



*Institut de
physiothérapie normo-inductive*

GLOSSAIRE

mai 2022

Algies non spécifiques de l'appareil locomoteur

Douleurs ayant pour cause postulée des **désordres non organiques du tonus musculaire**.

La temporalité de ces désordres constitue le facteur discriminant prépondérant à l'origine de la taxonomie : algies précoces/ algies tardives/ algies mixtes.

- **Algies précoces.** Douleurs survenant précocément par rapport à l'antécédence présumée des désordres du tonus. Inhérentes à un état de contracture de l'environnement musculaire, les douleurs précoces émergent à la faveur de conflits entre **chaînes** hypertoniques et antagonistes, non solutionnés par l'intermédiation que représente la génération de **dysmorphies**.
- **Algies tardives.** Douleurs survenant tardivement par rapport à l'antécédence présumée des désordres du tonus. Inhérentes à un état inflammatoire de l'environnement ostéo-articulaire, les algies tardives résultent de l'ancienneté de contraintes mécaniques permanentes et excessives, avec ou sans rapports articulaires anormaux.
- **Algies mixtes.** Douleurs survenant tardivement par rapport à l'antécédence présumée des désordres du tonus. Les algies mixtes sont caractérisées par l'intercurrence des sémiologies des algies précoces et des algies tardives. Cette intercurrence s'explique par la persistance de l'état de contracture de l'environnement musculaire durant la phase inflammatoire qui en résulte.

Caractéristiques cliniques des algies précoces/tardives/mixtes :

	Algies précoces	Algies tardives	Algies mixtes
Facteurs exacerbants	<i>Refroidissement de l'appareil locomoteur, des muscles en particulier, résultant d'une immobilité prolongée</i>	<i>Échauffement de l'appareil locomoteur résultant de l'activité physique et/ou d'agents physiques chauffants</i>	<i>Aussi bien refroidissement qu'échauffement de l'appareil locomoteur (immobilité prolongée, activité physique, agents physiques chauffants)</i>
Horaires	<i>Volontiers insomniantes en seconde moitié de nuit Acmé matinal avec dérouillage laborieux</i>	<i>Rarement insomniantes Acmé en fin de journée Peuvent s'accompagner de rougeurs, chaleur, tuméfactions</i>	<i>Volontiers insomniantes (seconde moitié de nuit) Acmé matinal avec dérouillage laborieux Défervescence en fin de matinée Recrudescence en fin de journée</i>
Facteurs soulageants	<i>Réchauffement de l'appareil locomoteur par l'activité physique et/ou des agents physiques chauffants Réponse médicamenteuse plus favorable aux antalgiques</i>	<i>Refroidissement de l'appareil locomoteur par le repos, l'immobilisation (orthèse) et/ou des agents physiques refroidissants Réponse médicamenteuse plus favorable aux anti-inflammatoires</i>	<i>Alternance d'activité physique, de périodes de repos, voire d'immobilisations, agents physiques chauffants et/ou refroidissants Réponse médicamenteuse favorable à la combinaison antalgiques—anti-inflammatoires</i>

Amplitude critique

Valeur angulaire d'un **mouvement de grande amplitude relative** nécessaire au déclenchement à distance de **réponses évoquées**. Lorsque cette valeur est proche ou égale à zéro, l'amplitude critique correspond au recrutement cognitif requis pour l'émergence des réponses.

On distingue à l'amplitude critique deux niveaux d'intensité :

- le premier niveau qualifie la **phase d'acquisition**. Il correspond à la valeur angulaire nécessaire au déclenchement de réponses qui soient suffisamment contributives au diagnostic. Cette valeur se situe habituellement en deçà de l'amplitude extrême. Des réponses insuffisamment contributives doivent inciter à une incursion dans le second niveau.
- le second niveau qualifie la **phase thérapeutique**. Il correspond à la valeur angulaire requise pour que l'**induction** soit potentiellement normalisatrice. Le plus souvent, cette valeur doit approcher, atteindre, voire dépasser l'amplitude extrême.

Biais d'induction

Réaction musculaire involontaire parasite entravant le processus asservissant de l'induction. La reproductibilité de leurs modalités d'expression pour un même sujet et une même induction, plaide en faveur d'un parasitage d'origine subcorticale. Non réductibles spontanément, les biais d'induction doivent être identifiés et empêchés.

