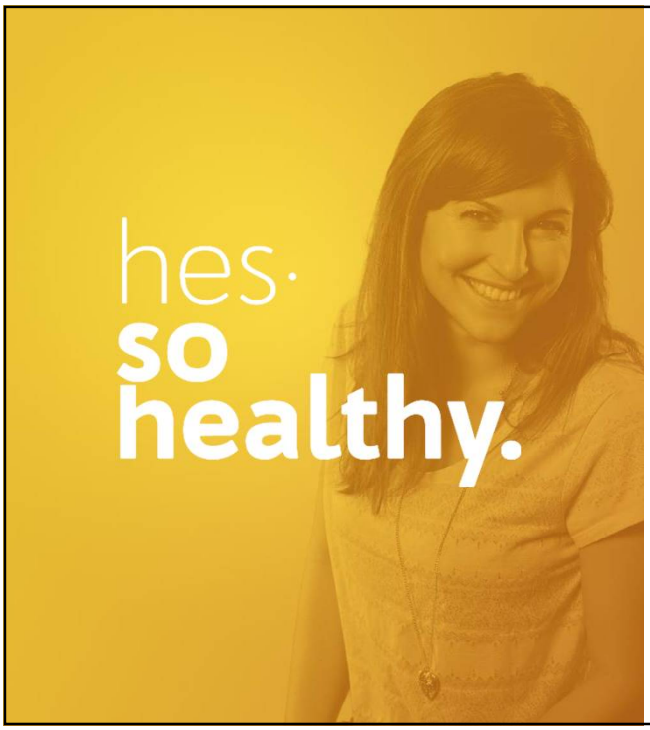


HAUTE ECOLE DE SANTE

> Palpation & anatomie palpatoire Épaule et bras

Module 1004, Ba26, 10.2026

Fabien Gerber

INTRODUCTION

> La palpation, plus qu'un outil

« En physiothérapie musculosquelettique, la **palpation** est généralement considérée comme un **outil important pour l'évaluation de toutes sortes de propriétés**. »
(Rolf Walter 2017, imta.ch)

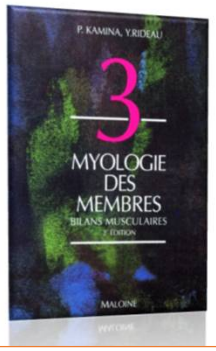
La palpation est utilisée à chaque traitement de physiothérapie, notamment dans le but de :

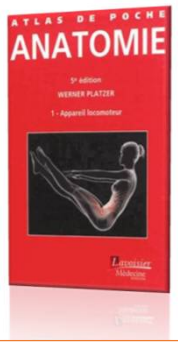
- **Communication** avec le.la patient.e & construction de la relation thérapeutique
  (mise en confiance)
- Rechercher & confirmer une **hypothèse de structure**
  (contracture musculaire, œdème, trigger point actif, rupture musculaire ou tendineuse, …)
- **Repérer & identifier** une structure anatomique
  (placement des mains pour toute technique de thérapie manuelle, le massage, les ondes de choc, …)
- …

INTRODUCTION

> Palpation, ressources disponibles







Vidéos de révision (Cyberlearn)

1. Palpation globale et locale (démarche)
2. Ceinture scapulaire - Repères osseux
3. Ceinture scapulaire - Myologie
4. GH - Repères osseux
5. GH - Muscles profonds (CR et teres major)
6. GH - Muscles superficiels (épaule et bras)

Magnifiques ouvrages d'anatomie palpatoire, très explicites, **MAIS**…
la palpation va plus loin (recherche de symptômes et signes, communication …) !

