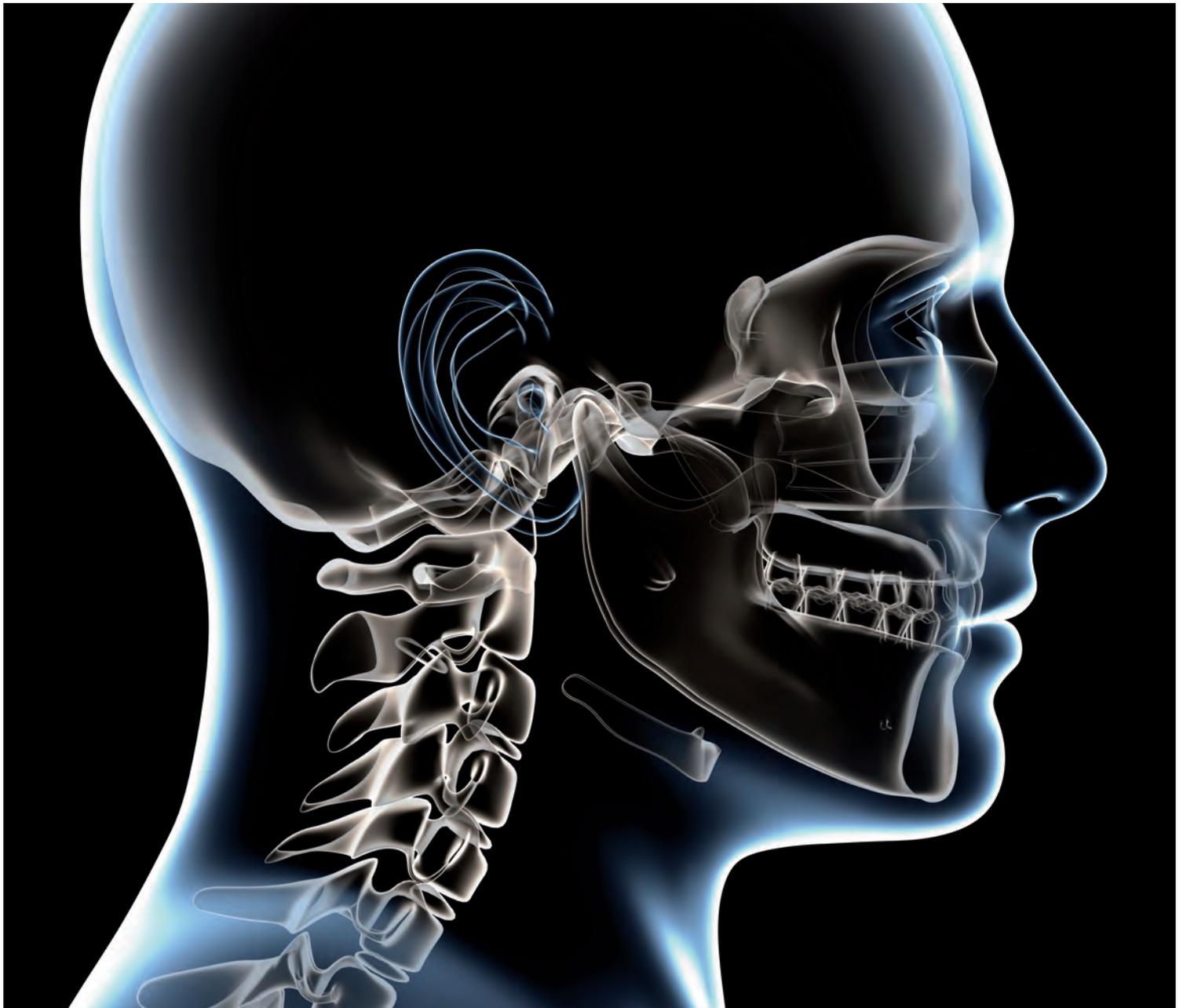


# L'OSTÉOPATHE

N°5 • NOVEMBRE / DÉCEMBRE 2010

MAGAZINE



enquête

## OSTÉOPATHIE ET OCCLUSODONTIE UNE PRISE EN CHARGE PARTAGÉE

**RENCONTRES**

Ateliers du SFDO  
La pluridisciplinarité à l'affiche

**INTERVIEW**

Bernard Gabarel : « L'ostéopathie  
doit s'imposer à travers la recherche et  
l'amélioration du niveau de ses compétences »

**HORIZONS**

Les chaînes musculaires et  
articulaires par la méthode GDS

# les petites annonces

# L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

## COMMENT DEPOSER VOTRE ANNONCE

- ① **Choisir une catégorie** pour votre annonce.
- ② **Rédiger votre annonce.**  
Elle devra comporter au maximum 250 caractères (ponctuation et espaces compris) et être disposée sur 5 lignes au maximum.  
Vous avez également la possibilité de joindre une photo à votre annonce
- ③ **Envoyer votre annonce** par e-mail à [petitesannonces@losteopathe.fr](mailto:petitesannonces@losteopathe.fr) ou par courrier à RCR Editions – 205 avenue Gambetta 75020 Paris
- ④ **Paiement par chèque** à l'ordre de RCR Editions à retourner à RCR Editions – 205 avenue Gambetta 75020 Paris  
**ou par carte bancaire** sur [www.losteopathe.fr](http://www.losteopathe.fr) – rubrique Petites Annonces
- ⑤ **Publication de l'annonce** dans le prochain numéro et immédiatement sur le site [www.losteopathe.fr](http://www.losteopathe.fr) pendant deux mois.

## TARIFS\*

30 € par annonce

Gratuit pour les abonnés

## LES CATEGORIES

→ **REPLACEMENT, PARTENARIAT et STAGE**  
Offre de remplacement  
Recherche remplacement  
Offre assistantat  
Recherche assistantat  
Offre partenariat  
Recherche partenariat  
Offre de stage  
Demande de stage  
→ **ACHAT et LOCATION**  
Location de locaux  
Achat de locaux  
Vente de locaux  
→ **MATERIEL**  
Achat de matériel  
Vente de matériel

## EXEMPLE

### Recherche Remplacement

Ostéopathe DO diplômé de l'École d'ostéopathie cherche remplacement dans la région de Nantes.

Nombreuses expériences notamment dans le domaine sportif.

Tel : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

\* Ces tarifs et ce service ne concernent pas les administrations, les institutionnels et les sociétés.

## Ours

**Rédacteur en chef :**  
Guillaume Mercier  
**Rédacteur :** Olivier Massi  
**Directrice artistique  
& maquette :** Agnès Bizeul  
**Site internet :** Badara N'Diaye  
**Publicité :** Reza Redjem-Chibane  
**Photo :** Marika Gérone  
<http://marika.gerone.free.fr>

## Contacts

**L'ostéopathe magazine**  
205, avenue Gambetta  
75020 Paris  
Tél : 01.43.64.13.15  
[contact@losteopathe.fr](mailto:contact@losteopathe.fr)  
**Rédaction :**  
[redaction@losteopathe.fr](mailto:redaction@losteopathe.fr)  
**Abonnements :**  
[abonnements@losteopathe.fr](mailto:abonnements@losteopathe.fr)  
**Publicité :**  
[publicite@losteopathe.fr](mailto:publicite@losteopathe.fr)  
**Petites annonces :**  
[petitesannonces@losteopathe.fr](mailto:petitesannonces@losteopathe.fr)

## Mentions légales

**Directeur de la publication :**  
Reza Redjem-Chibane  
**L'ostéopathe magazine**  
est édité par RCR Éditions  
205, avenue Gambetta  
75020 Paris  
Tél : 01.43.64.13.15  
[www.losteopathe.fr](http://www.losteopathe.fr)  
**Impression :**  
Imprimerie Bernayenne,  
Bernay (27).  
Imprimé suivant les normes  
environnementales  
(papier écologique  
et encres végétales)   
**Numéro de commission  
paritaire : 0412 T 90344**  
**ISSN 2108-2642, dépôt légal  
à parution**

## Abonnement

**Abonnement pour un an  
6 numéros :**  
France 120 € TTC  
(dont TVA 2.10 %)  
Étranger : nous consulter

## Copyright

**L'ostéopathe magazine**  
La reproduction même partielle  
des articles parus dans  
*L'ostéopathe magazine* est  
strictement interdite.

# édito



Déjà le dernier numéro de cette année 2010 ! Année qui aura vu la naissance de ce bimestriel et nous aura permis de venir à votre rencontre. Nous vous dédions donc tout particulièrement ce numéro, chers abonnés, car il est aussi le fruit de la confiance et de l'intérêt que vous portez à *L'ostéopathe magazine* !

Dernier numéro de l'année 2010 donc, et une actualité ostéopathique toujours aussi riche. Syndicats et associations représentatifs se mobilisent pour défendre la cause de l'ostéopathie exclusive. Ils se fédèrent autour de projets comme la plate-forme commune. Puis s'éloignent. Puis, sous une autre forme, notamment à travers le projet de fédération française des ostéopathes, tentent à nouveau de se rassembler. Les ostéopathes plus anciens nous diront que ces mouvements ne sont pas récents. Cette fois-ci, les résultats seront-ils plus concluants ? À suivre. Auparavant, les ateliers du SFDO, à travers les regards

croisés d'observateurs extérieurs, ont été l'occasion de s'interroger sur l'ostéopathie en France : son évolution, son statut actuel et ses perspectives. Des conférences scientifiques ont également permis de montrer le rôle évident que pourrait jouer l'ostéopathie dans de nombreux domaines.

C'est dans cette démarche de rapprochement des ostéopathes vers d'autres professionnels de santé que s'inscrit l'enquête de ce numéro, *Ostéopathie et occlusodontie*. En effet, le champ d'application de l'occlusodontie recoupe celui de l'ostéopathie et sa démarche thérapeutique et diagnostique favorise les échanges entre les deux professions. Un bel exemple de prise en charge partagée à développer et à décliner vers d'autres disciplines médicales ou paramédicales.

Voilà pour ce numéro et, comme de circonstance en cette période, toute l'équipe de *L'ostéopathe magazine* se joint à moi pour vous souhaiter de belles et heureuses fêtes de fin d'année. Nous vous donnons rendez-vous en 2011 pour continuer à vous accompagner, à travers nos reportages, dans une meilleure connaissance de cette profession, de ses richesses, de ses pratiques et de ses possibilités.

Très bonne année 2011 !

Reza Redjem-Chibane  
Directeur de la publication

# SOMMAIRE

## ACTUALITÉS

*L'ostéopathe magazine* aborde l'actualité professionnelle des syndicats, des écoles et des associations ostéopathiques. Les rendez-vous à ne pas manquer (conférences, symposiums, congrès, etc.) sont répertoriés dans l'agenda avec le programme des formations à venir.

### profession

- 06** Forum de discussion ROF  
Vers une plate-forme commune à l'ostéopathie ?
- 08** Académie d'ostéopathie  
Vers un véritable label de qualité

### produit

- 10** Bibed  
Un matelas multifonctionnel conçu pour le nouveau-né

### 13 livres

### 14 formation

### 17 agenda

### rencontres

- 18** Ateliers du SFDO  
La pluridisciplinarité à l'affiche

## MÉTIER

Pratiques particulières du métier ou bien utilisation de l'ostéopathie pour des applications spécifiques, *L'ostéopathe magazine* rend compte de ces expériences. Des enquêtes approfondies pour découvrir l'ostéopathie sous des angles différents. Avec des témoignages et une synthèse pour mettre en avant les points clés. Également, des interviews d'ostéopathes qui nous font partager leur expérience et leur savoir-faire.