Bloc fonctionnel

Zone corporelle à l'intérieur de laquelle tous les éléments de l'appareil locomoteur sont fonctionnellement interdépendants. On distingue deux blocs fonctionnels :

- le bloc supérieur : tête, ceinture scapulaire, membres supérieurs, thorax jusqu'en T7 ;
- le bloc inférieur : tronc en dessous de T7, ceinture pelvienne et membres inférieurs.

Catalyseur d'induction

Mouvement de grande amplitude relative rajouté à l'induction pour en optimiser l'asservissement.

Cause d'arrêt d'une manoeuvre

Motif qui oblige à interrompre une manoeuvre : impossibilité d'obtenir l'épuisement des réponses évoquées ; douleurs non résolutes ; mouvements involontaires paroxystiques non gérables ; fatigue anormale, etc.

Cerveau triunique

Organisation neuratomique distinguant trois cerveaux anatomiquement et fonctionnellement distincts apparus successivement au cours de la phylogénèse¹. Du plus archaïque au plus récent et de la profondeur vers la superficie, il s'agit du cerveau reptilien, du cerveau limbique et du néocortex (Paul MacLean, neuroscientifique américain).

	Cerveau reptilien (primitif)	Cerveau limbique (paléo-mammalien)	Néocortex (néo-mammalien)
Phylogénie	Poissons, batraciens	Premiers mammifères	Être humain
Anatomie	Tronc cérébral et cervelet	Noyaux et voies nerveuses reliées à l'hypothalamus, au tronc cérébral, au cortex	Neurones, interneurones, cellules gliales
Fonction	Responsable des comportements primitifs assurant les besoins fondamentaux. Impliqué dans la régulation du tonus	Responsable des comportements instinctifs, des réactions d'alarme et de stress. Siège des processus de mémoire, des émotions Impliqué dans la régulation du tonus	Siège du raisonnement, du langage, de la capacité symbolique, de la pensée abstraite, de la conscience, de la volonté Motricité volontaire
Mode d'action	Réactions stéréotypées et immuables Plasticité cérébrale néant	Filtre les informations qu'il reçoit directement des cinq sens avant de les faire parvenir au néocortex. Emprise sur le fonctionnement du néocortex du fait du sens unique des informations limbique → cortex Plasticité cérébrale imperméable à pédagogie et à l'apprentissage, au raisonnement. Ne remplace un schéma réactif que s'il peut expérimenter des procédures nouvelles, moins coûteuses en énergie et/ou moins algogènes	Circulation des informations néocortex → limbique inactive. Emprise inexistante sur l'activité du cerveau limbique, en particulier celle qui régule le tonus musculaire Plasticité cérébrale forte : sensible à la pédagogie, à l'apprentissage, au raisonnement.

¹ Si le cerveau humain est bien le résultat de périodes de céphalisation successives, l'idée d'une indépendance totale des trois cerveaux est dissensuelle. La neurophysiologie et la neuropathologie mettent évidence une certaine interdépendance et un mode interactif d'action. L'indépendance serait donc relative.

Chaîne musculaire

Concept définit² par Françoise Mézières³.

« Une chaîne musculaire est un système de muscles polyarticulaires imbriqués (c'est-à-dire se recouvrant comme les tuiles sur un toit)... Nos mécanismes sont régis par quatre chaînes, ce sont :

- la chaîne antérieure du cou⁴. Elle appartient au bloc supérieur.
- la chaîne brachiale. Elle appartient au bloc supérieur.
- la chaîne antéro-intérieure⁵. Elle appartient au bloc inférieur et relie en avant les deux blocs.
- la chaîne postérieure. Elle comporte :
 - o des muscles propres au bloc supérieur
 - o des muscles propres au bloc inférieur
 - o des muscles communs aux 2 blocs qu'ils relient. »

² Concept définit et énoncé dans « Originalité de la méthode Mézières. Maloine, 1984 ».

³ Kinésithérapeute française (1909-1991) conceptrice de la méthode Mézières.

⁴ La chaîne antérieure du cou a été identifiée par Michaël Nisand en 1982.

⁵ Pour des raisons didactiques, la physiothérapie normo-inductive a été amenée à rebaptiser la chaîne antéro-intérieure en chaîne antérieure des lombes.

