votre respiration continue, mais **dans le côté droit du thorax** et la rotation se termine ramenant la tête à la verticale avec le menton rentré (accomplissement).



Fig. 5.3.

1) Inclinaison latérale

Mise en tension



Fig. 6.3.

2) Circumduction



Fig. 7.3.

Déploiement



Fig. 8.3.

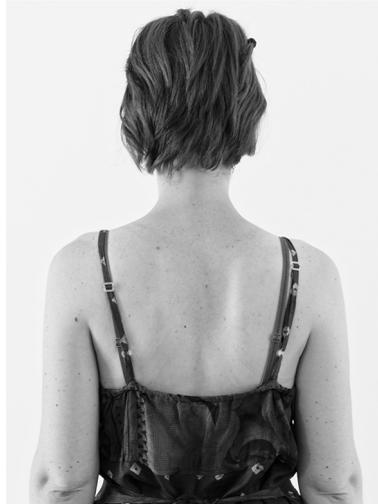


Fig. 9.3. *Accomplissement* (cl. A. Arima).

Le schéma ci-dessous évoque la **succession des mouvements de la tête vus d'en haut**, alors qu'elle exécute ce mouvement de *spirale ascendante*.

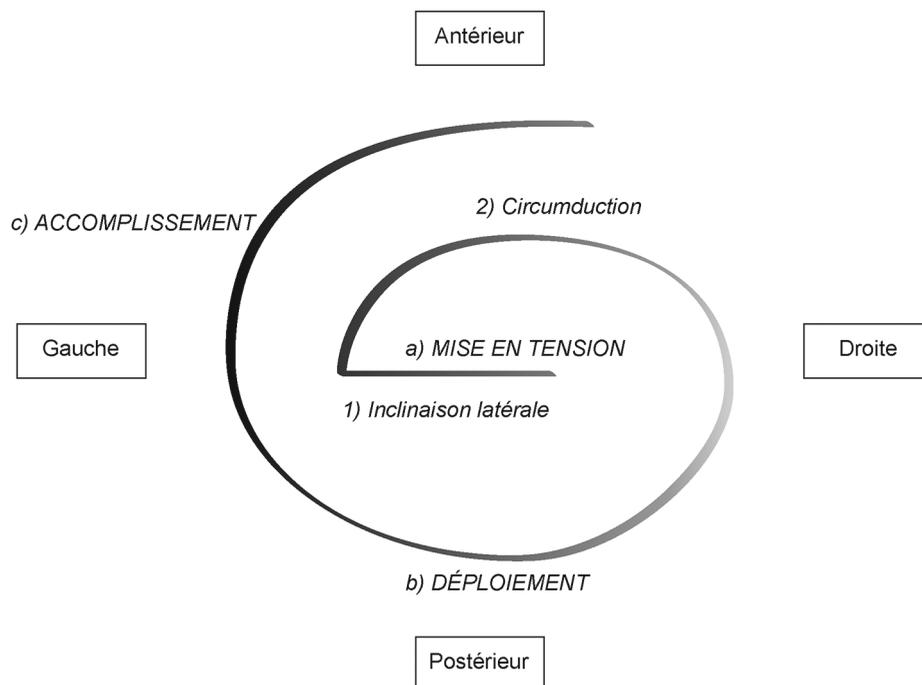


Fig 10.3. Mouvements de la tête au cours de la Torsion Physiologique (vus d'en haut) (Schéma A. Dugué).

Les mouvements successifs de la tête sont donc les suivants :

a) <i>Mise en tension</i> 1) <i>Inclinaison latérale</i> 2) <i>Circumduction</i>	Inclinaison à gauche
	Rotation en avant, de gauche à droite
b) <i>Déploiement</i>	Rotation en arrière, Puis de droite à gauche
c) <i>Accomplissement</i>	Fin de rotation Tête verticale et menton rentré

Les différents niveaux de respiration¹⁴

Ces mouvements correspondent aux divers niveaux de la respiration qui s'enchaînent sans rupture au cours de l'inspiration tandis que vous refaites les mouvements de la tête décrits dans le paragraphe précédent :

