

**Zeitschrift:** Physiotherapie = Fisioterapia  
**Herausgeber:** Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband  
**Band:** 36 (2000)  
**Heft:** 9

**Artikel:** La scoliose... nouvelles pistes de recherches  
**Autor:** Busquet, Léopold  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-929529>

#### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

#### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

#### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 03.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# La scoliose... nouvelles pistes de recherches

**Léopold Busquet, directeur de la Formation «Les Chaines Musculaires» 19,  
Av. d'ossau, 6400 Pau (France)**

**L**a scoliose est un des plus grands défis que le corps nous pose. Devant son apparente incohérence, diversité, on la gratifie d'idiopathique... Posons nous la question... et si chaque scoliose avait sa logique, sa cohérence, son intelligence? L'analyse des scolioses ne peut être faite sur des certitudes. Le travail que je propose représente seulement de nouvelles pistes dans la recherche de l'étiologie.

Face à de nouvelles propositions l'attitude positive, constructive est de passer au crible de l'observation clinique ces nouvelles idées et j'adhère totalement à cette mise à l'épreuve qui ne peut déboucher que sur des progrès même s'il y a remise en question de certaines de mes propositions... Par exemple, que devient lors de la croissance la statique vertébrale d'un enfant ayant eu:

- une pathologie pulmonaire
- une pathologie cardiaque
- une pathologie rénale
- une ectopie testiculaire
- une cicatrice adhérente... etc.

Dans les sanatoriums on connaît bien les relations des problèmes pulmonaires avec les déformations thoraciques et scoliotiques.

Dernièrement j'ai également observé que les enfants ayant eu un effondrement de l'angle colique droit développent une scoliose du fait de la perte de l'appui diaphragmatique de ce côté sur le méso colon transverse.

Le sujet compensera par une contracture dorsolombaire à gauche installant ainsi une scoliose. Un chirurgien viscéral très intéressé par ce travail, m'a signalé la fréquence d'adhérences internes suite à des appendicites au niveau du colon ascendant. Est-ce une des causes, lors de la croissance, de l'effondrement de l'angle colite droit? Sur de telles observations mises en commun on

pourra réellement faire des progrès sur la compréhension de la scoliose, sur la mise en place de nouvelles stratégies thérapeutiques, sur de meilleurs choix et sur une meilleure complémentarité dans les traitements.

Voici actuellement le résultat de mes observations.

Il semble que la scoliose ait quatre origines possibles:

- 1 – neurologiques
- 2 – vertébrales
- 3 – crâniennes
- 4 – viscérales

## Origines neurologiques

On ne peut intervenir sur l'origine où siègent souvent des lésions irréversibles. La chirurgie, l'orthopédie et le traitement par les chaînes musculaires doivent coopérer dans un plan de traitement cohérent ayant seulement pour but d'améliorer une scoliose dont on ne maîtrise pas les causes.

## Origines vertébrales

Il est surprenant de constater qu'en dehors d'une pathologie osseuse type tuberculeuse, les influences vertébrales d'origines mécaniques semblent peu importantes.

On observe de petites courbures. La courbure primaire est échelonnée sur 3 étages. Les courbures secondaires sus et sous-jacentes sont de peu d'amplitude. Si le traitement est commencé tôt la solution évolue rapidement. Ce type de scoliose n'entraîne que des déformations très localisées peu importantes, peu évolutives.

## Origines crâniennes

Lors de l'accouchement, la tête du bébé subit des contraintes qui peuvent, dans un nombre de cas finalement peu important, entraîner des déformations du squelette crânien (scoliose crânienne).

L'asymétrie de la boîte crânienne peut entraîner des asymétries de tensions des membranes intra-crâniennes et extra-crâniennes.

Cela pourra se traduire par un torticolis appelé «congénital», par une asymétrie de la face, de l'occlusion, des yeux.

Le crâne étant depuis peu une nouvelle partie du corps qu'on aborde dans nos traitements il est normal que des praticiens soient méfiants, mais il serait surtout dommage que pour des raisons d'habitudes intellectuelles ils n'acceptent pas de passer au crible de l'expérimentation, cette partie du corps, de même que n'importe quelle autre. Les scolioses d'origines crâniennes donnent des courbures vertébrales de type attitude scoliotique qui s'effacent dans les tests de flexion. Cela est normal puisque la cause n'est pas au niveau vertébral. Ces courbures sont compensatoires à un gauchissement de la colonne crânienne: occiput-sphénoïde-ethmoïde.

Les bilans orthodontiques et ophtalmologiques ont depuis plusieurs années mis en évidence l'intérêt de cette piste «capitale».

Le traitement des tensions intra et extra crâniennes confirment l'intérêt qu'on peut lui accorder.