### interview

**28** Bernard Gabarel, ostéopathe DO

### enquête

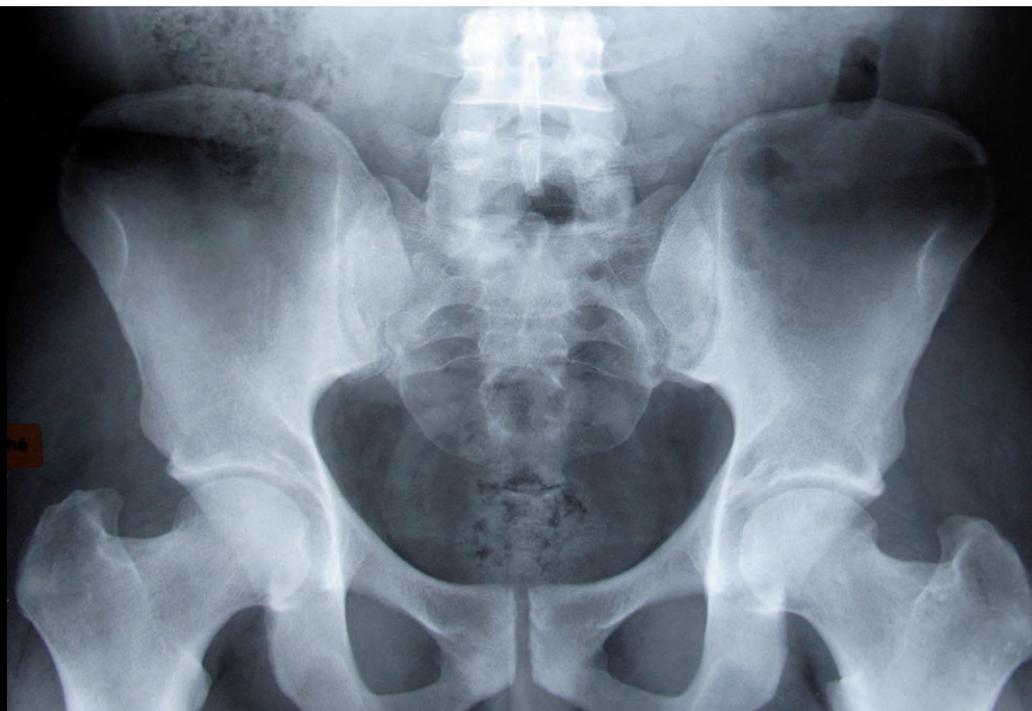
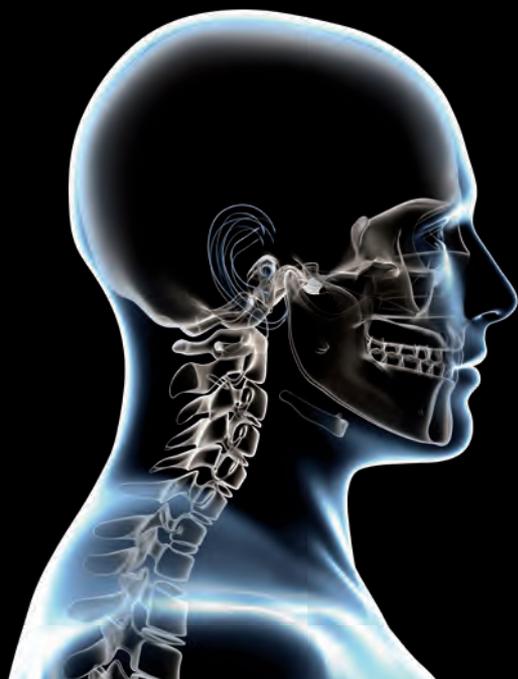
**30** Ostéopathie et occlusodontie  
Une prise en charge partagée

## HORIZONS

Certaines prises en charge (grands malades, personnes âgées, etc.) nécessitent une approche particulière du patient. Toute l'expertise de spécialistes pour adapter et personnaliser la prise en charge ainsi que des reportages pour présenter les complémentarités de l'ostéopathie avec d'autres pratiques.

### expérience

**40** Les chaînes musculaires et articulaires  
par la méthode GDS



## Forum de discussion ROF Vers une plate-forme commune à l'ostéopathie ?



À l'occasion de son congrès annuel, le ROF organisait, le 15 octobre dernier à Paris, un forum de discussion ouvert à tous. Plusieurs sujets ont été abordés : la retraite, l'académie d'ostéopathie, les aspects juridiques et pratiques des associations (loi 1901). Mais les débats ont essentiellement porté sur le dernier thème : la collaboration de trois associations socio-professionnelles, le SFDO, le SNOF et le ROF, autour d'une plate-forme commune.

Aujourd'hui, il existe six associations majeures socio-professionnelles dans le paysage ostéopathique français. Avec ces conséquences : la prise de parole est diluée, les messages divergents et les ostéopathes se retrouvent en perte de crédibilité. D'où l'objectif de ce projet de regrouper les forces, unifier la prise de parole, mutualiser certaines actions, optimiser les moyens financiers à travers une plate-forme commune d'ostéopathes exclusifs. Celle-ci réalisera des missions transversales tout en

conservant l'identité de chaque organisation. D'autre part, elle aura un rôle politique à travers la reconnaissance de l'ostéopathie comme profession de santé, la création d'un ordre professionnel, l'organisation des relations entre la profession et la formation, l'incitation du gouvernement à publier les décrets de la loi HPST de juillet 2009 et un encadrement plus strict de la profession. Les présidents des trois associations se sont exprimés sur ce projet. Voici quelques extraits de leurs propos.

**Jean Fancello, président du SNOF (syndicat national des ostéopathes de France)**

« Je suis d'accord avec ce constat : il y a trop d'écoles et il est nécessaire que la durée minimale des formations soit de 5 000 heures. L'ostéopathie doit être reconnue comme une profession de santé et un conseil de l'ordre doit être créé. Actuellement, le partage du titre est délétère pour la profession. Pour y parvenir, les axes de travail sont juridiques et politiques. Depuis vingt ans, le SNOF a choisi de mener son combat sur le plan juridique. Aujourd'hui, il est urgent d'exiger du ministère de la santé la publication du rapport de l'IGAS, sans quoi, la mise en place des commissions d'agrément sera inutile. »

**Philippe Sterlingot, président du SFDO (syndicat français des ostéopathes)**

« Aux niveaux sociologique, juridique et d'un point de vue fiscal, au vu de l'exonération de la TVA dont bénéficient les ostéopathes, la profession existe. Mais le cadre législatif est flou et le gouvernement hésite entre deux voies : une régulation très précise et une dérégulation complète. Dans ce second cas, la loi du marché ferait son œuvre. Un concept dangereux en matière de santé. Par ailleurs, l'évolution démographique soulève le risque de l'apparition de mauvaises pratiques (publicité sur internet, promotions, etc.). Pour y faire face, il est nécessaire de bien définir la profession à travers un référentiel métier et une déontologie transversale à l'ensemble des ostéopathes exclusifs. Nous avons également besoin d'un label de formation et du respect de l'obligation à la formation continue. Ces démarches permettront la publication d'un annuaire, accessible au grand public et garant des compétences. Dans le même temps, nous devons faire pression sur les pouvoirs publics pour que les décrets publiés soient de bons décrets. »

**Marianne de Montmartin,  
ex-présidente du ROF  
(registre des ostéopathes  
de France)**

« Il est possible de mener des actions sur les plans juridique et politique, de front ou alternativement. Pour l'instant, les modalités d'organisation de cette plate-forme commune ne sont pas encore définies mais il sera possible de créer une structure ad hoc. Le regroupement de l'ensemble des adhérents des trois associations donnera plus de poids à nos démarches et chaque structure apportera sa contribution dans le domaine où elle est la plus expérimentée : juridique pour le SNOF, législatif pour le SFDO et déontologique pour le ROF. Le modèle de la plate-forme sera

défini à partir d'un cahier des charges et les membres d'autres associations pourront rejoindre la plate-forme s'ils le souhaitent. »

Au lendemain de ce forum de discussion, la présidente du ROF, Marianne Montmartin a été écartée de la présidence au cours de l'assemblée générale du registre et Guy Villemain a été nommé à sa place. La question de la plate-forme n'a pas été soumise au vote des adhérents du ROF mais dans un courrier officiel à l'attention du SFDO et du SNOF, le ROF a affirmé sa volonté de poursuivre les travaux relatifs à la plate-forme commune. Une réunion a rassemblé les trois organisations le 4 novembre 2010, débouchant sur des accords de principe portant sur :

- la constitution d'une commission de rédaction d'une déontologie transversale sous la maîtrise d'œuvre du ROF,
- des actions juridiques et politiques visant à favoriser la publication de nouveaux décrets d'application de la loi HPST,
- des actions pour définir une conception commune de la profession d'ostéopathe et son positionnement dans le paysage de la santé,
- une campagne de communication politique commune.

La participation d'autres organisations aux travaux des futures commissions de la plate-forme a été évoquée à condition que ces dernières attestent que leurs membres exercent l'ostéopathie de manière exclusive (numéro ADELI en 00).



**Ensemble pour relever le défi d'une ostéopathie d'excellence**

Le FERO réunit au sein d'un même registre des ostéopathes européens confirmés, ayant satisfait aux exigences de temps d'étude et de niveau de connaissances et de compétence.

Un engagement pour comprendre les enjeux de l'ostéopathie, guider nos actions et notre comportement de praticien responsable. Nos valeurs communes nous permettent d'agir en nous basant sur des principes partagés par toutes et tous au sein du FERO partout en Europe.

- Une équipe qui fait preuve d'intégrité, d'engagement et de respect mutuel
- Une équipe qui partage énergie, enthousiasme et implication
- Une équipe qui se bat pour défendre une ostéopathie juste et durable

C'est par votre engagement que nous construirons l'avenir ici et maintenant pour répondre aux enjeux de demain.

La vocation du FERO est de rassembler les ostéopathes avec un label DO en soutenant un mémoire devant un jury international. Une session est prévue en 2011.

FERO, 22 rue de Romainville 93260 Les Lilas

[www.fero-osteo.com](http://www.fero-osteo.com)

# Académie d'ostéopathie

## Vers un véritable label de qualité

Créée en 1995, l'académie d'ostéopathie (AO) a pour vocation d'organiser la recherche, de réfléchir sur l'ostéopathie et ses concepts et d'offrir à la profession les moyens de communiquer à l'échelle nationale et internationale. C'est une structure indépendante qui accueille tout ostéopathe ayant eu son agrément, quelle que soit sa formation, à partir du moment où celle-ci a été agréée.



L'académie d'ostéopathie lance aujourd'hui un plan de communication auprès des ostéopathes. Pour Jean Peyrière, son directeur, « L'objectif de l'AO est d'être reconnue par toute la profession, voire par d'autres professions. Pour y parvenir, il faut qu'en 2011, l'AO soit perçue comme un véritable label de qualité. Nous comptons aujourd'hui 65 adhérents et nous souhaitons porter ce chiffre à 170. »

Dans ce but, l'AO veut développer une communication à travers des organismes formateurs et des institutions représentatives par la création d'un magazine en ligne, le *Mag AO*,

qui présentera des reportages audiovisuels. L'AO orientera sa communication pour développer des relations avec des organismes scientifiques. D'autre part, elle continuera l'édition de sa revue *Apostill* dont elle prévoit de publier trois numéros en 2011. Par ailleurs, l'AO s'intéresse depuis 2004 à la question du niveau de qualification des enseignants et des responsables pédagogiques des écoles d'ostéopathie. Une démarche qui a abouti au lancement du DUHEPS mention ostéopathie (diplôme universitaire des hautes études en pratique sociale) au sein de l'université François Rabelais de Tours. Cette

formation de niveau master I se déroule sur neuf sessions de deux jours par an pendant deux années. La participation d'enseignants provenant d'écoles diverses contribue par ailleurs à l'établissement de partenariats inter-écoles.

De plus, l'AO a contribué à mettre en place, toujours en partenariat avec l'université François Rabelais de Tours, une commission de VAE (validation des acquis de l'expérience) qui permet aux ostéopathes ayant une expérience dans l'enseignement de bénéficier d'une équivalence avec un master I en sciences de l'éducation. Depuis 2006, c'est une soixantaine d'ostéopathes qui ont pu obtenir cette équivalence. Un master II en sciences de l'éducation a ouvert ses portes dans les locaux de l'AO en septembre 2010. Il est accessible aux étudiants ayant validé leur DUHEPS ou leur VAE en maîtrise. Les mémoires réalisés par les étudiants du master II seront publiés dans *Apostill*.

Et Jean Peyrière de conclure : « Notre rôle n'est pas politique. Nous voulons faire reconnaître et élever l'ostéopathie exclusive à un haut niveau de qualification. Pour y arriver, il est indispensable que les enseignants aient aussi un niveau élevé de formation. »

### INREEP

Fondé en 2009, l'INREEP (institut national de recherche et d'études sur l'enseignement et les pratiques en ostéopathie) est une association partenaire de l'académie d'ostéopathie de France. Son objet est de promouvoir et d'organiser la recherche sur l'enseignement et les pratiques en ostéopathie pour former les ostéopathes à l'enseignement. Ses domaines d'expertises portent notamment sur la pédagogie, l'épistémologie (étude critique des sciences), la méthodologie en recherche et l'approche systémique de la pratique ostéopathique. L'INREEP a également pour objectif de construire des partenariats avec des établissements de formation et des associations socio-professionnelles.



<http://www.inreep-osteopathie.com/>

## L'ostéopathie viscérale

Dans le prochain numéro de *L'ostéopathe magazine*, nous aborderons la **sphère viscérale**. Un vaste sujet qui fait appel à de **nombreuses compétences et réunit plusieurs disciplines**. Pour traiter ce thème, nous avons choisi de nous appuyer sur les conférences qui ont réuni, au cours du **8<sup>e</sup> symposium ostéopathique de Nantes**, des professionnels d'horizons variés autour de cette thématique. **Anatomie clinique, fascias**, sphère digestive du **nourrisson**, **manipulations** spécifiques, **recherche**, etc. Au total, ce sont **14 conférences** qui nous permettront de développer tous ces aspects de l'ostéopathie viscérale.