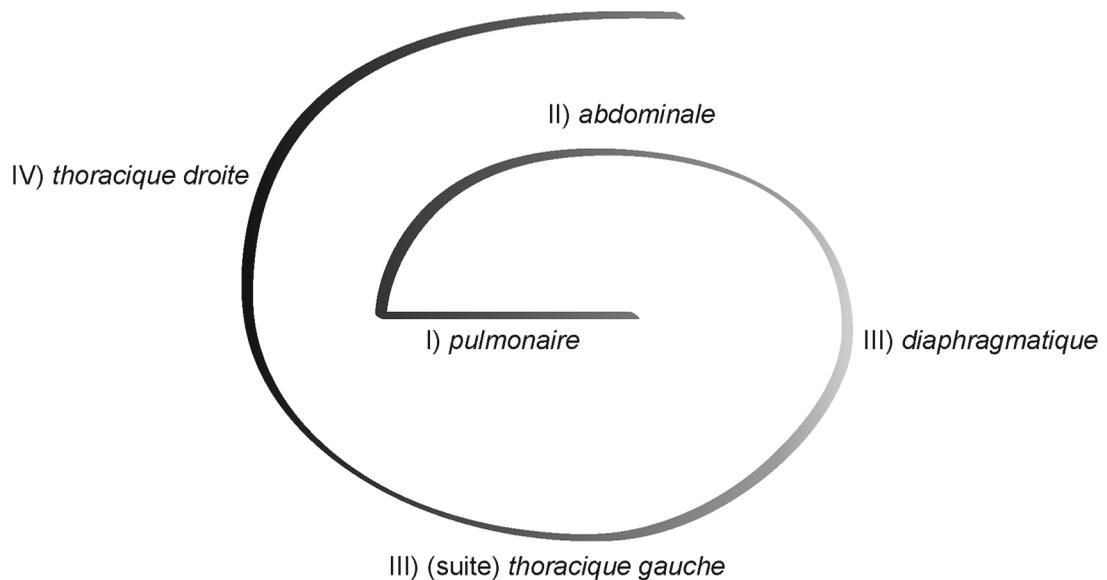


Fig. 11.3. Les niveaux respiratoires au cours de la Torsion Physiologique (Schéma A. Dugué).

14. Nous reviendrons ultérieurement sur les différentes étapes de la respiration évoquées ici, ainsi que sur la terminologie employée (*infra*, p. 123).

a) <i>Mise en tension</i> 1) <i>Inclinaison latérale</i>	I) <i>Inspiration pulmonaire</i>
2) <i>Circumduction</i>	↓ II) <i>Inspiration abdominale</i>
b) <i>Déploiement</i>	↓ III) <i>Inspiration diaphragmatique, Puis thoracique gauche</i>
c) <i>Accomplissement</i>	↓ IV) <i>Inspiration thoracique droite</i>

N. B. : Je vous suggère de répéter un certain nombre de fois ces mouvements de la tête, avec ou sans la respiration, afin de les intégrer dans votre vécu corporel.

Pensez également à bien relâcher les épaules et la mâchoire pour ne pas restreindre l'amplitude du mouvement.

Le tronc

Reprenez cette même succession des mouvements de la tête, mais en vous concentrant maintenant sur la mobilité du tronc.

Vous constaterez que :

- a) Pendant toute la mise en tension le tronc s'incline d'abord en concavité vers la gauche (1^{er} temps), puis tourne vers la droite tout en se tassant (2^e temps).
- b) Pendant le déploiement il se redresse en cambrant, s'ouvre et continue sa circumduction, cette fois-ci vers la gauche.
- c) Pendant l'accomplissement il retrouve son axe tout en s'allongeant.



Fig. 12.3.

1) *Inclinaison latérale*



Fig. 13.3.

2) *Circumduction*

Mise en tension



Fig. 14.3.



Fig. 15.3.

Déploiement



Fig. 16.3. *Accomplissement*
(cl. A. Arima).