## Origines viscérales

La relation chaînes musculaires et statique, chaînes musculaires et viscères, a fait l'objet d'une proposition dans les livres des chaînes musculaires qui a pour but de chercher les règles physiologiques, logiques, cohérentes qui organisent les déformations du corps: cyphoses, lordoses, scolioses...déformations thoraciques etc. Il semble que le plan viscéral soit une source majeure de causes de scolioses. Chaque viscère et plus précisément sa structure conjonctive est en relation avec l'ensemble du squelette conjonctif du corps (continuum parfait entre la peau à l'extérieur et la cellule au plus profond). Les fascias relient les viscères au cadre musculo-squelettique.

La dysfonction d'un organe avec phénomène de congestion, de sclérose ou de spasmes modifiera

par ses pressions ou ses tensions son système de suspension fascial.

Les tensions d'un viscère vont se répercuter dans cette organisation conjonctive générale et par des relais proprioceptifs organiser une résultante statique qui tient compte des tensions (informations) internes et de la nécessité de verticalité. Chaque organe peut-être une zone de tension et devenir un point de fixité. Lors de la croissance ils forment des points de ralentissement et la colonne s'incurve.

La trajectoire d'une luge s'incurvera du côté où on freine, la trajectoire de la colonne vertébrale pendant la croissance obéit aux mêmes règles. La scoliose *flambe* alors que l'enfant est souvent en bonne santé...simplement il grandit...

Dans les scolioses il sera important de trouver ces points de tensions et de fixité. On peut les trouver anatomiquement dans n'importe quelle partie du corps.

Pour illustrer l'influence «profonde» que peut avoir un viscère je vais vous relater la consultation suivante.

Il y a quelques années une jeune femme de ± 30 ans vient consulter pour un problème apparemment esthétique.

Elle avait une légère déformation du thorax gauche avec soulèvement du rebord thoracique inférieur et début de dépression sous mammaire (tendance à l'aile de Sigaud). Son seul soucis était esthétique avec le port du maillot à l'approche de l'été.

Son motif de consultation ne me paraissait pas très intéressant jusqu'au moment où elle m'a précisé que c'était une déformation qui était apparue depuis seulement 4 mois et progressait de mois en mois.

A l'examen je notais une congestion de la rate, je lui conseillais de consulter son médecin pour des examens complémentaires qui mirent en évidence une pathologie cancéreuse entraînant la splénomégalie et en surface la déformation du thorax. Il est bien clair que ce n'était pas la splénomégalie qui déformait directement le thorax, mais la

sensibilité tissulaire interne de la zone de la rate qui entraînait toute une modification de la statique, afin d'interdire la pression sur cet organe. Le jeu physiologique des chaînes musculaires était modifié pour soulever le thorax inférieur à gauche et en conséquence la forme subissant des tensions différentes était modifiée.

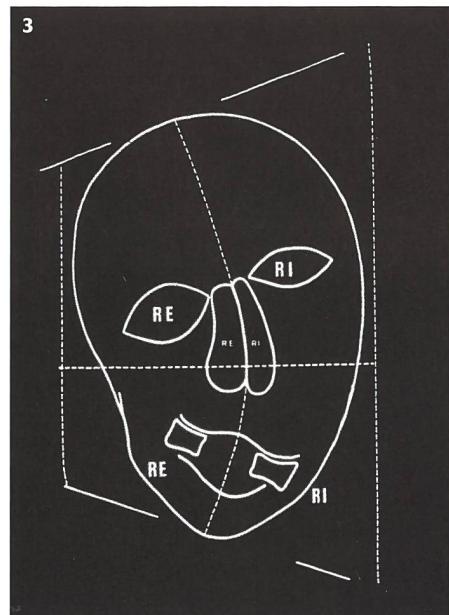
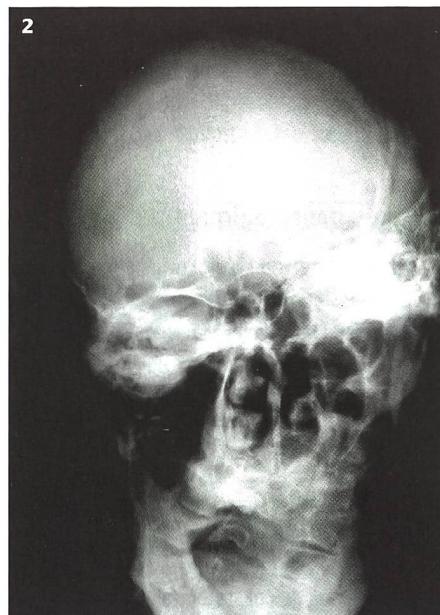
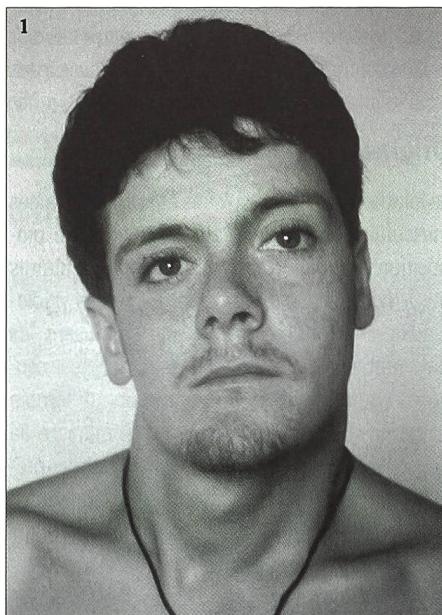
Même si le traitement n'était plus de notre compétence l'analyse qu'on peut faire entre «le contenant et le contenu» (viscéral) mérite toute notre attention.