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 4

INTRODUCTION

> Palpation, plus qu'un outil

Principes de traitement en thérapie manuelle
Module 1004, Fabien Gerber

- **Position du patient**
  1. Selon la catégorie clinique
     - SIN → position antalgique
     - EOR → position 'à choix' (selon concept utilisé, objectif visé)
       - Maitland
         Position neutre, symptomatique, fonctionnelle (par exemple en fin de scaption)
       - SAMT, Kaltenborn-Evjenth
         Position de relâchement capsulo-ligamentaire
  2. Accès aisé à l'articulation
- **Position du thérapeute**
  1. Stabilité du thérapeute dans toute l'amplitude du mouvement
  2. Contrôle du segment mobilisé
  3. Position qui permet d'être dynamique
  4. Confort, ergonomie
- **Déroulement de la mobilisation**
  1. Prises
     - Prises proches de l'articulation traitée
     - Prises englobantes et « mousses »
  2. Mouvement
     - Respect de l'axe de mouvement (règle convexe-concave)
     - Accompagner toute la mobilisation « move your body »
     - Raccompagner à la position de départ
  3. Autres
     - Communication avec le patient (explications, en fonction de la mobilisation effectuée, du patient et de la catégorie clinique)
     - Mobilisation « ease-off » en fin de mobilisation (si mobilisé dans la résistance, effectuée en passif ou en actif)

HEdS, Fabien Gerber, 10.2026

- Souvent le **1er contact physique**.
- **Riche en informations**… pour le patient aussi !
- Principes de traitement fondamentaux en thérapie manuelle : position du patient
  - Position détendue et confortable
  - Accès aisé à la zone
  - Plusieurs positions de départ possibles
- La palpation s'apprend et **s'entraîne** !



1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 5

INTRODUCTION

> Palpation, plus qu'un outil

- PP : Present pain (douleur actuelle)
- Observation
- Démonstration fonctionnelle
- Examen neurologique (si nécessaire)
- Mouvements actifs
- **Palpation**
- Examen neurodynamique (tests & **palpation**)
- Mouvements passifs
  - Physiologiques
  - Accessoires
  - Tests de différenciation
- Tests 'si nécessaires' (supplémentaires)
- Screening des régions adjacentes
- Retest //

Hes·so VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé

Structure standard du P/E (examen physique)
Module 1004, Fabien Gerber

- PP : Present pain (douleur actuelle)
- Observation
- Démonstration fonctionnelle (± corrections de différenciation)
- Examen neurologique (si nécessaire)
- Mouvements actifs
  - Mouvements analytiques (goniométrie, inclinométrie, ...)
  - Mouvements combinés
- Palpation
- Examen neurodynamique (tests & palpation, si nécessaire)
- Mouvements passifs
  - Physiologiques
  - Accessoires
  - Différenciation (région, articulation, structure)
- Tests si nécessaires (supplémentaires)
  - Tests longueur musculaire
  - Tests de force musculaire (testing selon Daniels, manomètre, ...)
  - Tests d'intégrité des muscles de la coiffe des rotateurs
  - Tests de conflit sous-acromial symptomatique
  - Tests d'instabilité gléno-humérale
  - ...
- Screening des régions adjacentes

...

- Retest après le premier traitement / la première technique

HEdS, Fabien Gerber, 10.2026

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 6

DÉMARCHE DE PALPATION

> Palpation, démarche générale

Hes·so VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé

Communication avec le patient !

Position confortable et détendue du patient et du physio.

- Palpation globale
  1. Englobement global, progressif (**dos de la main**, poignet/avant-bras, …)
  2. Comparer avec le côté opposé en case de signe inattendu
- Palpation locale
  1. Englobement (main/doigts à plats)
  2. Dessiner les contours (**pulpe des doigts, souvent IIe ou IIIe**)
  3. Confirmer avec un mouvement passif ou actif
  4. Pression/dépression (qualité du tissu, œdème, …)
  5. Comparer avec l'autre côté / autre région si signe inattendu





1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 7

DÉMARCHE DE PALPATION

> Palpation globale

La palpation globale et superficielle permet de détecter des modifications de…

- Température
- Humidité de la peau
- Symptômes
  - Douleur
  - Dysesthésie
  - Hypoesthésie
  - Hyperesthésie, allodynie
  - Réaction cutanée



Illustrations : Revue médicale suisse

Parfois, la palpation sert à confirmer ce que l'on s'imagine visuellement (« ça semble chaud », « gonflé », « mou comme une bombe à eau », …)

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

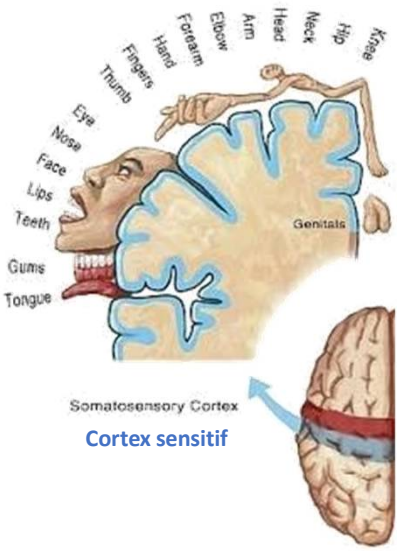
Haute Ecole de Santé | 8

DÉMARCHE DE PALPATION

> Palpation locale

La palpation locale donne des informations plus… locales !