Retrouvez également des **interviews** d'ostéopathes, notre analyse **juridique**, nos conseils de **gestion** pour votre cabinet et toute l'**actualité** de votre profession dans le prochain numéro de *L'ostéopathe magazine*.



Télésecrétariat médical & paramédical

Votre partenaire au quotidien



Pour 2011, A3COM exauce vos vœux



A3com - SC - mars 2011 - www.a3com.fr

Pour en savoir plus 01 45 14 75 01 ou [www.a3com.fr](http://www.a3com.fr)



A3 la Communication - Télésecrétariat 24h/24 7j/7  
41 rue de la prairie - 94120 Fontenay-sous-bois - Tél. : 01 45 14 75 00 - [www.a3com.fr](http://www.a3com.fr)

\*Sous réserve d'une connexion internet depuis votre mobile

## Bibed

# Un matelas multifonctionnel conçu pour le nouveau-né

À l'origine du matelas Bibed, il y a la volonté de prévenir les risques de déformations crâniennes dès la naissance. Créé par un ostéopathe, Alain Gautier, ce dispositif opérationnel dès 2003 a pour double objectif de donner à la tête du nourrisson une liberté de mouvement, tout en agissant sur les conditions menant à la création des modelages osseux de l'arrière du crâne. Une invention récompensée par la médaille d'or au Concours européen des inventeurs Lépine 2010.



Certaines déformations de l'arrière du crâne (tête plate ou aplatie d'un côté) sont en relation avec la position de couchage du nouveau-né sur le dos : elles sont essentiellement dues à une immobilisation quasi complète de la tête dans une position de rotation vers un seul côté durant les phases de sommeil et d'éveil. En appui très longtemps sur une même zone, le crâne va alors s'apla-

tir sous son propre poids. La tête, ainsi posée de façon très stable, reste en rotation sur un côté sans aucun effort de la part du nourrisson. Cette restriction de mobilité sera aggravée par tout élément contribuant à soulever la tête du nouveau-né (oreiller, transat, nid, etc.). Il existe aussi des obstacles mécaniques au mouvement d'origine anatomique et physiologique. De fait, la forme natu-

relle du crâne du nouveau-né est plutôt allongée et la position du crâne est reculée par rapport au plan du dos. Dans ces conditions, le changement de position, c'est-à-dire la sortie de la rotation, est extrêmement difficile. Dans la structure du matelas Bibed, le plan de support du dos a en conséquence été surélevé par rapport à celui de la tête : c'est le principe de « l'oreiller du dos ». Cela supprime l'obstacle de la longueur postérieure du crâne, diminue l'amplitude de flexion de la tête sur le cou et le thorax, et réaligne la tête, le cou et le haut du dos.

### Le principe de « l'oreiller du dos »

Ce dispositif stabilise donc la partie supérieure du dos et facilite l'action des muscles rotateurs de la tête. Le décalage de hauteur des plans redonne immédiatement une liberté de mouvement à la tête. Cette nouvelle position n'amène pas la tête du nouveau-né en extension lorsqu'elle est dans l'axe : elle réduit simplement la flexion et ne représente donc pas de risques supplémentaires en cas de reflux par exemple. Chez un adulte, cette position de



## LE PROBLÈME PHYSIOLOGIQUE DES TÊTES PLATES

ALAIN GAUTIER, OSTÉOPATHE DO  
ET INVENTEUR DU CONCEPT BIBED

### « Éviter la déformation plutôt que la corriger »

#### Quand les premiers signes de tête plate commencent-ils à apparaître ?

Dans ce type de plagiocéphalie, il n'y a aucun signe visible à la naissance. Cependant, le processus de déformation commence immédiatement avec l'immobilité relative de la tête. Pendant quelques semaines, les parents peuvent constater une rotation préférentielle de la tête du nouveau-né vers un même côté. Mais l'asymétrie de l'arrière du crâne ne deviendra vraiment visible qu'à partir de la huitième semaine.

#### Quel comportement adoptera le nourrisson ?

Lorsque la tête est dans l'axe, celle-ci est obligatoirement très fléchie vers le thorax, la zone antérieure du cou est comprimée. Cette position est très instable et insécurisante. Le nouveau-né va laisser tomber sa tête sur le côté où elle se stabilisera – notamment au cours des nombreuses heures de sommeil. Pour le nouveau-né, il sera alors très difficile de sortir de cette position : la forme de son crâne va constituer un véritable obstacle mécanique. Il devra mobiliser une énergie très importante. Il tournera peut-être trois à quatre fois par jour sa tête. Il finira par renoncer et adoptera cette position de rotation préférentielle. Si la tête est soulevée, l'augmentation de la flexion associée à la rotation entraînera une perte de mobilité encore plus importante.

#### Quelles seront les conséquences pour le développement du bébé ?

Le modelage va s'auto-entretenir encore quelques semaines. Si rien n'est fait, un certain nombre d'effets secondaires vont s'installer pendant ces premières semaines. L'asymétrie de développement de la motricité du bébé et les tensions créées sur tous les tissus de la base du crâne vont modifier le jeu naturel des muscles céphaliques de la mandibule, du cou, du thorax mais aussi dans l'ensemble du corps.

#### Ce phénomène est-il fréquent ?

Oui. Dans nos cabinets, nous voyons un très grand nombre de nourrissons pour cette indication et leur nombre ne diminue pas depuis quinze ans. Les études médicales publiées sur une population générale donnent des fourchettes extrêmement larges. Les chiffres sont donc inexploitablement. Toutefois, la déformation de l'arrière du crâne n'est pas systématique chez tous les nourrissons. Il existe des populations plus exposées à ce risque. Nous pourrions quantifier les déformations post-



natales. Si la valeur est faible, le modelage pourra disparaître naturellement. À partir d'un certain seuil, il est aujourd'hui impossible de prétendre à une amélioration naturelle.

#### Comment avez-vous vérifié l'efficacité du Bibed ?

Pendant trois ans, le Bibed a été testé par les trois ostéopathes de notre cabinet auprès d'environ 200 nouveau-nés, avec des résultats très significatifs. Nous avons prêté une vingtaine de Bibed à des parents pendant deux mois. Les nourrissons couchés depuis le quatrième jour sur le Bibed n'ont présenté aucune déformation post-naissance gravitaire. Nous avons eu quelques cas de petites déformations liées au mode de portage et d'alimentation du bébé, surtout lorsque les parents le couchaient en position inclinée dans un transat beaucoup trop longtemps. Nous avons donc conçu un système de couchage avec deux positions, dont une position plus inclinée qui peut éviter, jusqu'à deux mois, l'usage du transat.

#### Quelle différence avec le COCOONaBABY de Red Castle ?

Le COCOONaBABY est un produit de puériculture à l'origine destiné aux thérapeutes pour résoudre les problèmes liés à la prise en charge des grands prématurés. L'enveloppement du nouveau-né à travers l'invention d'un cocon a été formalisé. Cet outil semble parfaitement adapté pour aider le prématuré à se développer pendant cette période avant terme. Mais ce qui peut être nécessaire chez le bébé né à 32 semaines, par exemple poser la tête en flexion pour éviter un raccourcissement des tissus postérieurs du dos et du cou, n'est plus forcément adapté chez un bébé né à terme. Le Bibed, dont les choix techniques liés à sa conception ont été guidés par notre expérience ostéopathique, est adapté aux changements de taille et de poids du bébé qui grandit en s'allongeant sans jamais être confiné.

tête en extension serait inconfortable mais la comparaison n'est pas possible. Grâce à la mousse visco-élastique qui sert de support, le bébé pourra poser sa tête dans n'importe quelle position, sans aucun effort et de façon stable.

S'il est utilisé alors que la déformation est déjà visible, le matelas Bibed facilitera néanmoins la rotation de la tête et limitera les effets secondaires dus à son immobilisation et à la forme asymétrique du crâne. En redonnant cette liberté de mouvement au nouveau-né, le travail de l'ostéopathe sera facilité et consolidé. Le Bibed est également un matelas d'examen qui permet un excellent accès au corps du bébé lorsque celui-ci est posé. Ses différentes formes peuvent être utilisées pour créer des points d'appui quand le corps du nouveau-né est mis en mouvement.

L'ostéopathe doit prendre en compte les conditions environnementales de vie et de couchage du bébé et, le cas échéant, attirer l'attention des parents sur l'inconfort de cette position à plat sur le dos imposée aux bébés pendant quelques semaines. Elle est source de nombreux pleurs d'inconfort et de fatigue, obligeant les parents à porter le nourrisson dans les bras pour le sécuriser et l'endormir.

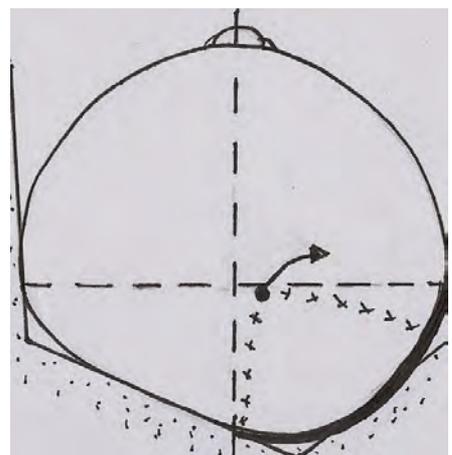
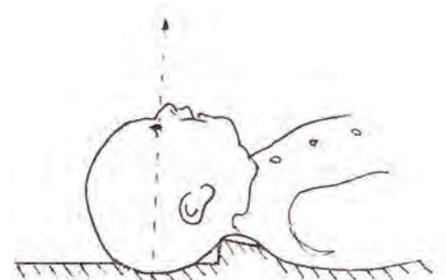
## Le matelas Bibed thérapeutique

Il existe une version thérapeutique du matelas Bibed. Elle a été conçue pour les nourrissons qui ont déjà une déformation avérée à la naissance (position fœtale ou / et dystocie de naissance) ou après huit semaines post-natal (plagiocéphalie occipitale posturale postérieure) et qui présentent encore une mobilité réduite de la tête. Cette version ne peut être utilisée et obtenue que par l'intermédiaire d'un thérapeute. Sa fonction n'est pas d'éviter la déformation : le nourrisson est né avec ou celle-ci s'est installée au cours des premières semaines après la naissance. Mais il pourra récupérer une rotation symétrique de la tête et éviter une aggravation du modelage. En effet,



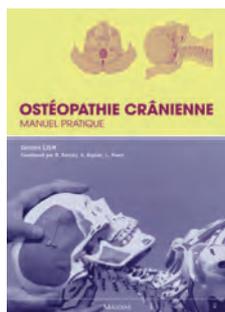
ces nourrissons auront de réelles difficultés pour mobiliser leur tête de façon symétrique. Celle-ci sera en relative immobilité pendant quelques semaines.

Cette position fixe, asymétrique et la faible expérience motrice qui en résulte, entraîneront des effets secondaires dans tout le corps. Nous trouverons une asymétrie de développement moteur au niveau du cou, du dos et de la rotation du bassin. La forme du thorax va devenir asymétrique. Au niveau crânien, il y aura des effets visibles sur la forme et la dynamique de la mandibule. En redonnant une liberté de mouvement à la tête et un choix de position stable pour celle-ci, le Bibed réduira ou éliminera ces effets secondaires le plus souvent, en seulement quelques jours d'utilisation. Ce matelas est prêté aux parents avec des recommandations pour un positionnement du corps du bébé et de sa tête. La tête est réversible pour s'adapter à une plagiocéphalie gauche ou droite. Elle peut être déplacée en hauteur ou largeur selon les besoins de calage ou de mouvement...



Toutes les informations sur le Bibed sur [www.bibed-concept.com](http://www.bibed-concept.com)

## LIVRES



## Ostéopathie crânienne. Manuel pratique

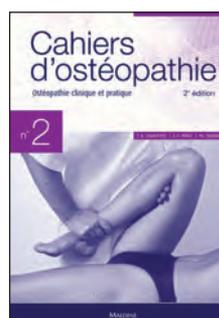
**Torsten Liem**  
Éditions Maloine  
688 pages  
janvier 2010  
70 €  
ISBN : 9782224031947

Ce manuel fournit une compilation complète des études récentes et des travaux de recherche en ostéopathie crânienne. Il a pour objectifs d'améliorer l'évaluation des réponses au traitement et de permettre une approche palpatoire plus globale du patient, avec un approfondissement des différentes dimensions du toucher et de la résonance. Il permet également d'optimiser la différenciation dans l'examen du crâne des patients et facilite le processus d'écoute consciente au cours de la palpation. Il clarifie l'acte de synchronisation thérapeutique avec les forces homéodynamiques dans les tissus et permet de mieux comprendre les étapes de croissance et les modes d'ossification des os qui expliquent l'existence de certaines fenêtres de temps dans le traitement. Enfin, il fournit une compréhension plus précise des sutures du crâne pour administrer un traitement approprié. Cet ouvrage est à la fois un manuel pour l'apprentissage de l'ostéopathie crânienne et une base de référence pour le praticien.