Si la définition des chaînes et leur description sont reprises ad integrum par la physiothérapie normo-inductive, il n'en est pas de même pour la signification et le rôle qui leurs sont accordés :

- Pour F.Mézières, le raccourcissement et l'excès de force de ces ensembles musculaires sont à l'origine des déformations. Ces déformations sont responsables des algies et des dysfonctionnements. Le raccourcissement des chaînes est donc le facteur causal des troubles acquis de l'appareil locomoteur. Elle explique l'hégémonie des chaînes par leur ancienneté phylogénétique et l'imbrication des muscles qui les composent.
- Pour Michaël Nisand, concepteur de la physiothérapie normo-inductive, l'antériorité phylogénétique et la caractéristique dispositionnelle de **concaténation** qui caractérisent ces ensembles musculaires en font des vecteurs préférentiels des désordres non organiques du tonus.

Cible d'une manœuvre

Dysmorphie éligible en raison de sa traçabilité et de sa vulnérabilité, sélectionnée par le praticien pour suivre en extemporané la progression de **l'induction normalisatrice**. Sa réduction, subséquente à son aggravation transitoire induite, confirme a posteriori la pertinence du choix de l'induction.

Concaténation musculaire

Caractéristique dispositionnelle à l'origine de la taxonomie muscles continus/muscles contigus.

- **Muscles continus**. Muscles qui se suivent en entremêlant leurs fibres avec celles des muscles subséquents. Les muscles continus sont dits aussi concaténés. Ils sont majoritairement polyarticulaires et de même direction. L'agencement concaténé confère au système une certaine continuité musculaire.
- **Muscles contigus**. Muscles qui se suivent sans s'entremêler. Ils sont majoritairement monoarticulaires.

Contours corporels

Limites corporelles externes, telles qu'elles pourraient être observées en ombres chinoises (vs **modelés corporels**).

Courbure vertébrale cyphotique

Convexité postérieure uniplanaire du rachis (cyphose). La convexité déborde sur les modelés paravertébraux de manière symétrique.

Courbure vertébrale lordotique

Concavité postérieure uniplanaire du rachis (lordose ou **dépression lordotique du rachis**). La concavité déborde sur les modelés paravertébraux de manière symétrique.

Courbure vertébrale scoliotique

Déformation triplanaire du rachis (scoliose) qualifiée par les rotations des corps vertébraux. Ces rotations sont responsables de la dissymétrie des modelés.

Courbure vertébrale primaire

Courbure vertébrale en **lordose** sous-tendue par les muscles spinaux, dont l'hégémonie fonctionnelle postulée est inhérente à leur antériorité phylogénique (muscles hérités des premiers vertébrés).

C'est pourquoi ses formes déviantes constituent le primum movens des déformations rachidiennes. Deux lordoses sont dites primaires : elles débordent habituellement les frontières anatomiques académiques (cervico-thoracique et lombo-thoracique). Lorsqu'elles se frontalisent par rotations des corps vertébraux, elles sont majoritairement sinistroconvexes.

Courbure vertébrale secondaire

Courbure vertébrale habituellement en **cyphose** qui doit son existence à la contiguïté des courbures primaires adjacentes. L'étendue et l'importance de sa convexité est conditionnée à la profondeur et à la divergence directionnelle des courbures lordotiques adjacentes. Anatomiquement, seules une à trois vertèbres thoraciques s'articulant autour de T7 sont impliquées. Fonctionnellement, elle se comporte comme une **zone de transition**. Lorsqu'elle se frontalise par rotations des corps vertébraux, elle est majoritairement de sens dextroconvexe.

Critères d'efficacité d'une manoeuvre

Critères de validité et d'arrêt signant l'efficacité de la manoeuvre, utilisés pour suivre en extemporané la progression de l'induction normalisatrice.

- En phase d'acquisition, l'obtention de réponses évoquées qui amplifient transitoirement des dysmorphies préexistantes, valide la manoeuvre. L'atteinte du critère de validité (acmé de la courbe en cloche) signe la fin de la manoeuvre.
- En phase thérapeutique, le critère de validité ne constitue qu'une étape intermédiaire. L'épuisement des réponses induites, sur le maintien de l'amplitude critique, constitue le critère d'arrêt (phase descendante de la courbe en cloche). L'atteinte du critère d'arrêt signe la fin de la manoeuvre.