- Reproduction de **douleur**
- Reproduction d'autres symptômes (fourmillements, irradiation, appréhension, …)
- **Particularités** osseuses (excroissances, …)
- Œdème local, signes **inflammatoires**, …
- **Contractures** musculaires, Trigger points
- **Déchirures** musculaires (« trou » dans le muscle)
- Épaississements de tendons ou ligaments
- Matériel d'ostéosynthèse (plaques, vis, …)
- …



1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 9

DÉMARCHE DE PALPATION

> Palpation - Procédure en pratique

Procédure pratique

1. Trouver un **repère (osseux) fiable**
   - Partenaire articulaire
   - Origine ou insertion musculaire
   - …



2. Longer la structure en palpant **toutes ses faces** et **tous ses bords**
3. **Confirmer** en palpant les structures adjacentes
   (p.ex. pour la palpation du teres major, palper aussi teres minor & latissimus dorsi)

Vitesse lente +++ (braille !)

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 11

DÉMARCHE DE PALPATION

> Palpation – Procédure en pratique

Remarques

- Palpation d'un tissu mou → utiliser les repères osseux pour se repérer (à palper en premier) & **détendre les structures voisines**
- Reproduction de douleur → donne l'information que le **tissu est symptomatique** et non sur l'origine de la douleur
  (ex. douleur référée, irradiation nerveuse, Trigger points)
- La **position de départ** varie en fonction de la palpation prévue, de la position précédente (éviter les changements de positions trop fréquents).

Exemple de **documentation**

Structure palpée, *(bien détaillée)*	*Quantité/qualité,* *(objectif)*	*Symptômes* *(subjectif)*
› LCB G 1/3 médian,	✓,	①
› A/H G,	crépitement,	②
› Face post. G/H G,	chaleur ++,	✓

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 12

DÉMARCHE DE PALPATION

> Palpation – Structure du cours

Ceinture scapulaire

- Repères osseux et articulaires
- Myologie

G/H

- Repères osseux et articulaires
- Myologie

Important

- ☑ Respectez les principes
- ☑ « **Écoutez** ce que vous palpez »
- ☑ Communiquez avec votre patient.e

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 13

Hes·so VALAIS WALLIS Haute Ecole de Santé

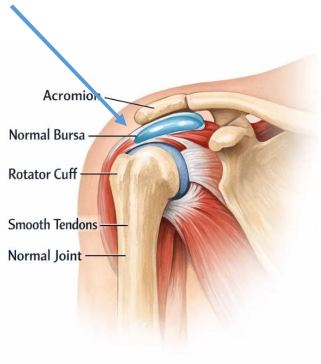
Hes·so VALAIS WALLIS Haute Ecole de Santé

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

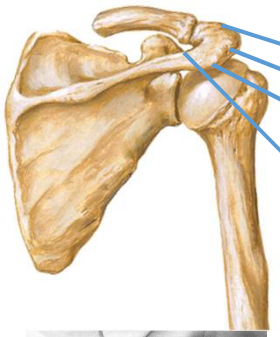
Haute Ecole de Santé | 15

PALPATION DE LA CEINTURE SCAPULAIRE

> Repères osseux et articulaires (1 – Assis)



Palpation de la boursa subacromialis entre l'acromion et la caput humeri





K1 (supérieur), p. 33

- **Scapula (acromion) & clavicula**
  - Angle antérieur (& clavicule)
  - Bord latéral de l'acromion
  - Angle postérieur de l'acromion
  - Interligne articulaire (supérieur & latéral)
    Rechercher la « touche de piano »
  - Bord médial de l'acromion
    Prise en pince
- **1ère côte (K1)**
  Le pouce antérieur au trapezius descendens, très proximal (chercher contact osseux en profondeur → pulpe !!!)
- **Bourse sous-acromiale**
  Facile à palper en cas d'inflammation[bursite], plus difficile si saine