**La scoliose ne se résume pas à la colonne vertébrale, elle peut descendre avec le même mécanisme**

- au niveau des membres inférieurs jusqu'à la voûte plantaire
- au niveau des membres supérieurs jusqu'aux doigts
- au niveau du crâne jusqu'à l'occlusion, l'œil, etc.

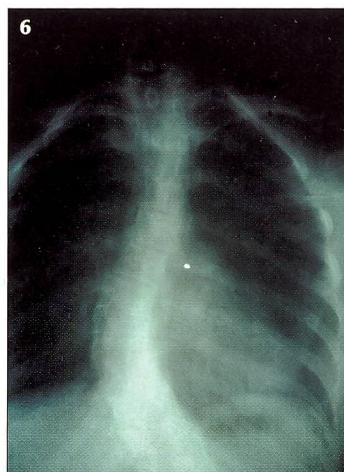
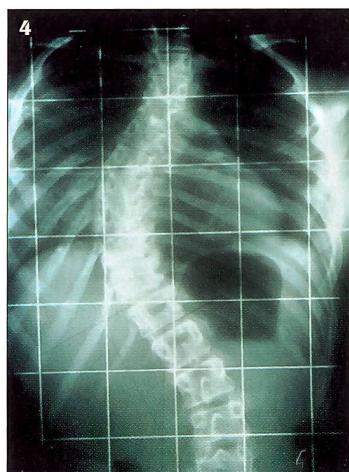
**Voici des cas cliniques qui semblent nous inciter à travailler dans cette recherche des influences viscérales sur les scolioses et les déformations.**

**Sur chaque figure est notée le motif de consultation et les observations cliniques associées.**

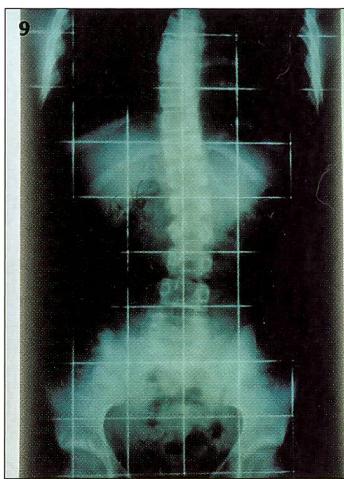
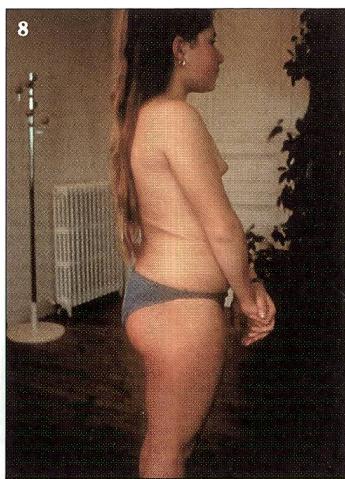


**Fig. 1-3: Scoliose crânienne.**

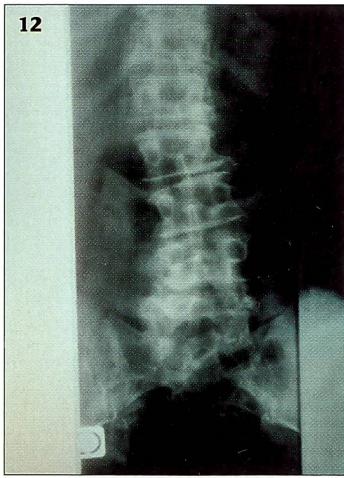
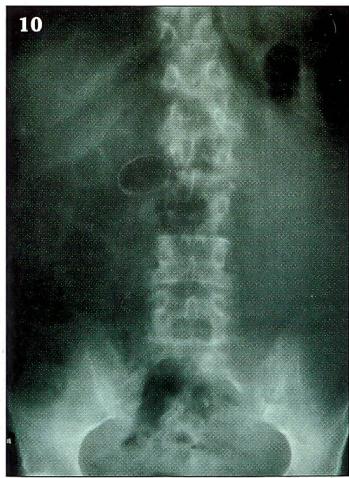
Suite à un torticolis à l'âge de 15 ans, le sujet enregistre en un an une déformation importante du crâne. L'examen montre une lésion de la première côte à droite.