Dépression lordotique

Vocabulaire pouvant désigner une concavité vertébrale ou paravertébrale dont les limites, dénommés aussi piles ou piliers par analogie à un pont, peuvent déborder sur les membres :

En l'absence de rotations des corps vertébraux

*La concavité vertébrale est strictement postérieure (lordose).
La concavité paravertébrale est symétrique.*

En présence de rotations des corps vertébraux

*La concavité vertébrale se postérolatéralise vers la droite ou la gauche (scoliose).
La concavité paravertébrale se latéralise, ce qui en fait une dépression lordotique.
Cette dépression est dite essentielle, lorsqu'elle se situe dans la concavité d'une courbure vertébrale primaire. Elle est dite secondaire, lorsqu'elle se situe dans la concavité de la courbure vertébrale secondaire.*

Désordres non organiques du tonus

État anarchique du tonus survenant en l'absence de lésions organiques du système nerveux central.

Les désordres non organiques du tonus, lesquels s'inscrivent dans un continuum entre flaccidité (hypotonie organique) et spasticité (hypertonie organique), ne sont décelables que via les dysmorphies qu'ils génèrent⁶.

Leurs vecteurs préférentiels sont les muscles continus dits concaténés. Leur recrutement est systématique et durable. Si une tendance baissière du tonus dans certains muscles concaténés ne peut être exclue, la résultante chaîne entière est tendanciellement haussière.

Certains muscles contigus sont aussi susceptibles de les relayés, mais uniquement de manière opportuniste et éphémère. Si les muscles contigus peuvent être hypertoniques, majoritairement ils sont plutôt hypotoniques.

⁶ A contrario des désordres organiques mesurables cliniquement et de manière instrumentale.

Dysmorphie de l'appareil locomoteur

Malposition ou déformation dont la permanence altère durablement les contours et/ou les modelés corporels. Les dysmorphies ont pour cause postulée des désordres non organiques du tonus musculaire. La temporalité de ces désordres constitue le facteur discriminant prépondérant à l'origine de la taxonomie malposition vs déformation.

- **Malposition.** Rapports articulaires anormaux non encore structurés, résultant d'une antécédence des désordres du tonus présumée récente. Les malpositions constituent une solution d'évitement des algies précoces (en cas de conflits entre chaînes hypertoniques et antagonistes). Pour cette raison, les malpositions sont dites consensuelles.
- **Déformation.** Rapports articulaires anormaux structurés par des remaniements histologiques résultant d'une antécédence des désordres du tonus présumée ancienne. Souvent déclarées fixées, certaines déformations conservent pourtant un caractère évolutif et continuent à s'aggraver (scoliose idiopathique post maturité osseuse, genu valgum, hallux valgus, etc.).

	Malposition	Déformation
Réductibilité	<p>Possible spontanément et durablement pour les malpositions apparaissant avant maturité osseuse</p> <p>Pour celles qui perdurent après maturité osseuse</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ impossible spontanément ▪ possible, mais éphémère par la contractilité ▪ possible et pérenne par normalisation du tonus 	<p>Impossible spontanément</p> <p>Impossible par la contractilité</p> <p>Pas impossible par normalisation du tonus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la composante constitutive récente est rapidement réductible - la composante constitutive ancienne nécessite de s'inscrire dans la durée
Clinique	Rarement symptomatique	Habituellement symptomatique (algies tardives ou mixtes)

Flèche virtuelle transfixiante

Représentation balistique de type vectoriel reflétant les différents paramètres de la résultante des tensions musculaires à l'origine d'une dépression lordotique.

En reliant entre eux des indices de surface qui autrement resteraient disparates, cette représentation en 3D permet une conceptualisation cohérente et simplifiée des dysmorphies identifiées.

Grade

Mode qualitatif d'évaluation des dysmorphies selon quatre degrés de sévérité.

- Grade 1 : discret
- Grade 2 : modéré
- Grade 3 : sévère
- Grade 4 : très sévère

Hypothèse pathogénique neurogène de la physiothérapie normo-inductive

Des messages erronés en provenance de centres subcorticaux génèreraient des niveaux soutenus, anormalement élevés du tonus. Ces désordres sont la cause postulée de certains troubles acquis non spécifiques de l'appareil locomoteur : algies, dysfonctionnements et/ou dysmorphies.

Induction

Mouvement de grande amplitude relative ayant la propriété d'induire à distance des réponses évoquées.

Les caractéristiques différenciantes des inductions font appel à trois taxonomies qui sont fonction des modalités d'asservissement, de la géolocalisation des réponses évoquées et du trajet de l'irradiation.