### Le point de vue d'Olivier Massi, ostéopathe DO

Le livre de Torsten Liem est aussi bien destiné aux étudiants qu'aux professionnels qui s'intéressent aux techniques crâniennes. Très agréable à lire, il est appelé à devenir, pour tous les praticiens, une référence de l'ostéopathie crânienne que l'auteur qualifie de « sujet le plus controversé en médecine ostéopathique ». L'ouvrage est structuré en une vingtaine de chapitres reprenant tous les aspects de cette discipline : l'histoire, les différents modèles établis par William Garner Sutherland, Harold Magoun ou encore Viola Frymann, mais également des recherches plus récentes, celles de Nelson ou de Moskalenko, et leurs limites. Ces travaux pourraient conforter le praticien dans son ressenti lorsqu'il pose les mains sur le crâne d'un patient, dubitatif ou convaincu. Des chapitres sont consacrés à l'anatomie des os crâniens, des ventricules mais aussi au « core-link » et aux diaphragmes. C'est un ouvrage complet où l'ostéopathie crânienne est expliquée et impliquée dans un système plus large.

Les photos, les schémas et les textes, accessibles et clairs, permettent une meilleure mémorisation et une recherche rapide. L'étendue des notes d'auteurs est révélatrice de l'état de la recherche internationale en cours pour faire progresser cette discipline. L'auteur fait remarquer que la rigueur méthodologique est nécessaire pour que l'ostéopathie crânienne puisse « être reconnue en tant que médecine moderne ». Mais, précise-t-il plus loin, la recherche en ostéopathie « ne fait habituellement pas l'objet de promotion ni de soutien par les groupes financiers puissants » d'où « le nombre relativement faible d'essais cliniques en ostéopathie ».



## Ostéopathie clinique et pratique - Cahiers d'ostéopathie n° 2 - 2<sup>e</sup> édition

**André Chantepie, Jean-François Pérot et Philippe Toussiro**  
Éditions Maloine, 416 pages  
juillet 2010. 48 €  
ISBN : 9782224032470

La nomenclature anatomique de cette réédition a été entièrement actualisée. La première partie de l'ouvrage aborde la sémiologie et permet ainsi d'établir un diagnostic différentiel d'exclusion. L'examen du patient, avec une anamnèse détaillée et des tests ostéopathiques, nécessite en effet une bonne connaissance de la sémiologie et de la physiologie. Ces deux notions sont fondamentales pour une approche globale, première règle de l'ostéopathe. Une série de tests spécifiques complémentaires à adjoindre à l'examen de base du patient, selon les signes cliniques et la symptomatologie, est également présentée de façon détaillée. Les techniques de normalisation du rachis et des membres sont illustrées par de nombreuses photos et des protocoles types de traitements sont proposés pour les pathologies les plus fréquemment abordées en ostéopathie. Ils orienteront l'ostéopathe dans la conduite de son traitement en lui donnant un axe de travail, sans jamais se substituer à la prise en compte des spécificités cliniques. Cet ouvrage est une synthèse des principales techniques structurelles vertébrales et périphériques.

### Le point de vue d'Olivier Massi, ostéopathe DO

La deuxième édition d'*Ostéopathie clinique et pratique* se présente un ouvrage intéressant pour le praticien et pour l'étudiant. Dans un même volume, il regroupe les techniques structurelles, uniquement HVBA (haute vitesse basse amplitude), du rachis et des membres. Ces techniques sont illustrées par des photos de bonne qualité. Néanmoins, nous regretterons l'absence de schémas explicatifs, notamment pour les étudiants, afin de faciliter la compréhension et la mémorisation des techniques. La première partie sur la sémiologie est très utile pour la pratique de cabinet. Le chapitre consacré au traitement ostéopathique de certaines pathologies peut donner des idées aussi bien au praticien qu'à l'étudiant qui aborde la clinique pour la première fois. Les auteurs ont la sagesse d'insister sur le fait que leurs protocoles ne sont pas « exhaustifs ».

janv.

**DU ostéopathie du sport  
Janvier à juin**

Université de Bretagne  
Occidentale  
Lieu : Brest (29)  
Tarif : 2 300 €  
www.univ-brest.fr

**Formation en techniques  
de reboutement**

7 et 8 janvier  
IFCOS  
Lieu : Paris (75)  
Tarif : 395 €  
www.ifcos.fr

**SAT : Specific Adjusting  
Technique**

Du 7 au 9 janvier  
CFPCO  
Lieu : Paris (75)  
Tarif : 800 €  
www.cfpcoc.fr

**Ostéopathie - fasciapraxis  
(niveau 3)**

8 et 9 janvier  
Yves Laval  
Lieu : Lisses-Essonne (91)  
Tarif : 305 €  
www.fasciapraxis.com

**Approche ostéopathique  
des sciatiques, cruralgies  
et brachialgies...**

Du 8 au 10 janvier  
CFPCO  
Lieu : Bruxelles  
Tarif : 595 €  
www.cfpcoc.fr

**Accompagnement  
ostéopathique  
de la maternité**

Du 13 au 15 janvier  
AFCMS  
Lieu : Avignon (84)  
Tarif : 590 €  
www.afcms.fr

**L'alphabet  
du corps humain :  
les lettres hébraïques  
en ostéopathie  
crânienne**

Du 14 au 16 janvier  
ATMAN  
Lieu : Sophia Antipolis (06)  
Tarif : 450 €  
www.atman.fr

**Perfectionnement  
en techniques structurelles  
et ostéopathie des sportifs  
de haut niveau**

15 et 16 janvier  
Sport ostéo  
Lieu : Clermont-Ferrand (63)  
Tarif : 390 €  
www.sport-osteo.com

**Ostéopathie viscérale :  
les bases**

Du 15 au 17 janvier  
CFPCO  
Lieu : Paris (75)  
Tarif : 595 €  
www.cfpcoc.fr

**Ostéopathie  
en néonatalogie  
et pédiatrie**

18 et 19 janvier  
IFCOS  
Lieu : Paris (75)  
Tarif : 395 €  
www.ifcos.fr

**Fascias  
20 janvier**

ISO Lille  
Lieu : Loos (59)  
Tarif : 280 €  
www.lille-osteopathie.fr

**Ostéopathie crânienne  
structurelle, tenségrité  
et orthodontie**

20 et 21 janvier  
Bretagne ostéopathie  
Lieu : Ploemeur (56)  
Tarif : 320 €  
www.bretagne-osteopathie.com

**Manipulations neurales  
Du 20 au 22 janvier**

AFCMS  
Lieu : Avignon (84)  
Tarif : 620 €  
www.afcms.fr

**Du fonctionnel  
au structurel...  
21 janvier**

ISO Lille  
Lieu : Loos (59)  
Tarif : 280 €  
www.lille-osteopathie.fr

**Centrage ostéopathique  
sensitif (2<sup>e</sup> séminaire)**

Du 21 au 23 janvier  
Dubois-Hansroul  
Lieu : Spa (Belgique)  
Tarif : n.c.  
www.dubois-hansroul.be

**Le lien mécanique  
ostéopathique (niveau 2)  
Du 21 au 23 janvier**

ATMAN  
Lieu : Sophia Antipolis (06)  
Tarif : 450 €  
www.atman.fr

Problèmes et pièges  
de la grossesse  
et de l'accouchement

22 janvier

ISO Lille

Lieu : Loos (59)

Tarif : 150 €

[www.lille-osteopathie.fr](http://www.lille-osteopathie.fr)

Perfectionnement  
en techniques  
structurelles  
et ostéopathie  
des sportifs

de haut niveau

28 et 29 janvier

Sport ostéo

Lieu : Caen (14)

Tarif : 390 €

[www.sport-osteo.com](http://www.sport-osteo.com)

Ostéopathie  
et profession dentaire...

Du 28 au 30 janvier

ATMAN

Lieu : Sophia Antipolis (06)

Tarif : 450 €

[www.atman.fr](http://www.atman.fr)

Ostéopathie viscérale :  
les bases

Du 28 au 30 janvier

CFPCO

Lieu : Bruxelles

Tarif : 595 €

[www.cfpcos.fr](http://www.cfpcos.fr)

Présentation du lien  
mécanique ostéopathique  
et application pratique  
sur l'ATM

Du 28 au 30 janvier

osteo-evolution

Lieu : Aix-en-Provence (13)

Tarif : 580 €

[www.osteo-evolution.fr](http://www.osteo-evolution.fr)

Application du concept de  
tenségrité à l'ostéopathie  
(niveau 1)

29 et 30 janvier

Ostéo-évolution

Lieu : Aix-en-Provence (13)

Tarif : 390 €

[www.osteo-evolution.fr](http://www.osteo-evolution.fr)

## fév.

Ostéopathie et périnatalité  
3 et 4 février

Bretagne ostéopathie

Lieu : Ploemeur (56)

Tarif : 320 €

[www.bretagne-osteopathie.com](http://www.bretagne-osteopathie.com)

Accompagnement ostéo-  
pathique de la mère, du  
nourrisson et de l'enfant :  
approche fluide

Du 4 au 6 février

Bretagne ostéopathie

Lieu : Rennes (35)

Tarif : 300 €

[www.bretagne-osteopathie.com](http://www.bretagne-osteopathie.com)

Perfectionnement en techni-  
ques structurelles : stage 4  
3 et 4 décembre

CFPCO

Lieu : Paris (75)

Tarif : 395 €

[www.cfpcos.fr](http://www.cfpcos.fr)

Séminaire abdomen -  
thorax

5 et 6 février

Les ateliers de l'ostéopathie

Lieu : Saint-Leu-la-Forêt (95)

Tarif : 150 €

[www.ateliers-osteopathie.fr](http://www.ateliers-osteopathie.fr)

Approche ostéopathique  
des sciatiques, cruralgies  
et brachialgies...

Du 5 au 7 février

CFPCO

Lieu : Paris (75)

Tarif : 595 €

[www.cfpcos.fr](http://www.cfpcos.fr)

Du fonctionnel  
au structurel...

10 février

ISO Lille

Lieu : Loos (59)

Tarif : 280 €

[www.lille-osteopathie.fr](http://www.lille-osteopathie.fr)

Ostéopathie  
structurelle appliquée  
à deux pathologies  
de l'épaule : périarthrite

scapulo-humérale

et névralgie

cervico-brachiale

11 et 12 février

Bretagne ostéopathie

Lieu : Ploemeur (56)

Tarif : 320 €

[www.bretagne-osteopathie.com](http://www.bretagne-osteopathie.com)

Techniques  
de reboutement

11 et 12 février

IFCOS

Lieu : Bruxelles

Tarif : 395 €

[www.ifcos.fr](http://www.ifcos.fr)

Integrative Osteopathic  
Technique : manipulations  
structurelles...

Du 11 au 13 février

CFPCO

Lieu : Paris (75)

Tarif : 595 €

[www.cfpcos.fr](http://www.cfpcos.fr)

## fév.

### Médecine ayurvédique en ostéopathie

Du 11 au 13 février

ATMAN

Lieu : Sophia Antipolis (06)

Tarif : 450 €

[www.atman.fr](http://www.atman.fr)

### Posturologie

12 et 13 février

AFCMS

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 420 €

[www.afcms.fr](http://www.afcms.fr)

### Tests et techniques ligamentaires sur le rachis et le bassin

Du 18 au 20 février

ATMAN

Lieu : Sophia Antipolis (06)

Tarif : 450 €

[www.atman.fr](http://www.atman.fr)

### Formation en shiatsu

19 et 20 février

AFCMS

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 350 €

[www.afcms.fr](http://www.afcms.fr)

### Approche et méthodologie des techniques structurales tissulaires (1/3)

24 et 25 février

Bretagne ostéopathie

Lieu : Lorient (56)

Tarif : 300 €

[www.bretagne-osteopathie.com](http://www.bretagne-osteopathie.com)

### Initiation à l'homéopathie adaptée à l'ostéopathie

25 et 26 février

ATMAN

Lieu : Sophia Antipolis (06)

Tarif : 300 €

[www.atman.fr](http://www.atman.fr)

Séminaires de formation  
à la Médecine traditionnelle orientale  
à BALI

Acupuncture    Pharmacopée    Shiatsu    Tuina



Venez découvrir sur l'« île des dieux » les fondements théoriques de la **Médecine traditionnelle chinoise**. Au côté de professionnels diplômés vous apprendrez à la mettre en pratique dans vos actes thérapeutiques.

Seul(e) ou en famille, vous apprécierez les charmes de l'île de Bali.