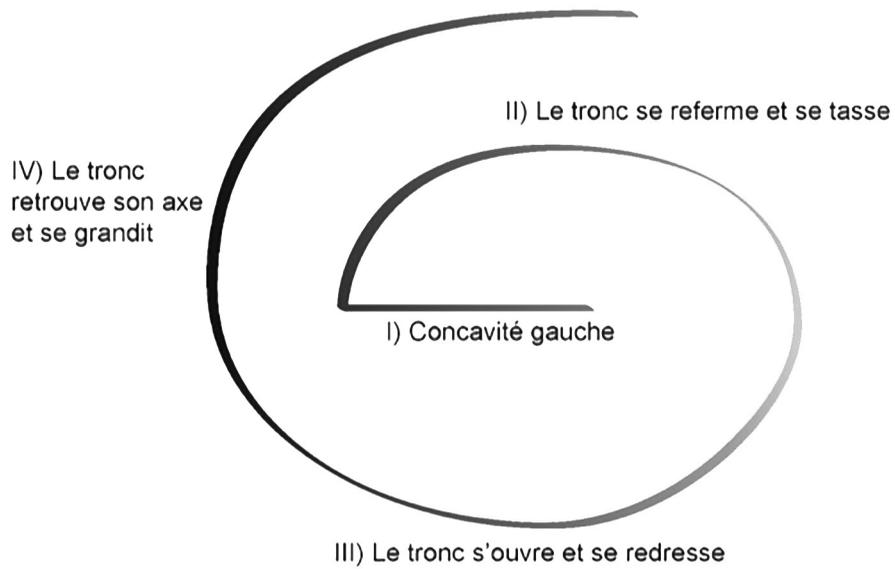


Fig. 17.3. Les mouvements du tronc au cours de la Torsion Physiologique (Schéma A. Dugué).

a) <i>Mise en tension</i> 1) <i>Inclinaison latérale</i> 2) <i>Circumduction</i>	I) Concavité du tronc vers la gauche II) Le tronc tourne vers la droite, se ferme et se tasse
b) <i>Déploiement</i>	III) Le tronc tourne vers la gauche, s'ouvre et se redresse
c) <i>Accomplissement</i>	IV) Le tronc retrouve son axe et se grandit

Le bassin

Maintenant que vous avez intégré les mouvements de la tête, je vous propose de les recommencer encore une fois mais en vous concentrant, cette fois-ci, sur les mouvements du bassin qui les accompagnent.

a) *Au début de la mise en tension, l'inclinaison latérale vers la gauche est compensée par un déplacement du bassin vers la droite. Ensuite la circumduction de la tête en avant et à droite va guider le bassin dans un mouvement vers la gauche sur un plan frontal.*

b) *Le déplacement de la tête en arrière et de droite à gauche au cours du déploiement va entraîner le bassin dans un mouvement compensatoire en avant et en arc de cercle de gauche à droite.*

c) *Enfin, au cours de l'accomplissement, le recentrage de la tête va être accompagné par un recentrage du bassin.*



Fig. 18.3.

1) *Inclinaison latérale*

Mise en tension



Fig. 19.3.

2) *Circumduction*



Fig. 20.3.

Déploiement



Fig. 21.3.



Fig. 22.3. *Accomplissement* (cl. A. Arima).

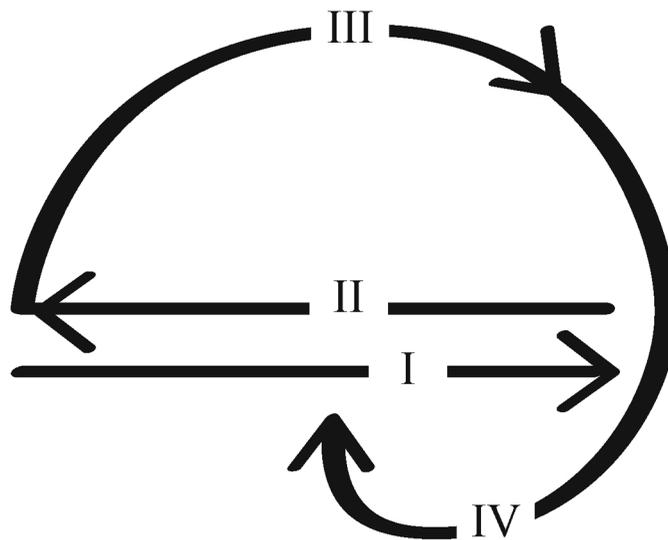


Fig. 23.3. Les mouvements du bassin au cours de la Torsion Physiologique (Schéma A. Dugué.)

a) <i>Mise en tension</i> 1) <i>Inclinaison latérale</i> 2) <i>Circumduction</i>	I) Déplacement vers la droite II) Vers la gauche
b) <i>Déploiement</i>	III) ½ cercle vers l'avant SAM
c) <i>Accomplissement</i>	IV) Recentrage

Les genoux

Reprenez cette même succession des mouvements de la tête, mais en vous concentrant maintenant sur les flexions et les extensions successives du genou droit puis du genou gauche.