PALPATION DE LA CEINTURE SCAPULAIRE

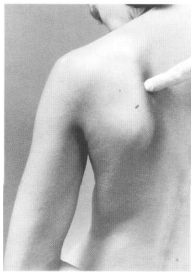
> Repères osseux et articulaires (2 – Assis)



Spina scapulae & acromion, p. 70



Angulus superior, p. 65





Angulus inferior

Margo medialis (en HBB), p. 72

- **Scapula**
  - Spina scapulae
    Suivre latéral ↔ médial, prise en pince
  - Angulus superior
    Légèrement plus crânial que l'extrémité médiale de la spina scapulae
    ⇒ ADD HORIZ. si nécessaire
  - Margo medialis
    ⇒ Si possible HBB passive (épaule détendue)
    Longer tout son bord
    Palper la face antérieure si possible
  - Angulus inferior
    Prise en 'V' dans la 1ère commissure
  - Margo lateralis
    De distal à proximal (se perd sous les μ teres)
    Porter le MS du patient en ABD passive pour aider à la dégager

PALPATION DE LA CEINTURE SCAPULAIRE

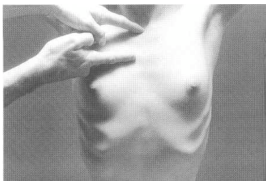
> Repères osseux et articulaires (3 – Assis)



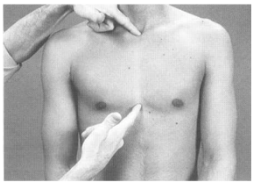
Processus coracoideus (le majeur)
Caput humeri (sous l'index)



Interligne articulaire SCC
(avec ÉLEV pour palper le mouvement)



Incisura jugularis &
manubrium sternalis, p. 28



Processus xyphoideus, p. 28

- **Scapula : Processus coracoideus**
  Doigts II & III sur le processus coracoideus et la caput numeri
  ⇒ RE/RI G/H passives pour confirmer (le processus coracoideus ne bouge pas, la caput humeri bouge)
- **Clavicula**
  Longer distal ↔ proximal (prise en pince)
- **SCC : interligne articulaire**
  Avec la pulpe des doigts (II & III)
  ⇒ ÉLEV/ABAISS & PRO/RE (sentir le mouvement)
- **Sternum**
  - Manubrium sternalis : incisura jugularis
    Palper la « cuvette » supérieure
  - Corpus sternalis
  - Processus xyphoideus
    À la jonction des 10e cartilages costaux

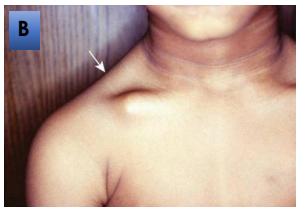
1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 19

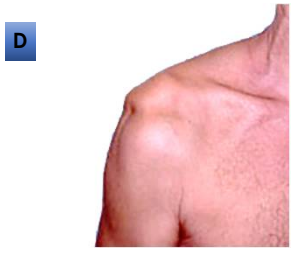
PALPATION DE LA CEINTURE SCAPULAIRE

> Quizz : Repères osseux et articulaires









1. **Bursite sous-acromiale**
   (augmentation de volume et palpation de liquide [comme une bombe à eau], avec crépitements fréquents [comme du papier bulle])
2. **Luxation acromio-claviculaire**
   (touche de piano)
3. **Luxation gléno-humérale inférieure**
   (diastasis gléno-huméral)
4. **Fracture de la clavicula**
   (tiers médian avec déplacement [Robinson type 2B])

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 20

PALPATION DE LA CEINTURE SCAPULAIRE

> Repères osseux et articulaires (4 – DV)



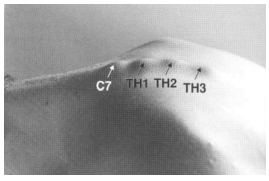
Position pour palper la scapula en DV : main face antérieure de l'épaule



Décollement de la margo medialis (en HBB)



Palpation des processus spinosous et des angulus costalis posterior (pulpes des doigts à plat)



