

Le **TIM** est un test de **dépistage d'une perturbation posturale** fiable et reproductible entre examinateurs qui permet de mettre en évidence la possibilité d'une anomalie de captation des informations au niveau des soles plantaires, de la vision et de l'oculomotricité, de l'appareil manducateur ou de l'ensemble musculo-squelettique.

Il se recherche en réalisant un **testing musculaire LENT, PROGRESSIF et PUISSANT** sur les **trois extenseurs du carpe** de la **main graphique**. **La Main non graphique ne présente jamais d'inhibition motrice**



ATTENTION : le TIM cherche à mettre en évidence une INHIBITION de la contraction musculaire !

Il est **POSITIF** en cas de **déficit moteur = TIM +** Il est **NEGATIF** en cas de **contraction efficace normale = TIM -**

TIM positif = anomalie posturale probable

Premier temps : BILAN PODAL Avec l'amicale complicité de Melle Anne-Sophie THOMAS (Podologue Paris)

Sur un patient debout puis assis, pieds nus, sur un sol lisse, horizontal et dur (pas de tapis, moquette ou mousse), les dents non serrées et les yeux regardant au loin "dans le vide" (ne pas fixer une cible), on cherche le déficit d'extension en **SIX TEMPS**

1. Patient **debout** sans aucun contact corporel autre que les **pieds au sol** (seul référentiel spatial)
2. Position **debout** identique du patient avec un **contact cutané**, le bord du plateau d'une chaise ou d'un tabouret au niveau de la face latérale d'un genou
3. Patient **assis**, genoux fléchis et pieds bien à plat au sol puis, 3'. Jambes tendues avec simple contact des talons sur le sol
4. Patient **assis** en hauteur sur la table d'examen, jambes dans le vide
5. Position **assise** identique en ajoutant un léger contact sous l'un ou l'autre de ses pieds
6. Enfin, **équilibre** sur la "pointe" des fesses en relevant les genoux fléchis sans s'aider des mains.

La positivité du TIM doit être **non contestable et reproductible** pour pouvoir être retenue (kappa 0,9)

Le plus souvent, en cas d'entrée podale perturbante, on observe un déficit aux temps 1, 3, 5 et une force musculaire normale aux temps 2, 3', 4 et 6.

Temps 1, le patient debout n'a que ses pieds comme référentiel spatial et si ses pieds captent mal, l'alarme s'installe induisant le déficit (erreur proprioceptive > cervelet > formation réticulaire inhibitrice). **TIM +**.

Temps 2, le contact du tabouret sur la face latérale d'un membre inférieur offre au patient un second référentiel spatial qui va lever l'alarme entraînant une disparition du déficit. **TIM -**.

Temps 3, le patient assis pieds à plat au sol est en déficit, il n'y a pas d'explication aujourd'hui au fait que l'appui des fesses et cuisses sur le siège ne corrige rien. En revanche, si le patient assis allonge ses jambes avec un simple appui des talons son déficit disparaît (disparition du contact plantaire).

Temps 4, le patient est assis sur la table d'examen, et on vérifie l'absence de tout contact avec les pieds de table. Dans cette situation il n'existe aucune stimulation podale donc pas d'alarme et pas de déficit. **TIM -**.

Temps 5, le patient assis pieds en l'air ne présente aucun déficit mais un léger contact au niveau de sa plante va déclencher de nouveau l'alarme et donc un déficit moteur TIM **+**.

Temps 6, le patient est en équilibre sur ses fesses, genoux fléchis et relevés, sans appui manuel, les abdominaux et psoas tendus. Il est donc en grande dépense musculaire mais malgré cela on n'observe aucun déficit, car c'est l'alarme qui déclenche l'inhibition et non le travail musculaire, TIM $-$.

Conclusion : tout contact même léger avec les plantes des pieds peut déclencher une alarme podale sur la peau plantaire qui va déclencher des stratégies posturales musculo-squelettiques coûteuses. Ces activités motrices non volontaires vont imposer des économies dans la réalisation des activités motrices volontaires notamment sur les extenseurs du carpe de la main dominante.

Perturbation provoquée : normalement, un sujet sans perturbation des capteurs plantaires est capable de neutraliser un certain nombre de contraintes podales, talonnette ou semelles à reliefs importants. En revanche, un grand nombre de patients présentent un déficit ou une perturbation des informations plantaires qui va s'accroître au fil du temps. Chez ces patients, un TIM+ sur semelles perturbantes révèle un Syndrome de Déficience Posturale (SDP) encore très modeste.

A ce propos, tout patient porteur de semelles podologiques, posturales, orthopédiques ou industrielles doit être testé par le TIM pour dépister un éventuel effet pathogène de celles-ci.

Deuxième temps : BILAN VISUEL

Avec l'amicale complicité de Mr Pascal MORISSE (Optique posturale Bon pied Bon œil)

Le patient est assis en travers de la table d'examen, les pieds nus dans le vide. On dispose sur le mur qui lui fait face, à 4 ou 5 mètres, une cible (1 à 2 cm de diamètre) ou une source lumineuse ponctuelle en cas de déficit visuel de loin (myopie ou hypermétropie), à hauteur de ses yeux et bien en face de lui.