Vous pourrez constater que :

- a) *Pendant toute la mise en tension le genou droit se plie et part en dedans.*
- b) *Pendant le déploiement le genou droit se tend à nouveau, tandis que c'est le gauche qui se plie et part en dedans.*
- c) *Pendant l'accomplissement les deux genoux se tendent.*



Fig. 24.3. *Mise en tension.*



Fig. 25.3. *Déploiement.*



Fig. 26.3. *Accomplissement (cl. A. Arima).*

<p>a) <i>Mise en tension</i> 1) <i>Inclinaison latérale</i> 2) <i>Circumduction</i></p>	<p>Le genou droit se plie</p>
<p>b) <i>Déploiement</i></p>	<p>Le genou droit se tend et le gauche se plie</p>
<p>c) <i>Accomplissement</i></p>	<p>Les deux genoux se tendent</p>

Ici aussi, répétez le mouvement jusqu'à ce qu'il devienne fluide.

Les bras

Je vous propose d'expérimenter leurs mouvements de deux manières successives : tout d'abord en les gardant le long du corps dans une position qui vous est familière, puis en les laissant « s'envoler » dans l'espace vers des mobilités auxquelles vous êtes sans doute moins habitué.

– Les bras le long du corps

Recommencez cette même succession des mouvements de la tête et du tronc, mais en prenant maintenant conscience de la rotation des membres supérieurs qu'elle provoque.

a) *Lorsque vous vous inclinez vers la gauche le bras droit part tout naturellement en pronation, alors que le gauche va en supination.*

Pendant la circumduction ces rotations s'inversent.

b) *Le mouvement de la tête au début du déploiement provoque une rotation externe de l'épaule gauche, avec la sensation que **la scapula gauche vient se caler vers l'arrière**. Le bras gauche est maintenant en supination maximum.*

c) *Le même mouvement se produit à droite lors de la fin du déploiement : **la scapula droite se cale elle aussi vers l'arrière** amenant le bras droite en supination maximum.*



Fig. 27.3.
1) *Inclinaison latérale*

Mise en tension



Fig. 28.3.
2) *Circumduction*



Fig. 29.3. *Déploiement.*



Fig. 30.3. *Accomplissement (cl A. Arima).*

a) <i>Mise en tension</i> 1) <i>Inclinaison latérale</i>	Bras droit en pronation, gauche en supination
	Bras droit en supination, gauche en pronation
b) <i>Déploiement</i>	Rotation externe de l'épaule gauche, bras gauche en supination
c) <i>Accomplissement</i>	Rotation externe de l'épaule droite, bras droite en supination

– Les bras dans l'espace

Nous allons reprendre ce même exercice, mais en utilisant toute la mobilité des membres supérieurs. Les épaules et les coudes sont maintenant engagés et la respiration va vous aider à « laisser partir » le mouvement des bras.

a) *Si vous laissez vos bras partir au cours de l'inclinaison latérale, ils vont effectuer leurs mouvements de pronation ou de supination **jusqu'à atteindre l'horizontale vers la gauche.***



Fig. 31.3. *Mise en tension.*
1) *Inclinaison latérale.*

Le bras droit va ensuite accompagner la circumduction jusqu'à se retrouver à l'horizontale vers la droite alors que le bras gauche reste à l'horizontale, mais à gauche. Pendant ce temps les mouvements de prono-supination vont s'inverser.

Nous retrouvons là une position similaire à celle des derviches tourneurs.



Fig. 32.3.