Réservez votre séminaire : [www.regarddasie.com](http://www.regarddasie.com)

Contactez-nous : 06 22 41 10 62

 REGARD  
d'Asie  
[www.regarddasie.com](http://www.regarddasie.com)

### Ostéopathie viscérale post-chirurgicale : traitement des cicatrices, des fibroses et des fascias

Du 25 au 27 février

CFPCO

Lieu : Paris (75)

Tarif : 595 €

[www.cfpc.fr](http://www.cfpc.fr)

### Plagiocéphalie et torticolis du nourrisson

Du 27 février au 6 mars

PLP Formation

Lieu : Maroc

Tarif : 1 500 €

[www.plpformation.fr](http://www.plpformation.fr)

# AGENDA

**14 et 15 janvier 2011**

## Ostéopathie et solidarité

L'association FédOsoli organise ses premières journées les 14 et 15 janvier 2011 à Grenoble. L'objectif de ces journées est d'aider les ostéopathes à mieux comprendre la relation au corps des personnes démunies et ainsi mieux aborder leurs problèmes de santé. À travers les expériences de professionnels investis pour améliorer la santé des personnes pauvres, précaires ou exclues, le monde de l'ostéopathie et celui de la solidarité pourront apprendre à se connaître. Au cours de la première journée, M. Barreto, médecin, présentera la thérapie communautaire avant d'entamer le débat sur la place de l'ostéopathie dans ce contexte de soin. Le lendemain, Sylvie Zucca, psychiatre et psychanalyste, abordera le thème de la désocialisation en prélude aux témoignages de participants sur leurs expériences de soins ostéopathiques et humanitaires. Enfin, Alain Andrieux, ostéopathe, conduira une séquence pratique autour de la notion de solidarité en ostéopathie.

**Pour s'inscrire et pour plus d'informations, contacter**

**Éric Perraux, président de FédOsoli :**  
fedosoli@gmail.com

**26 janvier 2011**

## Journées portes ouvertes de l'UFOF

Le mercredi 26 janvier 2011, l'UFOF (union fédérale des ostéopathes de France) organise sa 4<sup>e</sup> édition des journées « portes ouvertes ». Le principe est simple. Les personnes désireuses de découvrir l'ostéopathie prennent rendez-vous auprès d'un ostéopathe participant à l'événement. La consultation dure 15 minutes, le temps de dresser un bilan individuel

et d'émettre quelques préconisations. Elle est gratuite et l'ostéopathe peut donner des éléments d'information sur sa profession et ses spécificités. Auparavant, les ostéopathes volontaires se sont inscrits sur une liste diffusée sur le site de l'UFOF. Pour faire connaître l'événement auprès du grand public, une communication est organisée dans toute la France. La précédente opération avait mobilisé environ 130 ostéopathes, adhérents et non adhérents de l'association.

**Plus d'informations sur :**  
[www.osteofrance.com](http://www.osteofrance.com)

**28 janvier 2011**

## 2<sup>nd</sup> symposium SEROPP

Le 2<sup>nd</sup> symposium de la SEROPP (société européenne de recherche en ostéopathie périnatale et pédiatrique) aura pour thème « Reconnaître la douleur » et se déroulera à Paris le 28 janvier 2011. De nombreux sujets seront abordés. Chantal Wood, pédiatre anesthésiste, ouvrira le symposium par une présentation sur la prise en charge de la douleur par l'hypnose. Isabelle Barbier, orthophoniste, abordera les troubles de la succion/déglutition chez les tout petits et Fabienne Rançé, pédiatre et allergologue, l'allergie du petit enfant. Noël Méi, neurobiologiste, fera le point sur les mécanismes de la douleur somatique et de la douleur viscérale et présentera les applications chez l'enfant. Roselyle Lalauze-Pol, ostéopathe DO et présidente de la SEROPP, apportera son expertise sur l'ostéopathie du développement. Michel Lecendreau, pédopsychiatre expliquera comment prendre en charge l'enfant « ADD » (trouble du déficit de l'attention) et Danielle Vermeulen, anthropologue, clôturera le symposium par une conférence sur le coma de l'enfant.

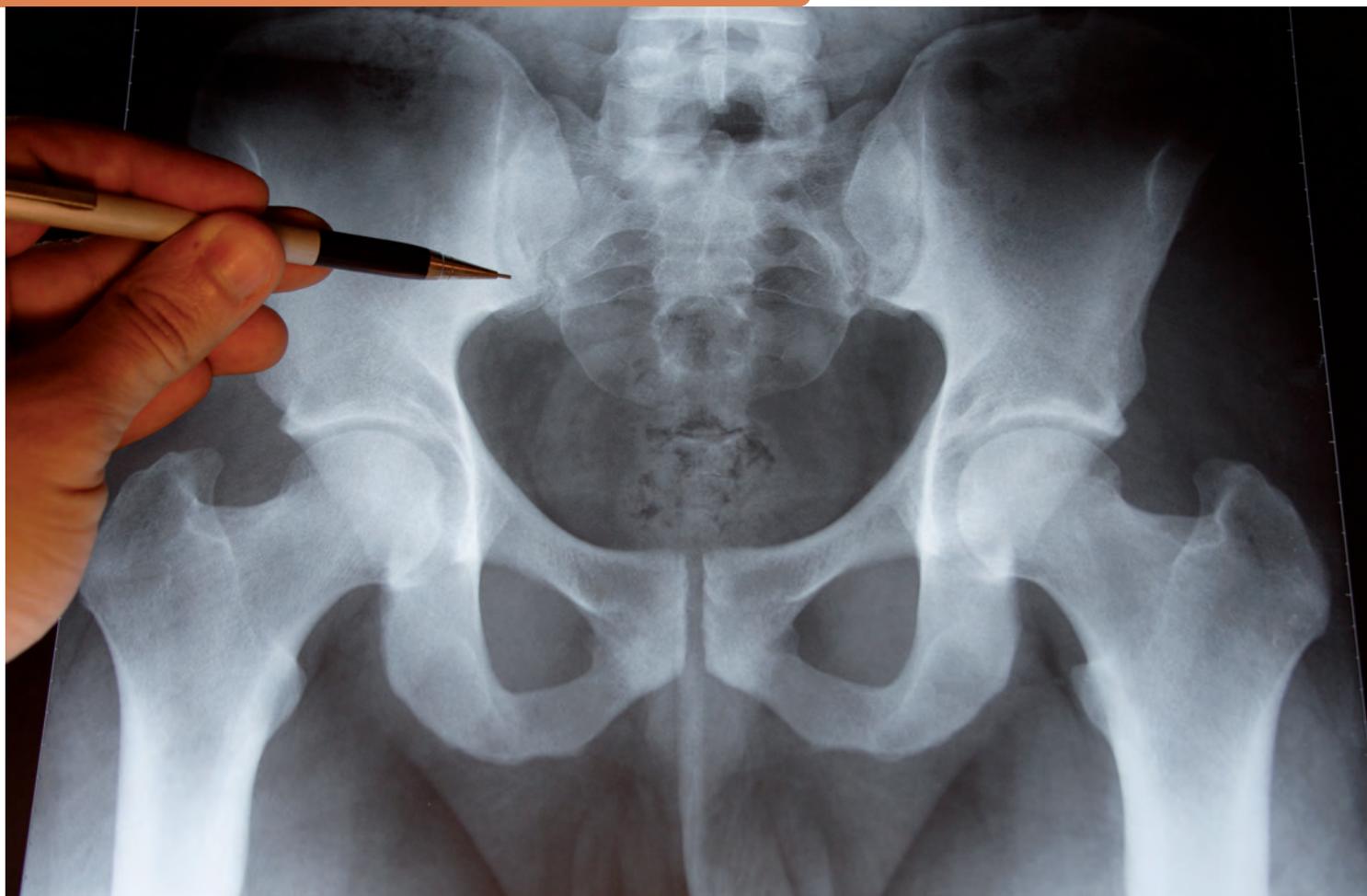
**Plus d'informations sur**  
[www.osteopathie-perinatale-pediatrique.com](http://www.osteopathie-perinatale-pediatrique.com)

**Du 10 au 14 février 2011**

## 1<sup>er</sup> congrès international d'hiver en ostéopathie de Montréal

Le 1<sup>er</sup> congrès international d'hiver en ostéopathie de Montréal se déroulera du 10 au 14 février 2011. Il sera rythmé par 6 ateliers répartis sur 4 jours et une journée de conférences dont la première sera animée par Armand Gersanois, ostéopathe DO et président de la FEO (fédération européenne des ostéopathes). Elle portera sur l'évaluation et techniques de la recherche en ostéopathie selon les derniers critères internationaux. Une présentation complétée par celle de Bianca d'Antono, chercheur et psychologue, « La recherche : faire ses preuves », et celle de Clive Standen, ostéopathe DO, sur la place de la recherche des étudiants dans le développement de la profession d'ostéopathe. Ensuite Paul Klein, ostéopathe DO, présentera ses travaux sur la cinématique 3D in vivo et segmentaire sur le rachis cervical avant que Françoise Desrosiers, ostéopathe DO, n'entame sa conférence intitulée : « Réflexions sur l'ostéopathie, legs des fondateurs A.T. Still & W.G. Sutherland ». Patrick Chêne, vétérinaire et ostéopathe DO, abordera le concept de tenségrité à travers « Une vision du corps tout en tenségrité : étude sur le chien », alors que Jean-Pierre Guillaume, ostéopathe DO, développera le thème « Du concept à l'évaluation clinique ». Cette journée de conférences sera conclue par deux présentations : « Ostéopathie clinique et médecine dentaire » par Isabelle Hue, ostéopathe DO, et « La roue de la vie, ou loi des cinq éléments en médecine traditionnelle chinoise », par Christine Angelard médecin, homéopathe, praticienne en médecine chinoise et naturopathe.

**Plus d'informations sur :**  
[www.osteopathiecanada.ca](http://www.osteopathiecanada.ca)



## Ateliers du SFDO

# La pluridisciplinarité à l'affiche

Du 7 au 9 octobre dernier se sont tenus à Paris les ateliers du syndicat français des ostéopathes. L'assemblée générale a été précédée par deux journées d'ateliers aux cours desquelles des conférences scientifiques ont conduit à mieux connaître les travaux et les disciplines de différents praticiens : chirurgiens, rhumatologues, podologues, etc. Les exemples et les thématiques développés ont amené à envisager de nombreuses complémentarités entre l'ostéopathie et ces spécialités médicales. Dans ces possibles collaborations, le diagnostic revêt toute son importance et permet de déterminer les domaines d'intervention et les rôles de chaque thérapeute. Mais les ateliers du SFDO ont débuté par une série de conférences portant sur les aspects socio-professionnels de l'ostéopathie. Analyse sociologique, relation concurrentielle et considérations déontologiques ont été abordées par des spécialistes. Une autre vision de l'ostéopathie a ainsi pu être offerte aux ostéopathes.

Voici le compte-rendu de ces deux journées de conférences auxquelles a participé *L'ostéopathe magazine*.

## LES GRANDES INDICATIONS PODOLOGIQUES : DE LA PHYSIOPATHOLOGIE AU TRAITEMENT

MARC RÉTALI, PODOLOGUE

**Ostéopathie et podologie orthopédique présentent, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, de grandes affinités.**

**Pourquoi ? Pour répondre à cette question, il est avant tout nécessaire de mieux connaître cette discipline qu'est la podologie.**

La podologie est une profession médicale à responsabilité limitée (comme les dentistes et les sages-femmes), avec un droit de prescription médicale relatif (imagerie et médicaments relatifs à la profession), un remboursement des soins par la sécurité sociale et le droit et la liberté de diagnostic. Elle regroupe deux activités distinctes : la pédicurie, traitement des affections cutanées du pied, et la podologie, traitement, à partir du pied, des troubles locomoteurs.

La podologie comporte deux grandes orientations : l'orthopédie mécaniste et la posturologie. La mission du podologue sera orthopédique quand il s'agira de considérer le pied comme un élément moteur. Les motifs de consultation seront alors des douleurs au pied, au genou, au dos, etc. Son rôle relèvera de la posturologie quand il faudra traiter le pied comme un organe sensoriel à travers ses capteurs proprioceptifs. Les motifs de consultation seront différents : maux de tête, troubles de l'apprentissage, du comportement, etc. Mais parfois, les indications relevant de l'orthopédie et de la posturologie se chevauchent. Il est alors nécessaire de bien faire le distinguo entre les deux approches thérapeutiques et un diagnostic posturologique ne pourra être envisagé qu'après avoir éliminé les diagnostics orthopédiques conventionnels.

### Différencier lésionnel et fonctionnel

Ainsi, le podologue, comme l'ostéopathe et tout thérapeute, n'échappe pas à l'obligation de diagnostic. Pour cibler ces indications, l'examen clinique est indispensable, notamment pour différencier le lésionnel du fonctionnel. Une fois le diagnostic fonctionnel établi, le but est de rechercher une cause mécanique à la surcharge.