Modalités d'asservissement	Géolocalisation	Trajet d'irradiation
Induction par passivité volontaire à un mouvement de grande amplitude relative imprimé par le praticien	Induction inter-blocs induction dont la réponse est localisée dans le bloc fonctionnel opposé	Induction parallèle induction aux réponses évoquées multiples apparaissant sur des trajets d'irradiation différenciés (une réponse par trajet)
Induction par association de mouvements de grande amplitude relative. Réalisés isolément, ces mouvements seraient insuffisamment asservis	Induction intra-bloc induction dont la réponse est localisée dans le même bloc, mais dans l'hémicorps controlatéral	Induction série (fractale) : induction aux réponses évoquées multiples apparaissant sur un trajet d'irradiation unique (réplication de l'unité de base induction-réponse, chaque réponse devenant induction pour la réplication suivante)
Induction par dissociation de mouvements de grande amplitude relative. Réalisés solidairement, ces mouvements seraient insuffisamment asservis	Induction intra-article induction dont la réponse est localisée dans le même bloc, le même hémicorps, mais dans l'hémipalette opposée	
Induction par récurrence cyclique d'associations-dissociations Ce sont les mouvements alternés		

Induction normalisatrice

Principe actif propre à la physiothérapie normo-inductive faisant référence à la fois à l'unité de base induction-réponse évoquée et à l'épuisement de cette réponse. Une courbe en cloche, laquelle reflète son évolution habituelle, permet sa traçabilité en extemporané. On distingue à cette courbe :

- une phase ascendante interprétée comme étant l'expression d'une exacerbation du tonus, laquelle se traduit par l'apparition de réponses évoquées ;
- une phase descendante interprétée comme étant l'expression d'une normalisation du tonus, laquelle se traduit par l'épuisement de la réponse évoquée, sur le maintien de l'amplitude critique.

Lois fondamentales

Lois énoncées par Françoise Mézières dans « *Originalité de la méthode Mézières. Maloine, 1984* ».

Enoncés des lois de Françoise Mézières	
1 ^{ère}	« Les si nombreux muscles dorsaux se comportent comme un seul et même muscle »
2 ^{ème}	« Ces muscles sont trop forts et trop courts »
3 ^{ème}	« Toute action localisée, aussi bien élongation que raccourcissement, provoque instantanément le raccourcissement de l'ensemble de la musculature »
4 ^{ème}	« Toute opposition à ce raccourcissement provoque instantanément des latéreflexions et/ou des rotations du rachis et des membres »
5 ^{ème}	« La rotation des membres s'effectue toujours en dedans »
6 ^{ème}	« Toute élongation, détorsion, douleur, tout effort implique instantanément un blocage respiratoire en inspiration »

Lois 1-2-5⁷ reformulées par la physiothérapie normo-inductive.

Lois reformulées par la physiothérapie normo-inductive			
1 ^{ère}	Les muscles concaténés sont fonctionnellement interdépendants : ils se comportent comme un seul et même muscle		
2 ^{ème}	Les ensembles musculaires concaténés sont les vecteurs préférentiels des désordres du tonus		
5 ^{ème}	Concernant les membres, la prégnance visuelle des dysmorphies dans les plans frontal et/ou sagittal ne doit pas faire oublier que ces dysmorphies ne sont possibles que via des déviations dans le plan transversal. Ces désordres rotatoires s'expriment différemment selon le membre considéré :		
		Membre thoracique	Membre pelvien
	Segment proximal	rotation latérale accentuée	rotation médiale accentuée
	Membre entier	rotation médiale globale accentuée	rotation latérale globale accentuée

⁷ Les formes lordotiques déviantes sont étrangement absentes des lois de F.Mézières. Rappelons ici que dans le paradigme de la physiothérapie normo-inductive, lordoses et dépressions lordotiques constituent la variable matricielle d'ajustement des désordres du tonus.

Manœuvre

Techniques portant l'épure du principe actif : mouvement de grande amplitude relative — irradiation — réponses évoquées. Deux taxonomies des manœuvres permettent de rationaliser leur contribution à l'élaboration de la stratégie thérapeutique : la première distingue les manœuvres essentielles des manœuvres adjuvantes, la seconde différencie les manœuvres fondamentales des manœuvres communes.

Taxonomie manœuvre essentielle/manœuvre adjuvante

Le facteur discriminant de cette taxonomie repose sur la propriété du mouvement de grande amplitude relative à aggraver ou à corriger d'emblée une dysmorphie donnée et donc à porter ou non le principe actif.

Manœuvre essentielle

Manœuvre portant le principe actif dont le mouvement de grande amplitude relative a la propriété d'aggraver transitoirement ladite dysmorphie.