**Fig. 4:**  
**Scoliose thoracique: pulmonaire?**  
6 ans avant bronchite-sécrétions – muco-purulentes poumon gauche.



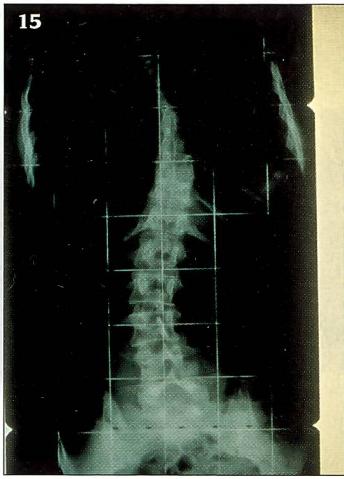
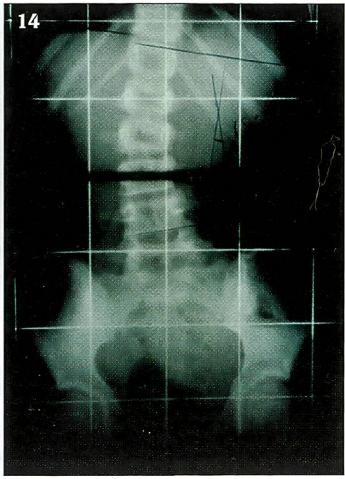
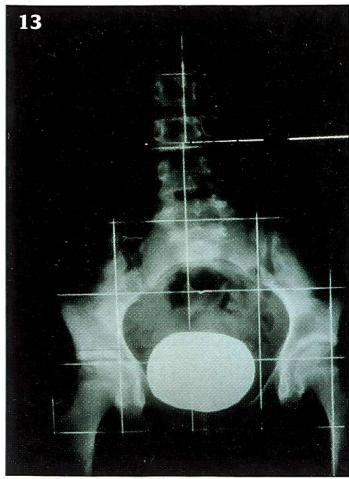
**Fig. 7-9:**  
**Scoliose dorso lombaire** évoluant depuis un an. Douze mois avant ablation du rein. Lombalgie chroniques. Scoliose rénale.



**Fig. 10:**  
**Douleurs pointe inférieure de l'omoplate**  
Scoliose dorso-lombaire.  
Calcul vésicule biliaire.  
Scoliose: vésicule biliaire?

**Fig. 11:**  
**Lombalgie chronique cyclique**  
Colites chroniques palpation abdominale douloureuse.  
Scoliose intestinale?

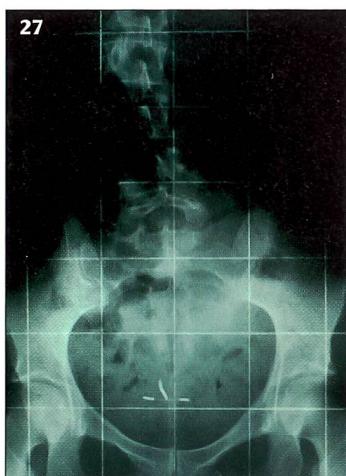
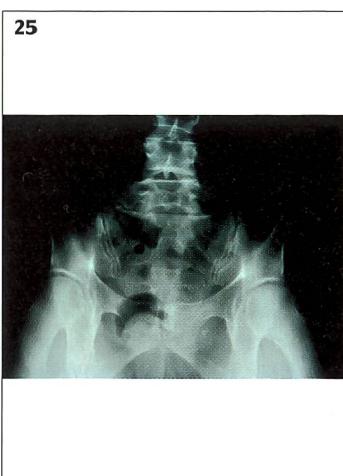
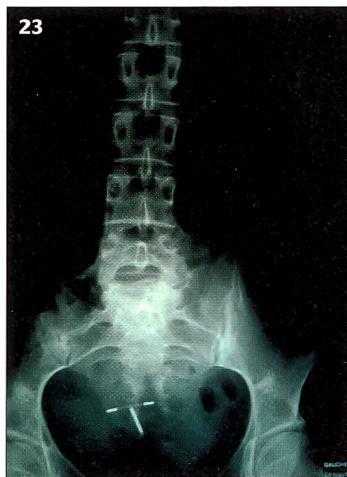
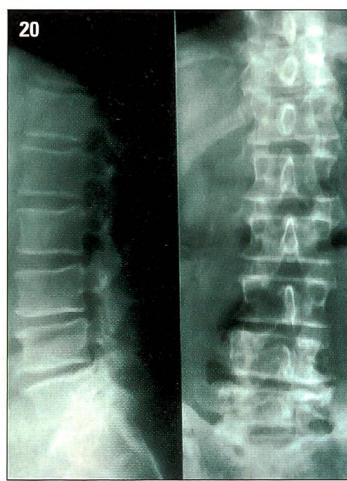
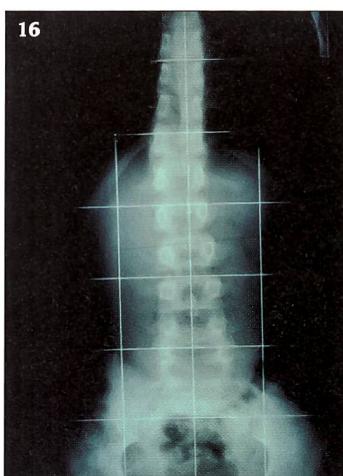
**Fig. 12:**  
**Lombalgie chronique**  
Rupture abcès ovarie gauche  
Péritonite et 1 mois après occlusion intestinale opérée à droite.