Repérage en assis des processus spinosous

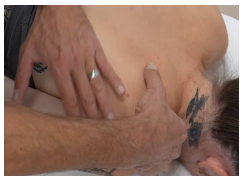
- **Scapula** (repères idem assis)
  Une main à la face antérieure de l'épaule (porte l'épaule et le bras, possibilité de mobiliser la S/T passivement)
  - Margo medialis
    Face antérieure plus facile à palper en DV qu'en assis (décollement plus marqué)
    ⇒ HBB passive facilite le décollement
  - Margo lateralis
    Plus facile à palper en DV qu'en assis (relâchement musculaire)
- **Rachis**
  - Processus spinosous (épineuses vertébrales)
- **Côtes**
  - Anglulus costalis posterior
    Petite saillie à environ 4-5cm latéralement aux processus spinosous

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 21

PALPATION DE LA CEINTURE SCAPULAIRE

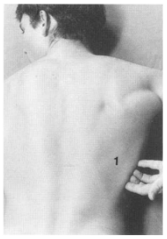
> Muscles superficiels (1 – DV)



Trapezius descendens



Trapezius ascendens (bien visibles)





Latissimus dorsi : repérage contre résistance
Tixa, p. 168

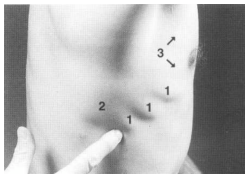
- **Trapezius**
  - Toutes les pars
    ⇒ S/T ADD
  - Trapezius descendens
    ⇒ S/T ADD + ÉLEV (+/- EXT cervicale)
    Volumineux et épais
  - Trapezius ascendens
    ⇒ S/T ADD + ABAISS
    Repérer sa forme trapezoïdale (rachis à l'acromion)
    Longer le bord latéral jusqu'à l'humérus (souvent mince)
- **Latissimus dorsi**
  ⇒ G/H EXT + S/T ABAISS (résistance manuelle au bras distal)
  Palper son bord latéral et tout le corps musculaire
- **Rhomboidei (major & minor)**
  ⇒ S/T ADD, +/- ELEV
  Fibres : de médial/crânial à latéral/caudal
  À différencier des fibres du trapezius transversus (horizontales)

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 22

PALPATION DE LA CEINTURE SCAPULAIRE

> Muscles superficiels (2 – DD)



Serratus anterior, p. 81

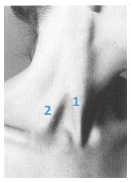


Serratus anterior
(PRO/RE résistées)

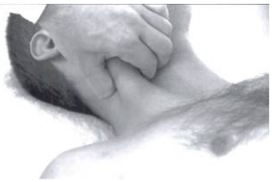
- **Serratus anterior**
  ⇒ In G/H Flex 90° : S/T PRO (+/- G/H RE)
  (résistance appliquée à la main)
  Palper ses digitations sur les côtes (K1 à K10)
  (aussi facile à palper en DL ou en assis)
- **Pectoralis minor**
  ⇒ S/T PRO (résistance à l'acromion)
  Fibres : de médial/crânial à latéral/caudal
  À différencier des fibres du trapezius transversus
  (fibres horizontales et corps plus fin)
- **SCOM (sternocleidomastoideus)**
  ⇒ FLEX cervicale globale (soulever la tête)
  Prise en pince (pouce/index)
  - proximal (mastoideus) : corps épais, plus plat
  - distal : pars clavicularis (**2**), pars sternalis (**1**)
    en forme de cordes (prendre entre les doigts)



Pectoralis minor



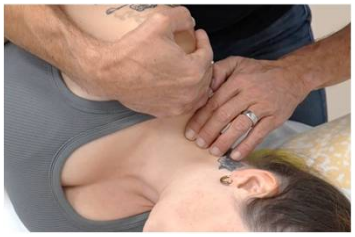
SCOM :
- pars sternalis (1)
- pars clavicularis (2)



SCOM (photo IMTT)

PALPATION DE LA CEINTURE SCAPULAIRE

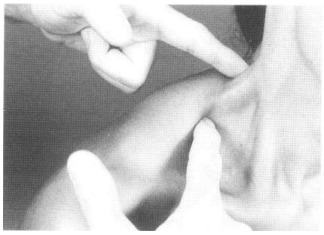
> Muscles superficiels (3 – DLCL)