Manœuvre adjuvante

Manœuvre dont le mouvement de grande amplitude relative réduit d'emblée et transitoirement, par un effet mécanique, ladite dysmorphie. Auxiliaires utiles des manœuvres essentielles, elles contribuent à l'épuisement des réponses évoquées.

Taxonomie manœuvre fondamentale/manœuvre commune

Le facteur discriminant propre à cette taxonomie est relatif à la propriété de l'induction à induire ou non une réponse stéréotypée. Une réponse stéréotypée altère de manière invariable la morphologie externe. Ses modalités d'expression sur les contours et les modelés se répètent de manière quasi systématique (pour un même individu et d'un individu à l'autre).

Manœuvre fondamentale⁸ : Manœuvre dont le mouvement de grande amplitude relative induit de manière quasi systématique, et donc prédictible, une réponse évoquée stéréotypée. Cinq inductions ont cette propriété. Chacune d'elles déclenche une réponse stéréotypée et une seule.

Manœuvre commune : Manœuvre dont le mouvement de grande amplitude relative n'induit que des réponses évoquées non stéréotypées, non systématisables, peu prédictibles.

Manœuvres fondamentales	Induction	Réponse stéréotypée
Manœuvres brachiales	Abduction du bras	Convexification frontale du contour thoracique homolatéral
	Flexion du bras	Soulèvement homolatéral du thorax
Manœuvres céphaliques	Latéroflexion	Convexification frontale du contour thoracique controlatéral
	Rotation	Soulèvement controlatéral du thorax
	Rétropulsion	Accentuation de la dépression lordotique du bloc inférieur

Modelés corporels

Reliefs observés ou palpés (vs contours corporels).

Mouvement de grande amplitude relative

Concept recouvrant :

- les mouvements sollicitant toute l'amplitude articulaire disponible ;
- les mouvements d'amplitude quasi nulle qui sont entravés :
 - o par un obstacle endogène : inhibition des agonistes, résistance autogène des antagonistes
 - o par un obstacle exogène : résistance appliquée par le thérapeute.

Objectif thérapeutique

Effets recherchés d'une manœuvre (séance, traitement) que le thérapeute détermine en fonction de l'anamnèse et des éléments du bilan (cliniques et paracliniques).

Observation principes

"Lorsqu'un fastueux matin de printemps 1947, nous vîmes entrer dans notre cabinet une patiente présentant une superbe "cyphose", nous étions bien loin de nous douter que notre profession et le sort de légion de malades allaient être changés. Il s'agissait d'un sujet longiligne, très grande et maigre. Un corset de cuir et fer avait causé, non l'enraiment attendu des progrès, décidément inexorables, de son mal, mais des ecchymoses sur les hanches et autour des épaules, et encore sept vertèbres étaient à vif ainsi que l'angle inférieur des omoplates. Mais la malade ne s'en plaignait pas et elle venait parce qu'elle ne pouvait plus lever les bras ni travailler. Nous essayâmes, naturellement, les exercices de "redressement" et le travail des dorsaux en vue de fortifier les "extenseurs" du dos, mais la raideur était telle que rien n'était possible. Étendant alors notre malade à terre, en décubitus dorsal, nous appuyâmes sur les épaules et nous vîmes, à notre stupéfaction, se produire une énorme lordose lombaire alors que, examinée debout, la malade ne présentait absolument qu'une cyphose dorsale. Pour éviter d'ajouter un mal à celui qui existait déjà, nous basculâmes le bassin en arrière en amenant les genoux sur l'abdomen et, à notre nouvelle stupeur, nous vîmes l'hyperlordose lombaire ainsi effacée se reporter à la nuque, la tête se renversant en arrière sans qu'il fût possible de ramener le menton près du cou. La porte sur la vérité était, devant nous, grande ouverte mais nous refusions de nous y engager et, doutant de nos yeux, nous renouvelâmes plusieurs fois l'expérience et, finalement, devant une consœur."
 Mézières F. L'homéopathie française. Ed. G. DOIN. Avril 1972 ; N°4 – 195.

Parangon morphologique

Modèle virtuel indemne de toute altération morphologique, utilisé comme référentiel normatif. Dans ce modèle :

- les contours corporels sont rectilignes, obliques et symétriques ;
- les modelés corporels sont harmonieux et symétriques.