Fig. 33.3. 2) *Circumduction.*



Fig. 34.3. *Déploiement.*

*b) Le déploiement (inspiration dans le côté gauche du thorax) va provoquer la flexion du coude gauche, puis son extension, le bras devenant vertical et la **scapula gauche se calant vers l'arrière**. Pendant ce temps le coude droit se plie, amenant la main sur le cœur.*

c) *L'accomplissement* (inspiration dans le côté droit du thorax) va achever le chemin en conduisant le bras droit dans la même attitude que le gauche, avec **la scapula droite calée également en arrière**.

Nous retrouvons là une position similaire à celle de l'homme de Vitruve.

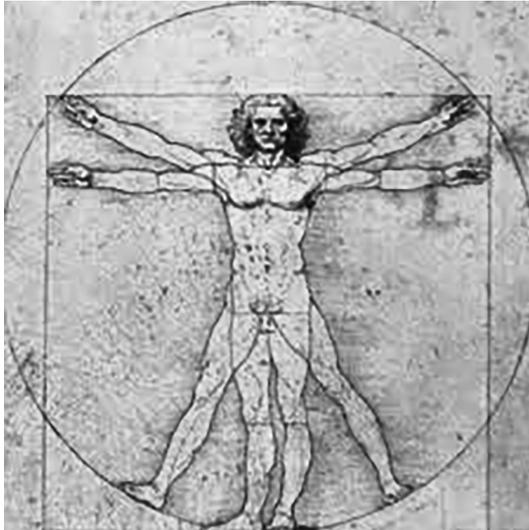


Fig. 35.3. *L'homme de Vitruve*, Léonard de Vinci (1492).



Fig. 36.3. *Accomplissement* (cl. A. Arima).

À la fin de *l'accomplissement* les bras sont tendus vers le ciel, jusqu'au bout des doigts.

a) <i>Mise en tension</i> 1) <i>Inclinaison latérale</i>	Bras droit en pronation, gauche en supination, les deux bras à l'horizontale vers la gauche
	2) <i>Circumduction</i> Bras droit en supination, horizontal à droite bras gauche en pronation, horizontal à gauche
b) <i>Déploiement</i>	Flexion du coude gauche Puis extension du bras gauche vers le haut et main droite sur le cœur
c) <i>Accomplissement</i>	Extension du bras droit vers le haut

Les membres dans leur ensemble

Toutes ces mobilités peuvent être résumées dans le tableau suivant, en dissociant les mouvements de l'épaule et ceux de la scapula.

	Membres pelviens	Membres thoraciques	
<i>FLEXION</i>	petite rotation externe	petite supination	
	Genoux	Épaules	Scapulas
TORSION PHYSIOLOGIQUE a) Mise en tension 1) <i>Inclinaison latérale</i> 2) <i>Circumduction</i>	droit fléchi en adduction gauche tendu	droite pronation /gauche supination ↓ droite supination /gauche pronation	
b) Déploiement	droit tendu gauche fléchi en adduction	↓ droite supination /gauche flexion ↓ droite flexion/	gauche extension
c) Accomplissement	tendus		↓ droite et gauche extension

EN RÉSUMÉ

L'observation de la pratique des derviches tourneurs nous a permis d'enrichir le concept de Torsion Physiologique, et par conséquent celui du M.R.P., en ajoutant à la *mise en tension* deux temps supplémentaires : le *déploiement* et l'*accomplissement*.

À chacun de ces trois temps correspond un axe. La résultante de ces trois axes successifs est une **spirale ascendante qui, chez l'humain, amène tout le corps en rotation externe symétrique¹⁵ et en ouverture.**

15. *Infra*, p. 105.

Cependant, dans la vie courante, cette spirale fonctionne rarement dans sa totalité. Le corps a tendance à se contenter de la *mise en tension* et il peine à atteindre spontanément les deux stades suivants¹⁶.

De même les traitements ostéopathiques vont rarement au-delà de cette *mise en tension* : le patient, bien qu'étant soulagé, ne bénéficie que rarement de l'ampleur d'une Torsion Physiologique libérée dans sa totalité.

Le but de notre approche ostéopathique sera donc de permettre à l'ensemble des tissus du corps de parcourir librement les diverses étapes successives de la Torsion Physiologique et, à travers elle, de bénéficier d'un M.R.P. dans la totalité de sa liberté et de son ampleur.

16. *Infra*, p. 140.