**Fig. 13:**  
**Douleurs dorso-lombaire et sacro-iliaque** à droite. Effondrement angle colique droit avec palpation abdominale douloureuse.

**Fig. 14:**  
**Mauvaise statique**  
Effondrement angle colique droit point de côté à droite avec palpation abdominale douloureuse.

**Fig. 15:**  
**Cruralgie à droite.** Effondrement angle colique droit palpation fosse iliaque sensible.



**Fig. 16:**  
**Attitude scoliotique**  
Effondrement angle colique droit.  
Aucune sensibilité abdominale.

**Fig. 17:**  
**Attitude scoliotique**  
Caecum congestionné Palpation sensible.

**Fig. 18:**  
**Lombalgie**  
Raideurs. Tensions abdominales ++ Occlusion intestinale.

**Fig. 19:**  
**Sciatalgie-cruralgie**  
Anévrisme de l'aorte. Rectitude D/L avec bords antérieurs gommés. PTH – pincement L5/S1.

**Fig. 20:**  
**Lombalgie chronique**  
Miction 2-3 fois par nuit.  
Pincement disque L4 L5.  
Congestion de la prostate.

**Fig. 21:**  
**Lombalgie chronique**  
Pincement L4 L5.  
Adénome de la prostate.

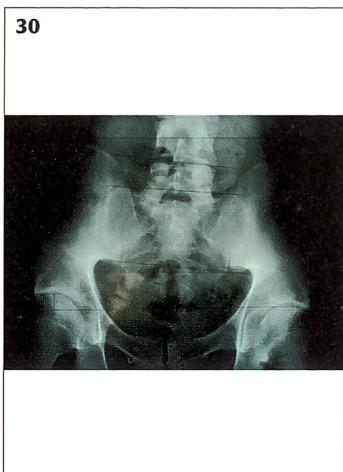
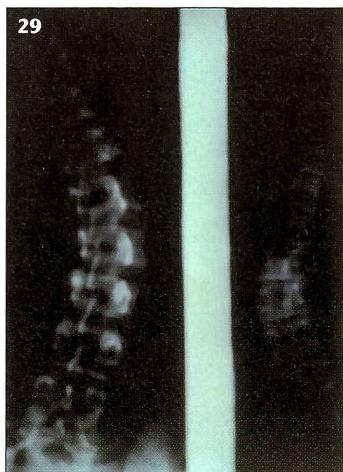
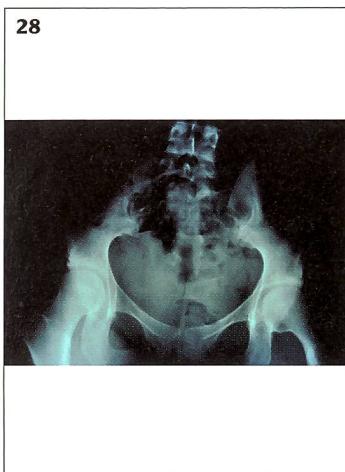
**Fig. 22:**  
**Lombalgie chronique**  
Pincement L4 L5.  
Problèmes ovaires.

**Fig. 23:**  
**Lombalgie chronique**  
Rétroversion utérine.

**Fig. 24:**  
**Même patiente**

**Fig. 25-26:**  
**Combi sciatique gauche** augmentée par les cycles. Trompes bouchées. Problèmes d'ovaires. L4 pincée à gauche. Membre inférieur court à gauche.

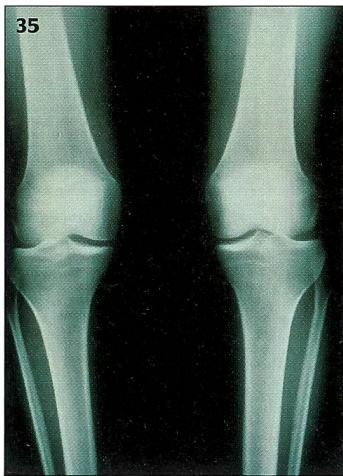
**Fig. 27:**  
**Lombo-sciatique chronique**  
Kyste ovarien à droite.  
Scoliose lombo-sacrée: ovarienne?