Tout l'intérêt du traitement podologique sera de modifier la fonction pour modifier la contrainte. Et s'intéresser à la fonction, c'est s'intéresser aux morphotypes. Les morphotypes ont certes des prédispositions génétiques innées mais également des modifications toniques acquises : genu varum et sport. Les morphotypes ne sont pas considérés de manière statique mais dans leur fonction : ils sont dynamiques ou globaux. Les morphotypes globaux sont regroupés en quatre catégories : arcature valgusante globale ; arcature varusante ; arcature mixte et autres ; différentes typologies de jambes courtes : anatomique, induite ou secondaire, fonctionnelle 1 et 2, et fausse jambe courte. Le faux membre court résulte d'un processus dysfonctionnel créant une torsion positionnelle du bassin (iliaque postérieur). Il est souvent dû à une chute, un traumatisme direct, des positions antalgiques, etc.

Les anomalies positionnelles entraînent des conséquences mécaniques fonctionnelles par surcharge. Le podologue devra donc analyser la fon-

tion mécanique. Il a à sa disposition de nombreux outils : analyse des pressions, analyse des forces, mise en situation dynamique ou test avec flexion du genou en uni-podal. Physiologiquement, le genou se fléchit dans l'axe du pied. Si l'axe du genou tourne en dedans, il y a une contrainte valgusante avec rotation interne. Si l'axe du genou tourne en dehors, la contrainte est varusante avec rotation externe.

À partir de ces indications, les diagnostics pourront porter sur des indications très variées. Pour le pied, il s'agira de métatarsalgie, myoaponévropathie, talalgie, enthésopathie, mal perforant, etc. Pour la cheville, d'entorse, d'instabilité, de périostite tibiale, etc. Pour la hanche, le bassin et le rachis et tout trouble positionnel du bassin, il s'agira de pubalgie, trochantéralgie, syndrome du piriforme, rachialgie et lombofessalgie, etc.

### Des indications très variées

Ainsi, la pose d'orthèses plantaires ne concernera pas uniquement des indications localisées au niveau du pied. Une semelle orthopédique ne peut donc pas être réalisée sans examen clinique, sans diagnostic à mettre en relation avec des mécanismes pathogènes. Une orthèse plantaire peut traiter d'autres motifs que les seuls motifs plantaires. Elle constitue un outil supplémentaire dans l'arsenal des traitements en complément des autres thérapeutiques. D'où l'intérêt de la pluridisciplinarité.

### QUAND ORIENTER LE PATIENT VERS UNE PRISE EN CHARGE ORTHODONTIQUE OU POSTURALE ?

FERNAND KIMMEL, ORTHODONTISTE

Il n'y a pas de réponse absolue à cette question mais une vision personnelle propre à chaque praticien. Au préalable, il est néanmoins nécessaire de bien comprendre comment un ostéopathe et un orthodontiste pourront travailler ensemble. Une démarche qui nécessite un regard transdisciplinaire basé sur l'observation clinique et l'anatomie fonctionnelle. En orthodontie, il est difficile de sortir du cadre de la structure pour s'intéresser à la fonction. Domaine où l'ostéopathie présente de nombreux intérêts.



## PTH (PROTHÈSE TOTALE DE HANCHE) PAR VOIE ANTÉRIEURE : NOUVELLES DONNÉES NICOLAS BONIN, CHIRURGIEN

En France, 120 000 prothèses totales de hanche (PTH) sont posées chaque année. Cette opération chirurgicale affiche un fort taux de réussite : dix ans

après la pose, ce taux est de 90 % et de 80 % après vingt ans. Les principaux motifs d'insatisfaction que peuvent rencontrer les patients sont les luxations et les inégalités de longueurs. Nicolas Bonin, chirurgien, a présenté les différentes options d'interventions, par chirurgie mini-invasive et par chirurgie standard.

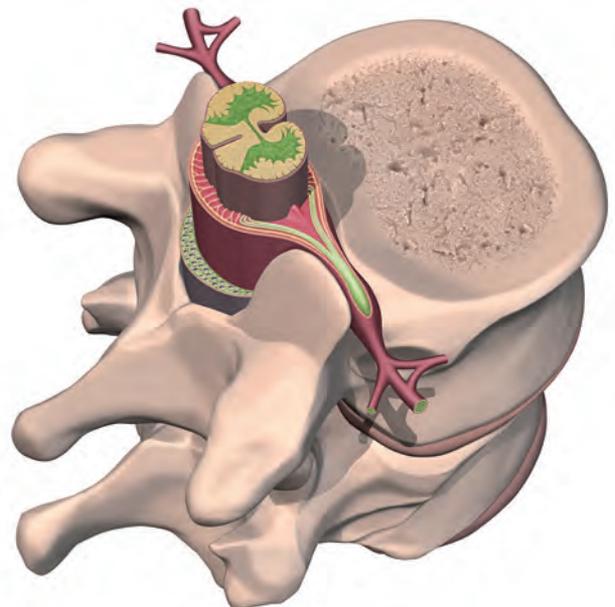
Pour poser une PTH, il faut exciser une partie de la capsule articulaire et réaliser une section musculaire et tendineuse plus ou moins importante selon la voie d'abord choisie pour exposer l'articulation de la hanche où siège la coxarthrose. Cette atteinte anatomique inévitable diminue la stabilité de l'articulation et augmente le risque de luxation. Ce risque est plus élevé pendant les trois mois suivant l'opération, le temps de récupérer la force et le tonus musculaire. Pendant cette période post-opératoire, il est donc primordial pour le patient de respecter les restrictions de mouvements enseignées notamment par les kinésithérapeutes.

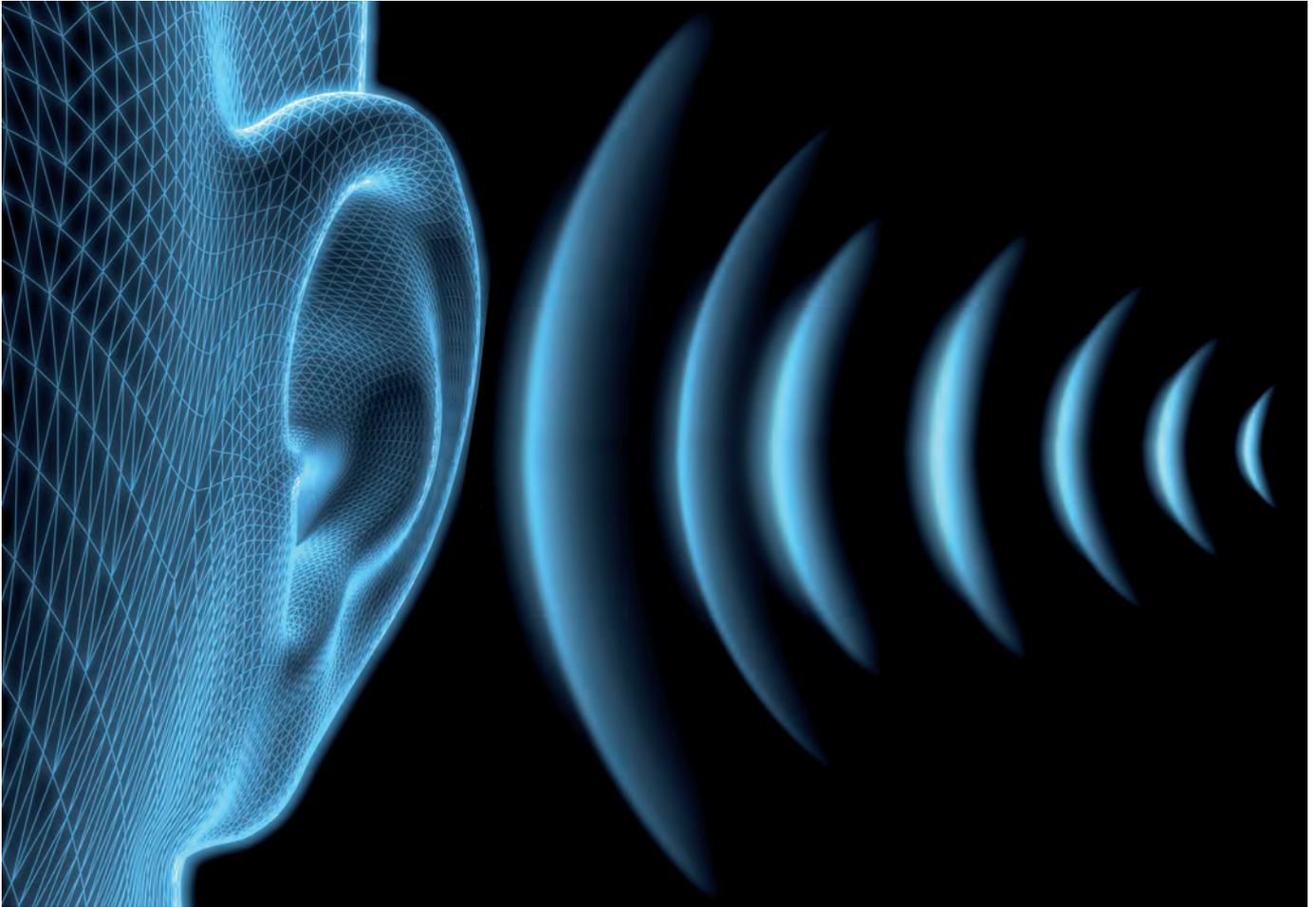
### La PTH, description

La PTH a pour but de remplacer l'articulation coxo-fémorale quand elle est usée, c'est-à-dire lorsque le cartilage articulaire a disparu, entraînant une arthrose de la hanche appelée coxarthrose. Il existe une grande variété de prothèses en tailles et en formes, mais toutes sont constituées de deux implants indépendants : une pièce fémorale et une cupule cotyloïdienne. Le cotyle prothétique s'implante dans le bassin à l'endroit du cotyle naturel. Il est composé d'une cupule hémisphérique en polyéthylène, en métal ou en céramique. La pièce fémorale est composée d'une tête fémorale métallique ou en céramique sphérique enchâssée sur la tige fémorale. Le diamètre de la tête prothétique est identique au diamètre interne de la cupule cotyloïdienne. La tige fémorale sert à ancrer la prothèse dans le fût fémoral osseux. La fixation des composants sur l'os peut être assurée de deux manières : soit par un ciment chirurgical, soit par repousse osseuse secondaire au contact de l'implant.

## ACTUALITÉS 2010 SUR LA HERNIE DISCALE OLIVIER GALLAND, CHIRURGIEN

Lorsque le disque intervertébral subit trop de pression, il expulse le noyau qui perfore l'annulus et qui se répand dans le canal vertébral : la hernie discale apparaît. Ainsi, la véritable hernie discale est celle du sujet jeune qui subit un traumatisme après un effort. Cependant, la lésion la plus souvent rencontrée se trouve chez le sujet âgé et elle est due à l'usure. Mais tout se résume-t-il aux pathologies discales ? La pathologie n'apparaît que dans le traumatisme mais il y a souvent des microtraumatismes répétés. Dans le traitement de ces pathologies, il faut rechercher des morphotypes. Il existe quatre morphotypes de la colonne vertébrale, de la souplesse à la raideur. Le type 1 est raide, le type 4, hypersouple et caractérisé par une horizontalisation du sacrum. Aujourd'hui, lorsqu'une indication chirurgicale de la hernie discale est posée, le chirurgien a le choix entre plusieurs options et dispose de nouvelles techniques. Selon les options, les résultats seront variables mais la pose de prothèses apporte de très bons résultats et le taux de récurrence de la hernie discale est alors plus faible. Néanmoins, cette méthode pose un problème d'éthique en raison de l'usure de la prothèse qu'il faudra nécessairement remplacer...





**TROUBLES DE LA RÉCEPTION  
AUDITIVE QUALITATIVE  
ET DIFFICULTÉS SCOLAIRES.  
EFFETS DE L'OSTÉOPATHIE**

**FANNY CATTON ET HUGUES MARCHAL,  
OSTÉOPATHES DO**

Les deux ostéopathes ont présenté les résultats d'une étude menée au sein de leur cabinet sur les effets d'un traitement ostéopathique sur la réception auditive qualitative et les difficultés scolaires. L'étude a été réalisée sur des personnes ne présentant pas de problèmes de QI, ni de troubles auditifs quantitatifs (audiométries normales), tous âges confondus, avec des difficultés scolaires de type acquisition, concentration, mémorisation-restitution.