Phase d'acquisition

Étape de l'investigation dévolue au diagnostic. Essentielle dans le cadre du bilan inaugural, cette phase peut et doit se poursuivre tout au long du traitement : elle infirme, confirme, affine ou complète le diagnostic initial et par là, contribue à optimiser le traitement.

Phase thérapeutique

Étape de la prise en charge du patient correspondant à une implémentation raisonnée des techniques dans le but d'atteindre les objectifs fixés.

Physiothérapie normo-inductive

Paradigme neurogène de physiothérapie exploitant des techniques au mode d'action inductif en vue de corriger des désordres du tonus qui constituent l'origine postulée de certains troubles acquis non spécifiques de l'appareil locomoteur. Son système intégré de soins est caractérisé par une hypothèse pathogénique, un principe thérapeutique et un principe actif.

<i>Hypothèse pathogénique</i>	<i>Désordres du tonus non organiques d'origine centrale</i>
<i>Principe thérapeutique</i>	<i>Normalisation de l'activité des centres responsables du tonus</i>
<i>Principe actif</i>	<i>Induction normalisatrice : mode d'action inductif</i>

Pile à combustible

Analogie entre un générateur d'énergie électrique et le principe actif de la physiothérapie normo-inductive. La normalisation (phase descendante), subséquente à l'exacerbation (phase ascendante), résulte d'une indispensable admixtion entre l'induction (le combustible) et la respiration de travail (le comburant).

Posture

Ensemble de manœuvres maintenues dans le temps dont l'une au moins porte l'épure du principe actif.

Proxy

Intermédiaire inerte matérialisé par un élément corporel du praticien utilisé pour exploiter la pesanteur et/ou les résistances musculaires autogènes du patient dans le but d'optimiser l'induction normalisatrice.

Réponse évoquée

Réaction involontaire polymorphe, induite par un mouvement de grande amplitude relative, pouvant relever d'une logique mécanique élémentaire ou résultant d'un processus de facilitation neuromusculaire.

Réponse évoquée d'apparence mécanique	<ul style="list-style-type: none">- <i>renforcement-verrouillage d'une hypertonie induite</i>- <i>délocalisation d'une mise en tension musculo-aponévrotique par dilution</i>- <i>occultation d'une douleur</i>
Réponse évoquée d'apparence paradoxale	<p><i>Neuromusculaire</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>aggravation transitoire d'une dysmorphie</i>- <i>inhibition transitoire de mouvements habituellement réalisables</i> <p><i>Neurovégétative : sudation localisée, dermatographie, bâillement, sécheresse buccale, etc.</i></p> <p><i>Comportementale : surdité sélective, ralentissement de la vitesse de compréhension d'ordres simples, larmes, fous-rires, etc.</i></p>

Servitude évoquée

Caractéristique attribuée aux mouvements de grande amplitude relative qui ne peuvent se réaliser qu'à condition de déclencher à distance des réponses évoquées. Ces mouvements sont dits asservis.

Tenségrité⁸

Concept architectural⁹ définissant la faculté d'un système à se stabiliser mécaniquement par le jeu des forces de tension et de compression qui s'y répartissent et s'y équilibrent.

En biologie, cette faculté confère au corps humain un état d'auto-équilibre stable rendant l'orthostatisme possible¹⁰. Une modification locale de tension (diminution ou accroissement) d'un seul des éléments souples (muscles, ligaments) accentue les contraintes mécaniques s'exerçant sur les éléments rigides (os, articulations). Cet effet retentit sur l'ensemble du système en en modifiant possiblement la forme initiale.

⁸ Contraction de « tensile » et « integrity »

⁹ Richard Buckminster Fuller, 1949

¹⁰ La contractilité n'est sollicitée que de manière sporadique

Trajet d'irradiation

Processus neurophysiologique de facilitation déclenché par l'induction, jusqu'au lieu de manifestation de la réponse évoquée. À l'instar d'un bras de levier, plus le trajet d'irradiation est long, plus les conditions de résolution de la réponse évoquée sont favorables.

Transfert planaire

Concept faisant appel à une loi mécanique élémentaire qui oblige un mouvement induit n'ayant plus la possibilité de s'exprimer dans un plan donné, à exploiter l'un des deux autres plans restés libres.

Trépied évoqué

Démembrement des réponses évoquées neuromusculaires en contractions volontaires, contractions involontaires et hypertonie induite. La composante contractile est qualifiée d'activité sentinelle en ce qu'elle est interprétée comme étant un moyen précaire de préservation de l'hypertonie induite.