**Fig. 28:**  
**Lombalgie**  
Luxation hanche gauche opérée à 1 an.  
½ bassin gauche en fermeture –  
½ bassin droit en ouverture.



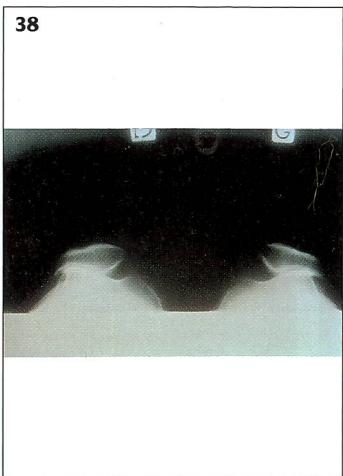
**Fig. 31–32:**  
**Course assymétrique** avec le  
genou droit qui vient en valgus  
alors que le membre gauche  
semble bien coordonné.  
Ectopie testiculaire droite.



**Fig. 34:**  
**Gonalgie bilatérale**  
Douleurs abdomino-pelviennes.

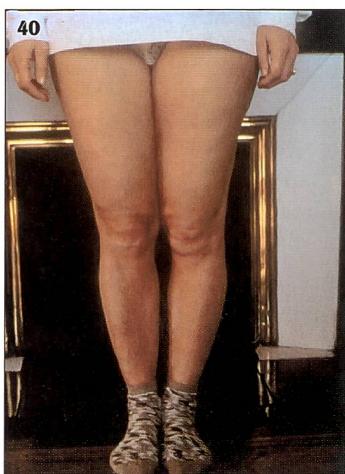
**Fig. 35:**  
**Même patiente**  
Lors des cycles tensions périnée  
et adducteurs.

**Fig. 36:**  
**Gonalgie bilatérale**  
Cycles douloureux.  
Opérée à 2 ans d'hernie inguinal-  
le bilatérale.

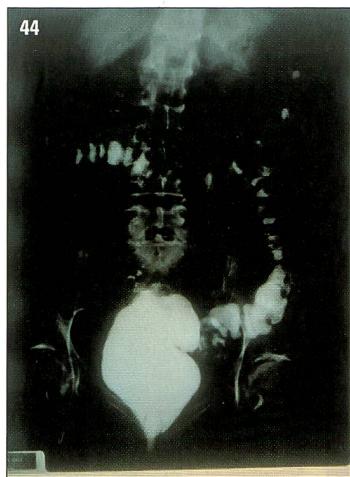
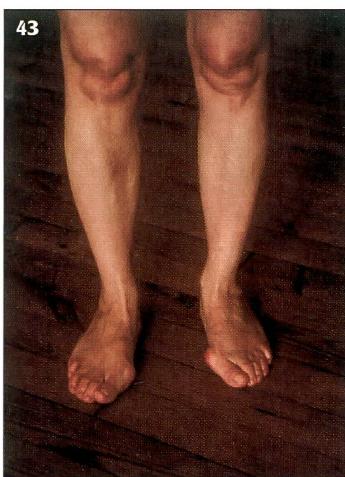


**Fig. 37–38:**  
**Syndrome rotulien bilatéral**  
Subluxations des rotules. Ten-  
sions abdominales importantes.  
Colites chroniques.

**Fig. 39:**  
**Tendinites têtes des péronés**  
Faux varus CDE + CDF.  
Pilule car cycles très doulou-  
reux.



**Fig. 40–41:**  
**Sciatalgie gauche**  
Membre inférieur en rotation interne à gauche. Douleurs abdomino-pelviennes à gauche. Iliaque gauche en fermeture.

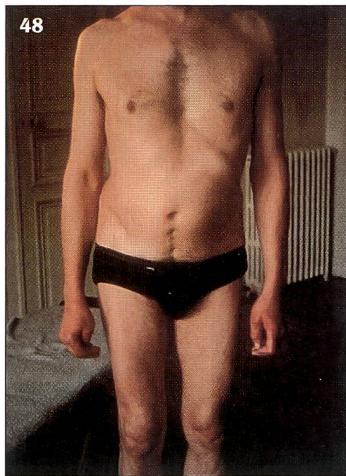
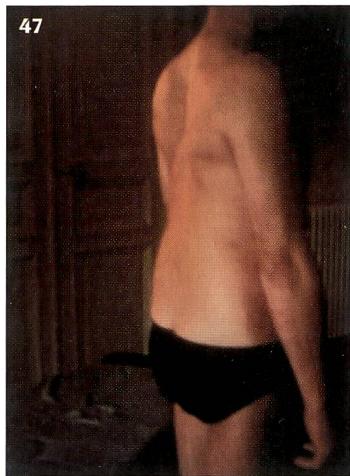
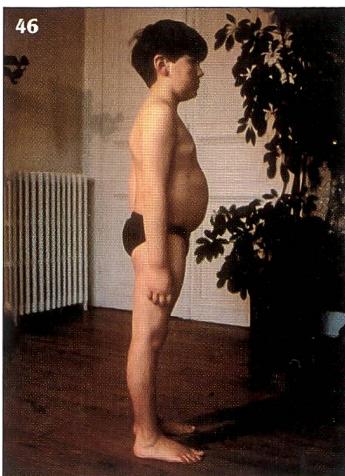