Lorsque l'on pose un diapason en résonance sur le crâne, quelle que soit la position, le son est perçu comme provenant du milieu. Le test est alors normal. Si le son est perçu plus d'un côté que de l'autre, alors il y a un problème ou une surdité due à un bouchon de cérumen par exemple. Si une suture crânienne peut altérer le son perçu, un traitement ostéopathique pourra alors redonner une résonance à la caisse osseuse du crâne et ainsi améliorer qualitativement l'audition. Après un traitement ostéopathique spécifique, au cours de trois séances en moyenne, les ostéopathes ont obtenu des résultats durables dans le temps : désinhibition du patient et amélioration de la relation avec les parents et l'enseignant.

**EXAMEN DE L'ÉQUILIBRE  
DU MOUVEMENT, BUTS  
ET INDICATIONS CHEZ  
LE PODOLOGUE**

**JULIEN CALLEJA,  
PODOLOGUE**

Après avoir présenté les paramètres qui entrent en jeu dans l'équilibre postural, Julien Calleja a présenté les principes biomécaniques du pied. Très complexe, la modélisation de cette partie du corps n'a encore jamais été réalisée. Le rôle du talon est très important : il permet de transférer une force verticale en une force horizontale. À travers un protocole d'examen clinique, Julien Calleja a mis en avant l'intérêt de la palpation puis précisé les indications qui relevaient de l'ostéopathie. Il a également présenté les outils thérapeutiques du podologue, notamment les orthèses et leurs usages.

## REGARDS SUR L'OSTÉOPATHIE, SON DISCOURS, SA PLACE DANS LE PARCOURS THÉRAPEUTIQUE

JEAN-MARIE GUEULLETTE,  
DIRECTEUR DU CENTRE  
INTERDISCIPLINAIRE  
D'ÉTHIQUE À L'UNIVERSITÉ  
CATHOLIQUE DE LYON



**Avant de préparer son intervention, Jean-Marie Gueullette ne connaissait pas très bien l'ostéopathie. Pour construire son analyse, il s'est appuyé sur des ouvrages de vulgarisation et sur les sites internet des différentes associations professionnelles. Sa première impression a été de découvrir une nouvelle profession de santé, en plein développement et en cours d'institutionnalisation.**

Par ailleurs, en se plaçant du point de vue du patient, il a noté de nombreux paradoxes relatifs à l'ostéopathie. D'abord, un même patient peut consulter, dans une journée, un médecin et un ostéopathe. C'est-à-dire qu'il s'adressera à la médecine classique et à une médecine alternative. Le patient peut faire ce choix alors que les thérapeutes concernés auront beaucoup plus de mal à communiquer entre eux. Pour instaurer un dialogue entre médecins et ostéopathes, il peut donc être utile de partir de ce qui leur est commun, à savoir la demande du patient.

Jean-Marie Gueullette s'est posé la question de savoir s'il était possible de voir coexister plusieurs médecines ou

plusieurs attitudes médicales. Les médecins affirment bien sûr être les seuls à pratiquer la médecine, alors que l'OMS (organisation mondiale de la santé) définit la santé et non la médecine, reconnaissant de fait plusieurs médecines. La question relève alors plus de l'épistémologie : peut-il y avoir plusieurs médecines dans une même culture ?

### L'ostéopathie, médecine de la main ?

D'autre part, suite à sa recherche documentaire pour mieux comprendre l'ostéopathie, Jean-Marie Gueullette a tenté d'en apporter une définition. Il n'a repéré aucune définition commune admise et les grands principes évoqués pour décrire l'ostéopathie ne se retrouvent pas forcément partout. Définir l'ostéopathie est important car cela déterminera son statut. L'ostéopathie est-elle une technique de soins ? une thérapie manuelle ?, etc. Mais ce n'est pas suffisant. Il faut également prendre en considération la dimension diagnostique de l'ostéopathie. Dès lors, l'ostéopathie peut-elle être définie comme une médecine de la main ?

Dans la démarche ostéopathique, il y a trois approches distinctes : fonctionnelle, systémique et anamnésique – soit la capacité à relier un symptôme d'aujourd'hui avec un traumatisme d'hier. Ce sont ces trois dimensions auxquelles sont sensibles les patients et qui les affectent dans l'ostéopathie. Il est possible de rapprocher ces dimensions dans une approche holistique, différente de l'approche systémique qui décrit l'abord du patient dans toutes ses dimensions.

Par ailleurs, dans la prise en charge globale du patient, il faut distinguer la demande de l'offre. Le patient ne veut plus être renvoyé d'un spécialiste à l'autre. Pour autant, un intervenant doit-il se présenter seul pour assumer cette prise en charge ? C'est un risque pour les patients. Cette attente d'une prise en charge globale de l'être s'accompagne d'une prise en compte de

l'homme dans son environnement. Dès lors, nous ne sommes plus dans la thérapie manuelle.

### L'ostéopathie, un enseignement pratique

Autre particularité des ostéopathes : leur formation. L'enseignement pratique y est important et l'implication corporelle chez l'étudiant en ostéopathie impressionnante. Avec deux conséquences majeures. D'abord, les ostéopathes auront ressenti tous les gestes qu'ils pratiqueront plus tard sur leurs patients ; ensuite, au cours de leurs études, ils auront passé une partie non négligeable de leur temps dans la position du patient. En médecine, ces gestes sont rares – la prise de tension en est un exemple. De plus, au cours de l'enseignement ostéopathique, les compétences en anatomie palpatoire sont acquises sur du vivant et non sur des planches et lors de dissections, comme c'est le cas en médecine.

Autre sujet d'analyse abordé par Jean-Marie Gueullette, la relation ostéopathe-médecin. Lorsqu'une relation se passe mal, les causes sont à rechercher du côté des deux parties. Et par rapport aux preuves à apporter en ostéopathie demandées par la médecine, deux questions se posent : l'ostéopathie doit-elle prouver son efficacité selon les méthodes de la médecine ? Jusqu'où faut-il aller dans cette recherche de la preuve car comment évaluer le geste ostéopathique sans l'altérer ? Il faut donc déplacer la question de l'efficacité et trouver des moyens d'évaluation différents.

### Répondre à la demande du patient

Pour conclure, Jean-Marie Gueullette a mis en exergue la situation paradoxale de la médecine en Europe. Elle n'a jamais été aussi efficace et, pourtant, le nombre de consultations d'autres thérapies s'accroît. Une question se pose donc : quelle est la demande du patient ? Quand un être humain est malade, il ne se préoccupe pas uniquement

de sa guérison. Il se demande pourquoi il est malade. Or, la médecine, toujours plus efficace, ne s'intéresse pas à cette question. Plus le discours médical s'enrichit scientifiquement, plus il s'appauvrit humainement. Ainsi, du-delà de la physiopathologie, c'est une cohérence que recherche le patient. C'est dans cette quête, d'ordre philosophique, que l'ostéopathe aide son patient « à faire du sens ». Une attitude critiquée par la médecine.

**DE L'INTÉRÊT D'UNE DÉONTOLOGIE**

**JOËL MORET-BAILLY**  
**SPÉCIALISTE EN DROIT DES PROFESSIONS ET ACTIVITÉS DE SANTÉ, MAÎTRE DE CONFÉRENCES EN DROIT PRIVÉ À L'UNIVERSITÉ DE LYON (SAINT-ÉTIENNE)**



Joël Moret-Bailly a réalisé un bref rappel de l'histoire des déontologies pour ensuite en apporter une définition. Ces précisions ont été nécessaires pour permettre de confronter la question déontologique aux problématiques spécifiques de l'ostéopathie. Son intervention a apporté aux ostéopathes des éléments de réflexion pour savoir quelle déontologie adopter. Il a conclu son intervention sur les conditions pratiques de mise en œuvre d'une déontologie pour qu'elle soit efficace (voir également notre reportage « Un code de déontologie, pour quoi faire ? », *L'ostéopathe magazine* n° 4. Vous y retrouverez l'analyse complète de Joël Moret-Bailly).

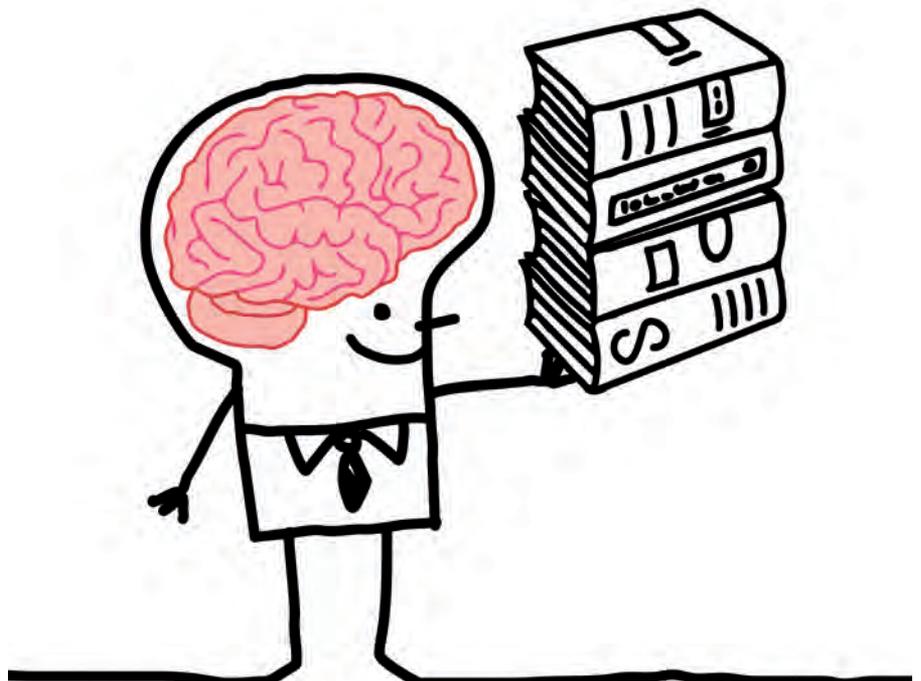
**CONCURRENCE INTERPROFESSIONNELLE ET VULNÉRABILITÉ DU TRAVAIL PROFESSIONNEL**  
**MARC-OLIVIER DÉPLAUDE, SOCIOLOGUE**

À travers ses recherches en sociologie des professions, Marc-Olivier Déplaud a voulu apporter aux ostéopathes des éléments de réflexion sur leur profession et son avenir. Il a notamment présenté la théorie du sociologue américain Andrew Abbott sur la concurrence interprofessionnelle. Cette théorie offre un double intérêt. D'abord, elle fournit des outils d'analyse pour comprendre les rap-



ports que les professions entretiennent entre elles et leurs transformations. Par ailleurs, elle repose sur une analyse du travail professionnel lui-même et des sources de vulnérabilité qu'il comporte. Or, selon Marc-Olivier Déplaud, la question de la vulnérabilité du travail professionnel est très importante pour comprendre les difficultés rencontrées par certaines professions à l'institutionnalisation récente, comme l'ostéopathie en France.

Cette approche n'est pas spécifique à l'ostéopathie et concerne toutes les professions caractérisées par la prise en charge et le traitement de cas singuliers et complexes. Une caractéristique qui apporte, dans le travail professionnel, une part irréductible d'incertitude et une dimension conjoncturelle. Dans un contexte où la référence à des savoirs formalisés et à des procédures standardisées est essentielle pour asseoir la légitimité d'une profession, ces caractéristiques sont une source de vulnérabilité. Mais elles constituent la part la plus spécifique du travail des ostéopathes et, sans doute, l'une des plus précieuses à préserver.



## LE SYNDROME DU PIRIFORME

FABRICE MICHEL,  
RHUMATOLOGUE



**Le syndrome du piriforme est un syndrome canalaire mal connu, aggravé par la position assise prolongée. Certaines douleurs fessières, ou partant du fessier et irradiant dans le membre inférieur, peuvent avoir leur origine au niveau du muscle piriforme du bassin. Elles peuvent être la conséquence d'une atteinte du muscle lui-même ou d'une compression permanente ou intermittente du tronc du nerf grand sciatique.**

Les signes cliniques sont parfois trompeurs ou peu évocateurs et rattacher les douleurs à leur cause musculaire présente souvent des difficultés. Dans ces cas, l'examen précis et méthodique du patient prend toute sa valeur. Des tests simples et spécifiques permettent de poser le bon diagnostic.

Le piriforme est un muscle pelvi-trochantérien appartenant au plan profond de la région glutéale. Il a une forme triangulaire à base sacrée et mesure de 6 à 10 cm de long. Il possède une insertion distale sur le grand trochanter et son innervation motrice radiculaire est à prédominance S1 et tronculaire par une branche du nerf ischiatique. Il agit sur la hanche de deux manières : en extension, il est rotateur latéral et en flexion ; au-delà de 90°, il est abducteur et rotateur médial.