Levator scapulae (en DL controlatéral)

En décubitus controlatéral

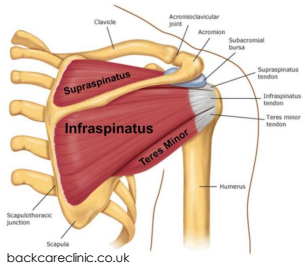
- **Levator scapulae**
  ⇒ S/T ELEV (+/- LatFlex cervicale = lever la tête)
  À rechercher antérieurement au trapezius descendens, comme une « corde épaisse ».
  Palpation possible à l'origine (processus transversus C1 à C4)



Levator scapulae (bien visible), p. 152

PALPATION G/H

> Palpation de la coiffe des rotateurs (1 - DV)



backcareclinic.co.uk





DV, bras en dehors de la table (ABD 70° à 90° si possible), coude fléchi et relâché
Palpation de repérage : spina scapulae

- **Supraspinatus**
  ⇒ G/H ABD contre légère résistance (résistance au coude)
  Palper la fossa supraspinata (au-dessus de la spina scapulae)
  Impossible à palper dans l'espace sous-acromial
  (« sauter » à l'insertion sur le tuberculum majus)
- **Infraspinatus**
  ⇒ G/H RE contre résistance
  Palper toute la fossa infraspinata (sous la spina scapulae)
  Le suivre jusqu'au tuberculum majus de l'humérus
- **Teres minor**
  Palper plus caudal et latéral que l'infraspinatus
  Rechercher une corde épaisse
  ⇒ G/H RE contre résistance
  ⇒ Ajouter composante G/H EXT (différencier de l'infraspinatus)

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

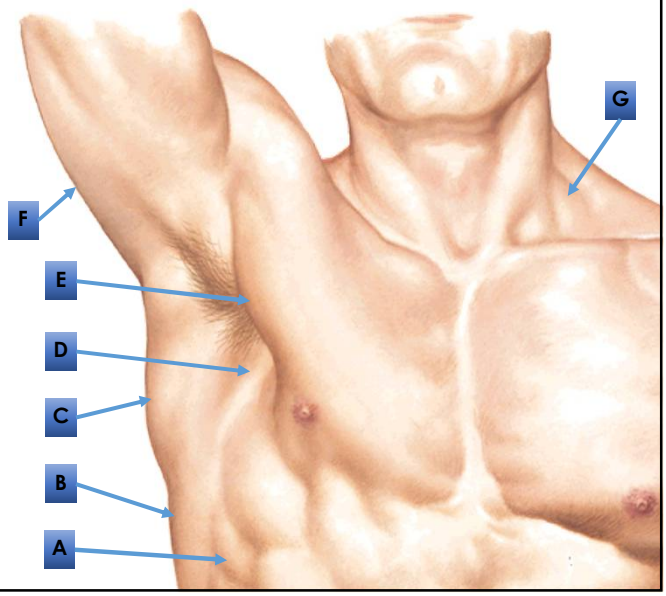
Haute Ecole de Santé | 25

PALPATION G/H

> Quizz : Repérage de l'aisselle

Myologie : qui est qui ?

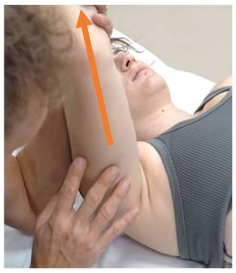
A. _____
B. _____
C. _____
D. _____
E. _____
F. _____
G. _____
(en bonus... pas facile...)



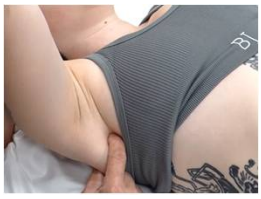
1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

PALPATION G/H

> Palpation de la coiffe des rotateurs (2 - DD)



Position du thérapeute (prise à l'avant-bras proximal)
PRO (protraction) passive en « soulevant » le bras de la patiente



Les plus latéraux : teres major et latissimus dorsi



Subscapularis (« contre » la face antérieure de la scapula)

DD, G/H FLEX (env. 90°), coude fléchi porté par le thérapeute (prise à l'avant-bras proximal)
PRO passive (soulever le MS du patient)
Palpation de repérage : margo lateralis