**Fig. 42:**  
**Syndrome rotulien**  
Enurésie – cystites. douleurs abdomino-pelviennes.

**Fig. 43:**  
**Douleurs pied gauche ++ , droit +**

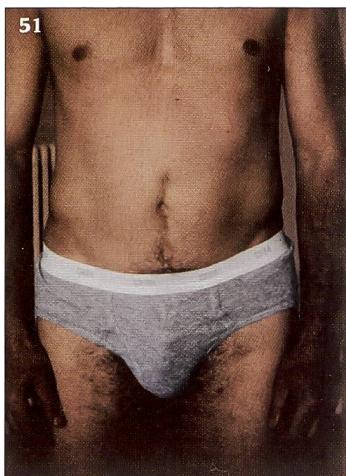
**Fig. 44:**  
**Même patiente**  
Sigmoido sensible à la palpation.  
Examen médical: diverticules.

**Fig. 45:**  
**Syndrome rotulien bilatéral**  
Adolescente: péritonite – opérée 3 fois de kystes aux ovaires.



**Fig. 46:**  
Influence de la masse gastro-intestinale sur la statique lombaire.

**Fig. 47–48:**  
**Lombalgie**  
Opération d'un kyste abdominal. Influences des cicatrices sur la statique lombaire. Une cicatrice abdominale basse donne une rectitude L/S compensée par une lordose lombaire haute. Une cicatrice sous-ombilicale donne une rectitude lombaire haute compensée par une lordose basse.



**Fig. 49–51:**  
**Lombalgie chronique**  
Opération kyste abdominal – Cicatrice sous-ombilicale: rectitude lombo-sacrée – Lordose lombaire de compensation au dessus de L3.

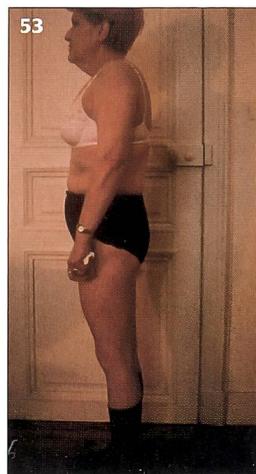


Fig. 52-54:

**PSH-NCB bilatérales.** Cyphose dorsale. Lordose cervicale? Pincement L2- L3: ptose viscérale?

A l'âge de 20 cette patiente a été opérée d'une descente de la vessie et des organes. On peut noter une surprogrammation des CDF et CCA. Cela entraîne l'enroulement des épaules, la cyphose dorsale, et la conséquence des tensions abdominales: «la bosse de bison».

Par la suite des bronchites chroniques ont participé à l'aggravation de la cyphose. Les PSH, chez cette patiente coiffeuse, deviennent logiques.

*La tête en position antérieure, se replace avec une lordose cervicale, entraînant une surprogrammation de la CDE au niveau cervical. D'où les contraintes intervertébrales postérieures, associées aux tensions des scalènes en avant. Les NCB dans ces compensations sont aussi logiques. Le point de départ chez cette patiente des PSH et NCB sont au niveau des cicatrices abdominales.*

*Le traitement par ses résultats semble confirmer cette analyse.*

Alors que je termine l'écriture de cet article voici le courrier qu'un confrère m'adresse:

*«Une jeune fille de 14 ans vient en soin pour une scoliose qu'elle a depuis l'âge de 10-11. Deux choses me frappent d'entrée: une crête iliaque gauche largement plus haute que la droite et une déviation au test de flexion, elle part complètement vers son pied droit. A l'examen, que je te décrirai plus loin, il m'a paru évident que sa scoliose venait du bassin. Je n'avais pas encore trouvé la cause première: pourquoi ces modifications au niveau des iliaques?»*

*Pas de cicatrice apparente sur l'abdomen...vu l'âge je commençais à penser à un problème ovarien. Finalement, au cours de mon bilan, je lui demande, plus par routine qu'autre chose, si elle a eu des opérations (à 14 ans, me dis-je, sûrement rien...) Et la bingo : appendicite avec péritonite et éclatement de l'appendice à l'opération; et vers quel âge? oh, vers 10 ans...*

*Les deux petites cicatrices, à droite et à gauche, étaient cachées juste sous le niveau de la culotte.*

*C'est vrai que le lien appendicite/scoliose peut paraître étrange à première vu, mais semble ô combien évident quand on vient de faire, la semaine d'avant, le bassin avec toi!*

*Comme tu me l'as proposé pendant le séminaire, peux-tu m'aider dans la synthèse de l'examen et la mise en place du traitement...»*

V.C.L.

