

Résumé de la conférence

«Manualités spécifiques sur les nerfs et artères en RPG»

Je donne depuis 3 ans une formation sur ces notions dans le cadre de l'enseignement de la RPG. Cette présentation me permet de vous proposer un aperçu de mon approche.

Nous commencerons par l'origine, les causes et conséquences des compressions neuroméningées.

Nous verrons des aspects anatomiques et histologiques : la structure du nerf, de la moelle et les méninges, que je compléterai par des notions de thérapie crânio-sacrée.

Nous aborderons les trois visions que doit avoir le Rpgiste qui aborde ces problèmes :

1. **La vision mécanique**, dont le but est de décompresser le nerf, de mobiliser le nerf par rapport aux structures environnantes et enfin d'étirer le nerf.

Classiquement, le thérapeute manuel pense en premier lieu à l'aspect radiculaire (hernie discale et canal étroit) et ensuite à l'aspect tronculaire. Nous ajoutons à cela des manipulations en aval, à la périphérie du nerf (collets, muscles, articulaires, peau). La vision ostéopathe nous permet d'envisager des manipulations en amont, au niveau de la moelle et du cerveau. Les ostéopathes considèrent la dure mère et ses dédoublements, faux du cerveau et tente du cervelet, comme le système de protection et d'amortissement ultime du tissu nerveux.

2. **La vision fluide** ou métabolique, dont le but est de récupérer une bonne circulation locale et donc une amélioration métabolique. Cela doit faire baisser l'inflammation, mais aussi permettre au tissu de répondre à nos informations mécaniques de tension.

Pour obtenir cette amélioration, nous allons, en premier, récupérer une bonne ventilation, mobiliser certains organes qui peuvent comprimer les veines caves et azygos, détendre les 4 grands diaphragmes. Nous libérons ensuite les freins vasculaires périphériques, loges musculaires et muscles à direction horizontale. Et enfin nous pratiquons des manipulations intra neurale en position de raccourcissement.

3. **La vision posturale** ou tonique, qui s'impose, car toutes ces structures sont sensibles. Les nervi nervorum, le nerf sinusvertébral, et le X^{ème} et le V^{ème} nerfs crâniens innervent les tissus conjonctifs protecteurs du tissu nerveux et sont à l'origine de réflexes complexes (antalgiques) qui vont perturber nos postures, notre dynamique et nos habitudes de traitement.

La vision posturale, qui étudie l'équilibre des tensions musculaires, qu'elles soient causes ou conséquences, devra être envisagée simultanément aux symptômes neuroméningés dans la vision fluide et mécanique.

Progressivement, ces trois intentions aboutissent à une modification de la toile conjonctive du nerf mais aussi, de l'organisation de la toile conjonctive globale qui est principalement mise en tension par le système musculosquelettique.

Cette toile conjonctive n'est pas que la structure de soutien de l'ensemble, c'est aussi le niveau archaïque de tous nos échanges métaboliques et donc de la relation entre tous les systèmes.

Nous aborderons aussi des aspects plus pratiques, avec notamment les deux temps de la prise en charge : le « temps » métabolique et le « temps » structurel.

Je m'attarderai également sur les aspects qui peuvent sembler s'écarter de notre pratique habituelle :

1. **La contre posture** : c'est traitement fonctionnel des ostéopathes, qui correspond au « tout est possible au départ » de Philippe Souchard.
2. **Les mobilisations extra neurales** : les postures seront souvent interrompues pour des mobilisations du nerf par rapport aux structures qui l'entourent. Elles vont dans le sens du travail déjà proposé par Ruben Fernandez.
3. **L'aspect crano-sacré** : la dure mère rachidienne subit la tension de nos nerfs périphériques, et nos mouvements vertébraux. Ce manchon ou tendon creux a un système d'amortissement à chaque extrémité :
 - en bas, le sacrum
 - en haut, la base du crâne (et la faux du cervelet).

À l'intérieur, la moelle a, elle aussi, ses deux amortisseurs :

- en bas, par l'intermédiaire du FT, le coccyx
- en haut, la faux du cerveau et la tente du cervelet.

La sensibilité extrême de ce système conjonctif influence de manière réflexe nos postures et notre dynamique vertébrales. Il est évident qu'une approche à ce niveau sera envisagée en début ou fin de séance et surtout chez les patients « susceptibles » ou fragiles des nerfs.

Je terminerai par les dangers de la prise en charge neuroméningée, dont l'importance de garder notre globalité.

Voici le lien pour télécharger la conférence complète en format PDF

<https://www.dropbox.com/s/idk3tzuousonvfd/madrid%20conf%C3%A9rence%20ok%20-%20copie%202.pdf?dl=0>

Daniel Reis