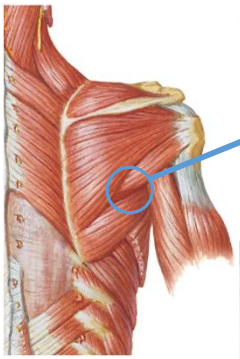
- **Subscapularis**
  Palper progressivement la fossa subscapularis (face antérieur de la scapula, entre la scapula et le grill costal)
  ⇒ G/H RI contre légère résistance
- **(teres minor et teres major)**
  Ils se palpent et se différencient aussi très bien dans cette position…
  Teres minor ⇒ G/H RE contre légère résistance
  Teres major ⇒ G/H RI contre légère résistance

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

Haute Ecole de Santé | 28

PALPATION G/H

> Palpation de la muscles profonds (3 - DV)





Intervalle entre teres major et minor



Teres major, prise en pince (pouce/index)

DV, Bras en dehors de la table (ABD), coude fléchi
Palpation de repérage : angulus inferior scapulae

- **Teres major**
  Repérer la margo lateralis
  ⇒ G/H RI contre résistance
  Le suivre jusqu'au creux axillaire (se perd en profondeur)
- **Différencier teres major vs minor**
  Palper un des deux muscles
  ⇒ G/H RE/RI contre résistance
  Teres minor plus crânial/médial se contracte en RE
  Teres major plus caudal/latéral se contracte en RI
  (distalement jusqu'à l'angulus inferior scapulae)

1004 | Ba26 | Fabien Gerber | 10.2026

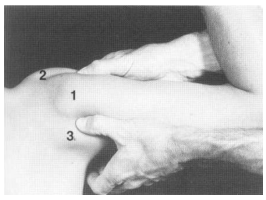
Haute Ecole de Santé | 29

PALPATION G/H

> Palpation des muscles superficiels (4 – assis)



Position de palpation assise
(deltoideus en course moyenne)



Deltoideus pars acromialis (1), spinalis (2), clavicularis (3), p. 198



Deltoideus pars clavicularis, p. 199

- **Deltoideus**
  Thérapeute latéral au patient, genou sous le bras du patient (deltoideus relâché en course moyenne)
  - Toutes les pars
    ⇒ G/H ABD active
    Observer et palper l'espace entre les pars
  - Pars clavicularis
    ⇒ G/H ABD + ADD HORIZ (ou FLEX)
  - Pars spinalis
    ⇒ G/H ABD + ABD HORIZ (ou EXT)

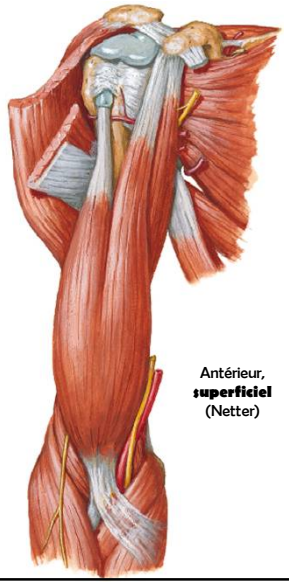
  La pars clavicularis peut être palpée en DD avec les fléchisseurs G/H

  La pars spinalis peut être palpée en DV avec les extenseurs G/H

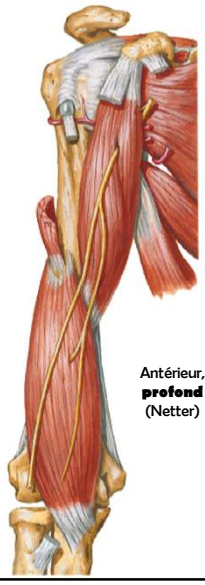
PALPATION G/H

> Palpation des muscles superficiels (5 – DD)

- **Biceps brachialis**
- **Coracobrachialis**
- **Brachialis**



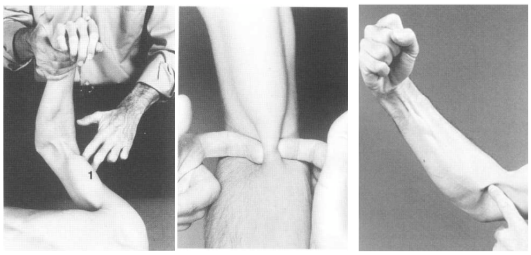
Antérieur, **superficiel** (Netter)