	Contractions volontaires	Contractions involontaires	Hypertonie induite
Origine	<i>Aires corticales</i>	<i>Zones subcorticales superficielles</i>	<i>Zones subcorticales profondes</i>
Installation	<i>Immédiate</i>	<i>précoce et rapide</i>	<i>différée et insidieuse</i>
État	<i>stable</i>	<i>stable ou fluctuant</i>	<i>stable</i>
Désinstallation	<i>Immédiate</i>	<i>immédiate et rapide</i>	<i>différée et lente</i>
Perception	<i>consciente</i>	<i>consciente ou non</i>	<i>non consciente</i>
Neutralisation	<i>Définitive par ordre cognitif</i>	<i>Transitoire par ordre cognitif Possible sans intervention volitionnelle par épuisement, du fait de la dépense énergétique que ces contractions génèrent</i>	<i>Impossible, même transitoirement par ordre cognitif Possible sans intervention volitionnelle par épuisement, du fait de la dépense énergétique qu'elle génère. La neutralisation préalable de l'activité contractile sentinelle est parfois indispensable.</i>

Vertèbre remarquable

Vertèbre sur lesquelles les insertions musculaires postérieures sont numériquement supérieures aux insertions antérieures. Quatre vertèbres sont classées vertèbres remarquables : C1 — C7 — T7 — L5.

Cette caractéristique anatomique confère aux vertèbres remarquables des caractéristiques fonctionnelles.

La principale : insuffisamment amarrée en avant (ou indirectement seulement), ces vertèbres ont tendance à migrer vers l'arrière, isolément ou en entraînant avec elles des vertèbres adjacentes.

	<i>Muscles postérieurs</i>	<i>Muscles antérieurs</i>	<i>Implications fonctionnelles</i>
C1	<i>Petit droit postérieur de la tête Oblique supérieur de la tête Oblique inférieur de la tête Droit latéral de la tête Inter-épineux Inter-transversaire Splénius du cou Élévateur de la scapula Trapèze supérieur</i>	<i>Long du cou partie crâniale Droit antérieur de la tête</i>	<i>Axe de fléau autour duquel la tête peut basculer aussi bien vers l'avant que vers l'arrière</i>
C7	<i>Semi-spinal de la tête Multifides Rotateurs Inter-épineux Inter-transversaire Splénius de la tête Splénius du cou Spinal du cou Spinal de la tête Dentelé postérieur et supérieur Petit rhomboïde</i>	<i>Long du cou partie médiale</i>	<i>Axe préférentiel d'antéflexion de la tête</i>
T7	<i>Semi-spinal du thorax Multifides Rotateurs Inter-transversaire Spinal du thorax Longissimus du thorax Trapèze inférieur Grand dorsal</i>	<i>Néant</i>	<i>Axe préférentiel d'antéflexion bloc supérieur/inférieur</i>
L5	<i>Multifides Rotateurs Inter-épineux Inter-transversaire Longissimus du thorax</i>	<i>Néant</i>	<i>En cas de migration postérieure, la saillie de son processus épineux rompt l'homogénéité du modelé de la courbure lordotique thoraco-lombaire.</i>

Zone de transition

Zone d'articulation entre deux zones corporelles adjacentes conférant à ces zones une certaine interdépendance fonctionnelle.

Zone de transition principale

Zone vertébrale pouvant s'étendre de T4 à T12, qui présente un tropisme de dérive postérieure inhérent à l'absence d'amarrage musculaire antérieur. La convexité postérieure ainsi constituée, dont l'épicentre est la vertèbre remarquable T7, fait de ce segment vertébral, une zone préférentielle d'articulation des deux lordoses primaires adjacentes. C'est pourquoi elle est dite principale.

Zone de transition secondaire

- Zone vertébrale présentant un tropisme de dérive postérieure inhérent à l'insuffisance d'amarrage musculaire antérieur de la vertèbre remarquable C7. Fonctionnellement, la dérive potentielle postérieure de C7 en fait une zone de facilitation de flexion de la tête. Morphologiquement, elle fragmente la paroi postérieure du bloc supérieur en deux sous-panneaux.
- Zone extra vertébrale présentant un tropisme de dérive inhérent à l'absence d'amarrage musculaire. Le talus constitue une zone de transition entre arrière-pied et médio-pied, d'où sa possible migration vers l'arrière et le dedans (valgus calcanéen) ou vers l'avant et le dehors (varus calcanéen).