Les pieds sont dans le vide, on a donc éliminé toutes les informations podales, et les arcades dentaires ne sont pas en contact. Le patient fixe la cible et on réalise le TIM.

Différents temps sont testés : avec et sans lunettes, en vision mono ou binoculaire, avec une paire de lunettes perturbantes.

Temps 1, le patient assis pieds en l'air fixe la cible, les deux yeux ouverts

Temps 2, le patient chausse ses lunettes. Signalons ici que les lentilles cornéennes (directement appliquées sur l'œil) peuvent aussi, suivant le type de lentilles utilisées, perturber l'oculomotricité comme le font des lunettes mal centrées ou mal prismées.

Temps 3, en cas de TIM + avec les lunettes, on teste en les enlevant ou en fermant l'un des deux yeux.

Le fait de fermer un œil va supprimer la perturbation visuelle induite par la mauvaise correction. En effet les montures dégradées, les verres abîmés ou mal centrés vont provoquer des effets de prismes se traduisant par une diplopie infime et non perçue par le patient mais source d'alarme visuelle.

Une correction déséquilibrée (sur- ou sous-corrrection d'un côté) de l'accommodation va retentir sur le tonus musculaire (test d'Alignement des Pouces ou TAP, à retrouver sur www.posture.fr) ; cette perturbation optique en pénalisera l'oculomotricité induira un trouble postural (rotation de la ceinture scapulaire).

Perturbation provoquée : on utilise dans ce cas des lunettes mal centrées (lunettes d'enfants pour un adulte et inversement), soit le patient avec ses lunettes est TIM $-$ et les mauvaises lunettes vont le rendre TIM +, soit on retrouve un TIM + induit par ses propres lunettes, ce qui affirme leur toxicité comparable aux mauvaises lunettes.

Tout porteur de lunettes peut être testé par le TIM et ce test doit être renouvelé dans le temps car la monture et les verres se dégradent rapidement. Attention aux lunettes toutes faites du commerce ou aux lunettes soit disant adaptées commandées sur Internet sur une simple photo...

Troisième temps : BILAN DENTAIRE

Le patient est assis en travers de la table d'examen, les pieds dans le vide et les yeux fermés ; on a donc supprimé les capteurs visuels et podaux. On lui demande de serrer les dents et on réalise le TIM.

Premier cas : le serrage des dents n'a aucun effet, TIM –, on pourra tenter une perturbation provoquée.

Deuxième cas : le serrage des dents est perturbateur TIM +. On neutralise alors la perturbation en glissant un carton (Heineken Test) ou un abaisse-langue entre les arcades dentaires ce qui éteint l'information dentaire perturbante le TIM redevient négatif.

Perturbation provoquée : on va utiliser une bandelette de papier (1x10 cm) découpée dans une feuille A4 80 g/m² (épaisseur 80 à 100 μ). On glisse la bandelette entre les arcades dentaires d'un seul côté déclenchant ainsi un TIM+ alors que deux bandelettes intercalées à droite et à gauche sont sans effet nocif TIM –.

Le TIM peut aussi explorer certaines perturbations musculo-squelettiques s'incorporant dans le cadre d'un examen de médecine manuelle. Un TIM + lors de l'examen clinique disparaît le plus souvent après un geste thérapeutique bien mené qu'il soit myotensif, manipulatif ou "réinitialisant" type Marsman.

Dans le cas de cicatrice pathogène et notamment après incision sus-pubienne de Pfannenstiel, on retrouve souvent une perturbation posturale avec TIM +. Dans ce cas l'utilisation d'un patch anesthésique peut corriger le TIM incitant à un traitement de cette cicatrice.

Enfin, en cas de pathologie linguale (souvent associée à des troubles de déglutition) on peut tenter de fixer la langue contre une arcade dentaire ou le palais en observant les modifications du TIM afin d'envisager une rééducation spécifique ... Penser à rechercher un trouble de la déglutition.

Au total, en partant de la peau ou de la langue, en passant par les yeux, les dents et les pieds et en finissant par le musculo-squelettique, il semble judicieux de tester la motricité volontaire de la main graphique lors de l'examen clinique de nos patients.

Toute perturbation posturale par dysfonctionnement d'un ou de plusieurs capteurs induit des stratégies musculo-squelettiques coûteuses imposant des économies dans les secteurs neurologiques hautement qualifiés telles les zones responsables de la motricité des yeux ou de la main graphique ou même du langage articulé ... Une dyspraxie manuelle, une perturbation oculomotrice ou une expression orale difficile (les chaussettes de l'archiduchesse ...) doit orienter vers la recherche d'un TIM positif.

Pour le praticien il faut avoir :

Des semelles orthopédiques à gros reliefs et donc perturbantes, + deux pièces de 2€ (stimulation plantaire)

Une cible colorée ou lumineuse (si grande myopie) + une ou deux paires de lunettes "inadaptées"

Des bandelettes de papier A4 de 1 x 10 cm (pour perturber l'occlusion de 80 μ), un carré de carton 6 x 6 cm pour le Heineken test ou un simple abaisse-langue (pour désafférenter le V)

www.posture.fr (accès et utilisations totalement libres)

A VOUS DE JOUER ! !