N° 73, septembre/octobre 1999, 6-12, «Kinésithérapeute Practicien»

## Conclusion

Le corps humain nous apparaît souvent déconcertant. La diversité illimitée de ses maux, de ses déformations, peut décourager notre souci de compréhension.

Mais l'homme peut-il vivre sans une organisation rigoureuse, méthodique...

Au lieu de chercher à analyser la diversité infinie des problèmes, il faut essayer de trouver le programme de base, les lois physiologiques qui régissent notre statique, notre dynamique.

Progressivement on s'aperçoit que le corps fonctionne sur un programme structuré, rigoureux, informatisable. La connaissance de son «menu» permettra de décoder, de comprendre le langage du corps, les lordoses, cyphoses, scolioses qui signent par leur géométrie le lieu et la qualité de la source du problème.

Une scoliose n'est idiopathique que tant qu'on ne l'a pas comprise, elle a sa logique, elle a ses lois.

Quand un patient vient vous consulter pour une scoliose, pour une mauvaise statique, pour des douleurs vertébrales, ne lui dites pas « votre déformation, vos douleurs proviennent du fait que vous vous tenez mal...que vous ne savez pas bien vous tenir (mauvais schéma corporel)...!!!»

Votre rôle est-il de lui apprendre à bien se tenir? Posez-vous la question suivante: et si sa statique perturbée était la solution la plus ingénue, la plus intelligente pour assumer ses tensions internes et la nécessité de verticalité pour vivre?

Cette question est fondamentale car elle est le départ pour nous d'un nouvel état d'esprit basé sur la recherche et la compréhension.

Si vous désirez plus d'amples informations ou nous poser des questions, contactez-nous sur notre site Internet: <http://www.chaines-musculaires.com>

## BIBLIOGRAPHIE

- 1) BENEZIS C., SIMERAY J., SIMON L.: Muscles, tendons et sport – Paris, Masson, 1985
- 2) BOURDOL R. J.: Pied et statique – Paris, Maisonneuve, 1972
- 3) BUSQUET L.: Les chaînes Musculaires Tome 1 – Tronc et colonne cervicale – Paris, Frison Roche 1992
- 4) BUSQUET L.: Les chaînes Musculaires Tome 2 – Lordoses – Cyphoses – Scolioses – Paris, Frison Roche 1992
- 5) BUSQUET L.: Les chaînes Musculaires Tome 3 – La pubalgie, 2<sup>e</sup> édition, revue et actualisée – Paris, Frison Roche 1993
- 6) BUSQUET L.: Les chaînes Musculaires Tome 4 – Membres inférieurs – Paris, Frison Roche 1995
- 7) BUSQUET L.: L'ostéopathie crânienne, 2<sup>e</sup> édition, revue et complétée – Paris, Maloine, 1985
- 8) BUSQUET L., GABAREL B.: Ophtalmologie et ostéopathie – Paris, Maloine 1988
- 9) CALAIS-GERMAIN B.: Anatomie pour le mouvement Tome 1 et tome 2 – Moelans, Desiris, 1989-1990
- 10) GABAREL B., ROQUES M.: Les fasciae – Paris, Maloine, 1985
- 11) HAINAUT K.: Introduction à la biomécanique – Paris, Maloine, 1976
- 12) KOHLRAUSCH W.: Massage des zones réflexes – Paris, Masson 1965
- 13) MEZIERES F.: Cours à Saint Mont, 1977
- 14) PERLEMUTER L., WALIGORA J.: Cahiers d'anatomie. Abdomen 1 – Paris, Masson, 1975. Thorax 2 – Paris, Masson 1976
- 15) PETERSON F., KENDALL E.: Les muscles, bilan et étude fonctionnelle – Paris, Maloine, 1988, 3<sup>e</sup> édition
- 16) PIRET S., BEZIERS M.: La coordination motrice – Paris, Masson, 1971
- 17) ROQUET O.: La tête au pieds – Paris, Recherche en mouvement, 1991
- 18) STRUYF-DENIS G.: Les chaînes musculaires et articulaires – Bruxelles, SBO et TRM, 1978
- 19) RAINAUT J. J.: Les scolioses – Paris, Marketing, 1984
- 20) WEISCHENCK J.: Traité d'ostéopathie viscérale – Paris, Maloine, 1982