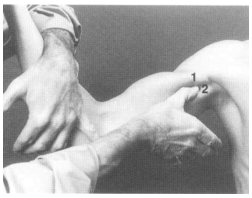
Antérieur, **profond** (Netter)

PALPATION G/H

> Palpation des muscles superficiels (5 – DD)



Biceps brachialis (G = corps, Milieu = tendon direct, D = lacertus fibrosous), p. 205, 216



Biceps brachialis caput brevis (1), coracobrachialis (2), p. 206-207



Signe de Popeye (observation, confirmé à la palpation : LCB) (illustration : mongymenligne.tv)

DD, Bras en ABD, coude fléchi (sur coussin ou cuisse physio)
Palpation de repérage : processus coracoideus

- **Biceps brachialis**
  Palper le corps musculaire et se diriger…
  - vers crânial : séparation des 2 caput :
    --- Sulcus intertubercularis (caput longum)
    --- Processus coracoideus (caput brevis)
  - vers caudal :
    --- Tendon direct (« corde de guitare »)
    --- Lacertus fibrosous (aponévrose bicipitale)

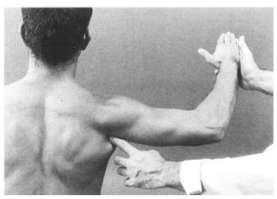
  ⇒ H/R (coude) FLEX active
- **Coracobrachialis**
  Depuis le processus coracoideus, sous le biceps brachialis caput brevis
  ⇒ G/H FLEX active
- **Brachialis**
  Plus distal et profond (palpé avec la région du coude)
  ⇒ H/R (coude) FLEX active

PALPATION G/H

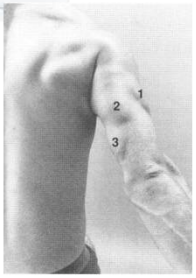
> Palpation des muscles superficiels (6 – DV)



Position DV avec EXT du coude résistée



Caput longum (origine), p. 211



3 chefs : latéral (1), long (2), médial (3), p. 210

DV, Bras en ABD, coude fléchi (avant-bras relâché en dehors de la table, éventuellement linge sous la caput humeri)
Palpation de repérage : oleocranum & milieu de la caput humeri

- **Triceps brachialis**
  ⇒ H/R (coude) EXT active

  Crânial : palper les trois chefs musculaires
  1. caput laterale : origine plus proximal que mediale
  2. caput longum : palper jusqu'à son origine
     (longe le bord postérieur du deltoideus, pars spinalis)
  3. caput mediale : origine plus distale que laterale

  Caudal : palper l'olecranum (toutes ses faces)
- **Anconeus**
  ⇒ G/H FLEX active
  (palpé avec la région du coude)

> Références

Vidéos de révision

1. Palpation globale et locale (démarche)
2. Ceinture scapulaire - Repères osseux
3. Ceinture scapulaire - Myologie
4. GH - Repères osseux
5. GH - Muscles profonds (CR et teres major)
6. GH - Muscles superficiels (épaule et bras)

Quizz - Repères osseux et articulaires
A = 2, B = 4, C = 1, D = 3

Quizz - Myologie : qui est qui ?

A.	Serratus anterior
B.	Latissimus dorsi
C.	Teres major
D.	Subscapularis (on l'imagine...)
E.	Pectoralis major
F.	Triceps brachialis
G.	Levator scapulae (pas facile...)

Ouvrages de référence

- Tixa, S. (2023). *Atlas d'anatomie palpatoire. Tome 1 : Cou, tronc, membre supérieur*. Elsevier Health Sciences.
- Platzer, W., & Shiozawa-Bayer, T. (2018). *Bewegungsapparat* (G. Spitzer, Éd.; 12., aktualisierte Auflage). Georg Thieme Verlag.
- Kamina, P. (2014). *Carnet d'anatomie Tome 1–Membres* (Vol. 1). Maloine.

Merci pour votre attention !

A suivre…
Raisonnement clinique
Mouvements actifs & passifs
Trigger points
Skills Lab

Haute Ecole de Santé
Chemin de l'Agasse 5
1950 Sion

hevs.ch/heds

swissuniversities