Les signes fonctionnels d'un syndrome du piriforme sont les suivants : une douleur profonde de la fesse souvent unilatérale, des irradiations fréquentes : cuisse, périnée, tronc sciatique. La douleur peut survenir progressivement ou par des facteurs déclenchants (efforts sportifs prolongés, surmenage, boiterie, position assise, etc.). Parfois, il y a un facteur traumatique initial et une absence de lombalgies associées. Pour diagnostiquer un syndrome du piriforme, l'examen doit être rigoureux, comparatif et reproductible. Il consiste à rechercher des troubles morpho-statiques par une inspection, une palpation et des manœuvres spécifiques d'étirement et de contraction contrariée.

### Des tests spécifiques

L'inspection doit se porter sur l'attitude en rotation latérale du membre inférieur atteint. Ensuite, il y a toute une série de manœuvres à réaliser. En position debout, flexion antérieure du tronc

(indice de Schöber et DMS) et sensibilisation par rotation médiale des membres inférieurs. En position allongée et en décubitus ventral, adduction et rotation médiale de la hanche, du côté atteint. En décubitus dorsal, réaliser la manœuvre de Freiberg (adduction et rotation médiale de la hanche du côté atteint). En décubitus dorsal, hanche et genou fléchis à 90°, adduction et rotation médiale de la hanche. En décubitus dorsal, hanche et genou fléchis à 90°, abduction et rotation latérale de hanche TG-CL (talon genou contro-latéral). En position assise, réaliser la manœuvre de Pace et Nagle. En décubitus latéral côté sain, réaliser le Fair Test et la manœuvre de Beatty (abduction et rotation latérale de la hanche du côté atteint contre résistance).

La prise en charge doit rester simple. Le diagnostic clinique et l'interrogatoire sont déterminants pour aboutir à un traitement dicté par la clinique, à savoir rééducation, myorelaxants, toxine botulinique et chirurgie en dernier recours.

### LE PIRIFORME : RAPPELS ANATOMIQUES

Le piriforme du bassin est un muscle allongé aplati et triangulaire qui s'étend de la face antérieure du sacrum au bord supérieur du grand trochanter. Il est situé en partie dans le bassin, en partie dans la région fessière, juste au-dessous du petit fessier et sur le même plan. De son origine sacrée, il se porte en bas en avant et en dehors. Il traverse la grande échancrure sciatique et limite cet orifice en deux parties : le canal sus piriforme par lequel le pédicule vasculo-nerveux supérieur pénètre dans la fesse et le canal sous piriforme limité en bas par l'épine sciatique et le petit ligament sacro-sciatique, dans lequel s'engage le pédicule vasculo-nerveux inférieur de la région fessière.

Ce muscle présente des rapports très étroits avec certaines formations nerveuses. Ainsi, le plexus sacré est plaqué contre la paroi postérieure du bassin, dans la loge du piriforme et appliqué sur le muscle situé en arrière. Le nerf du piriforme est détaché de la face postérieure des racines S1 et S2, à la face antérieure du muscle. Le pédicule vasculo-nerveux inférieur, qui comprend en particulier le nerf grand sciatique, pénètre dans la fesse en passant juste au-dessous du bord inférieur du piriforme et dans ce canal, il est étroitement appliqué contre le bord tranchant de l'épine sciatique et du petit ligament sacro-sciatique.

Le piriforme fait partie d'un groupe de six muscles rotateurs externes de la cuisse (piriforme, jumeaux supérieur et inférieur, obturateurs externe et interne, carré fémoral). Il intervient aussi dans l'abduction et l'extension de la cuisse. Comme les autres pelvi-trochantériens, il joue un rôle important dans l'ajustement antéro-postérieur du bassin.

**PRISE EN CHARGE PROPRIO-  
CEPTIVE DE LA DYSLEXIE :  
UNE NOUVELLE APPROCHE  
THÉRAPEUTIQUE. POINT DE  
VUE OSTÉOPATHIQUE**

**PHILIPPE HILLENWECK,  
OSTÉOPATHE DO**

Après un rappel épidémiologique sur la dyslexie, Philippe Hillenweck a présenté le SDP (syndrome de déficience posturale), ses syndromes et le mode de diagnostic : l'ostéopathe doit repérer les anomalies posturales, les troubles perceptifs et les anomalies de la localisation spatiale. Dans cette prise en charge pluridisciplinaire, il doit trouver sa place et son rôle. À l'aide d'exemples, Philippe Hillenweck nous a montré comment, à travers un diagnostic rigoureux, l'ostéopathe peut déceler les SDP.

**PROPRIOCEPTION, SDP  
(SYNDROME DE DÉFICIENCE  
POSTURALE) ET DYSLEXIE :  
INTRODUCTION ET  
GÉNÉRALITÉS SUR LA PRISE  
EN CHARGE DES ENFANTS  
DYSLEXIQUES**

**RÉGINE FLOESSER,  
OPHTALMOLOGISTE**

La proprioception, c'est l'appréciation de la position du corps, de son équilibre et de ses modifications par la chaîne musculaire. Elle joue un rôle majeur dans le développement cognitif de l'enfant par son lien entre la motricité et la sensorialité. Il existe un lien entre le SDP et la dyslexie. Mais le SDP présente des tableaux cliniques variables et les symptômes sont plus ou moins permanents. Régine Floesser a présenté l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire qui place l'ophtalmologiste au centre de l'équipe thérapeutique car ce dernier est garant du diagnostic. Il doit notamment exclure le risque d'un trouble neurologique. Elle a présenté les examens cliniques pour dépister le SDP ainsi que les examens ophtalmologiques et les traitements associés.



**PATHOLOGIE DU  
GENOU DU SPORTIF :  
QUAND CONSULTER  
UN RHUMATOLOGUE ?**

**FABRICE MICHEL,  
RHUMATOLOGUE**

À travers des exemples de cas cliniques, Fabrice Michel a présenté les éléments clés d'analyse et de diagnostic d'une pathologie au niveau du genou, notamment la recherche d'un épanchement intra-articulaire qui doit être un réflexe. Il a ensuite mis en avant les thérapeutiques employées par les rhumatologues, les grands principes de rééducation ainsi que la conduite à tenir en cas d'urgence pour ne pas passer à côté d'une lésion importante.

**PATHOLOGIE  
DU GENOU DU SPORTIF :  
QUAND CONSULTER  
UN CHIRURGIEN ?**

**CHRISTIAN LUTZ,  
CHIRURGIEN**

La prise en charge d'un sportif est multidisciplinaire car aucune spécialité ne peut, de manière isolée, assurer un traitement complet. C'est pourquoi, réorienter un patient et le confier à un autre praticien ne doit pas être considéré comme un échec. Et pour garder la confiance du sportif, l'équipe médicale doit avoir le même langage. L'ostéopathe traite un symptôme, le chirurgien, une lésion anatomique. Pour que cette collaboration soit une réussite, la justesse du diagnostic est primordiale.

## CAS CLINIQUE : FRACTURE DU BASSIN ET PRISE EN CHARGE OSTÉOPATHIQUE

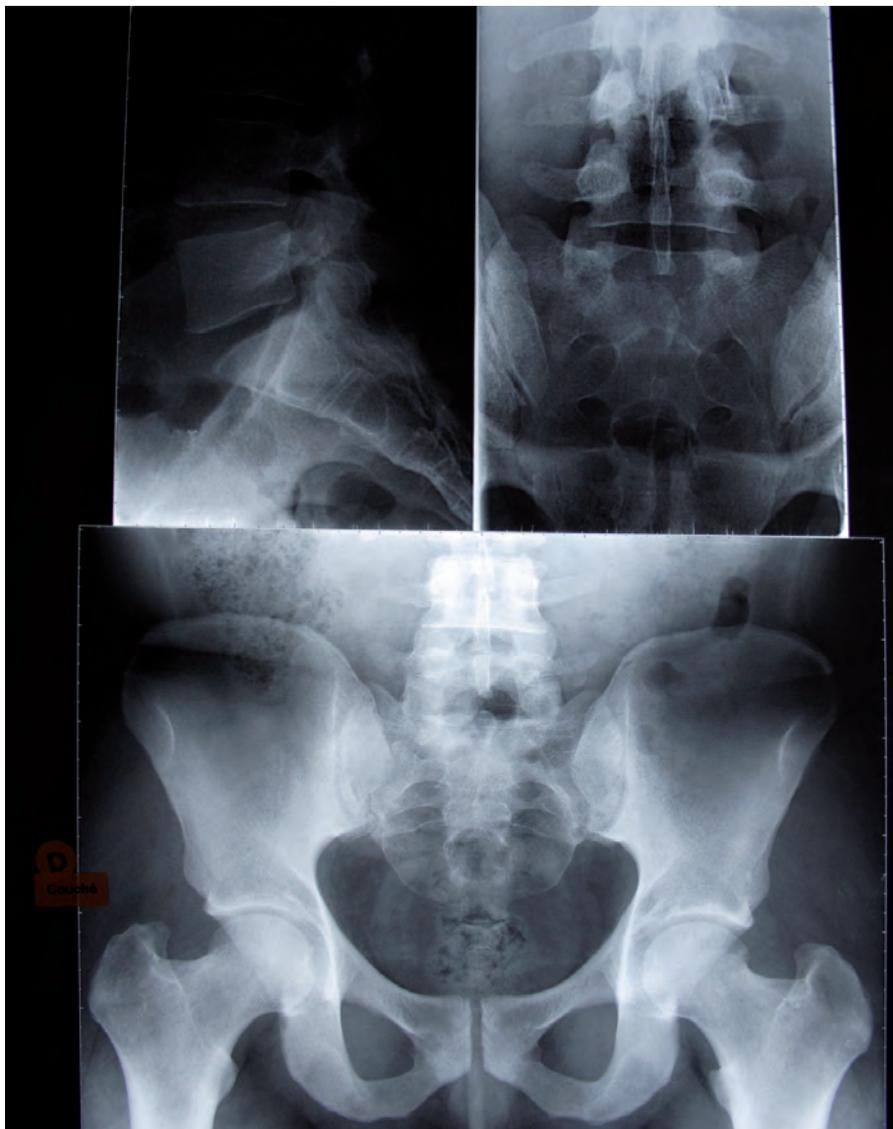
DAVID PRUNET,  
OSTÉOPATHE DO



Lors d'une chute à cheval, un homme de 62 ans, 1,80 m, 68 kg, avocat et pratiquant régulièrement le golf et l'équitation, subit un traumatisme pelvien suite à un choc direct du pubis contre le pommeau de la selle. Il est emmené aux urgences. Le système ostéo-articulaire du bassin est touché mais ne présente pas de lésions viscérales ou urologiques immédiates et de lésions musculaires à proprement parler. Le diagnostic a été posé après une auscultation-palpation et une radiographie a permis de préciser le siège et le développement de la fracture. Un examen tomodensitométrique été réalisé pour compléter le bilan lésionnel et classifier la lésion.

### Le mécanisme lésionnel

Une force antéro-postérieure a provoqué la rotation externe de l'hémi-bassin droit, exagérée par une abduction de hanche (combinant peut-être la rotation externe du fémur) et agissant comme levier pour disjoindre la symphyse pubienne et endommager les ligaments sacro-iliaques antérieurs. Dans ce type de lésions, il n'y a pas d'instabilité verticale et le complexe ligamentaire postérieur reste intact. On parle d'instabilité



partielle rotatoire. Ainsi, les examens révèlent une disjonction de la symphyse pubienne de 26 mm et une disjonction sacro-iliaque droite, partie antérieure, de 9 à 13 mm. La sacro-iliaque gauche a également dû bouger car il y a une clarté gazeuse sur les clichés radiographiques mais l'écartement s'est fait sans lésion. Les fractures peuvent être décrites selon la classification de Tile qui prend en compte le degré d'instabilité du siège. Les fractures de type A sont stables, celles de type B, instables. Dans notre cas, il s'agit d'une disjonction symphyseaire supérieure à 25 mm, associée à une lésion postérieure homolatérale, soit une fracture de type B1 dans la classification de Tile.

### La prise en charge

Cette indication est une urgence traumatique et nécessite une hospitalisation car la stabilisation hémodynamique est primordiale – 66 % des décès chez des patients atteints d'une fracture du bassin sont d'origine hémorragique. Par ailleurs, l'hospitalisation est nécessaire pour la prise en charge des complications éventuelles, viscérales et urologiques en particulier. Deux thérapeutiques sont proposées : une solution chirurgicale, plaque et clou ou fixateur externe ; une solution de repos strict pendant 30 jours dans un hamac de suspension ou avec le port d'une orthèse pelvienne, suivi d'une période de rééducation de 90 jours.

**Le point de vue de l'ostéopathe**

Sur demande du patient et après autorisation du chirurgien, l'ostéopathe a pu évaluer le patient sur son lit : évaluation de la douleur, analyse des mouvements actifs et passifs et ana-

lyse des contraintes, réflexions biomécaniques et diagnostic d'opportunité. Après avoir exposé la démarche d'un point de vue fonctionnel, une prise en charge ostéopathe a été proposée et acceptée par le chirurgien.

**Le protocole ostéopathe**

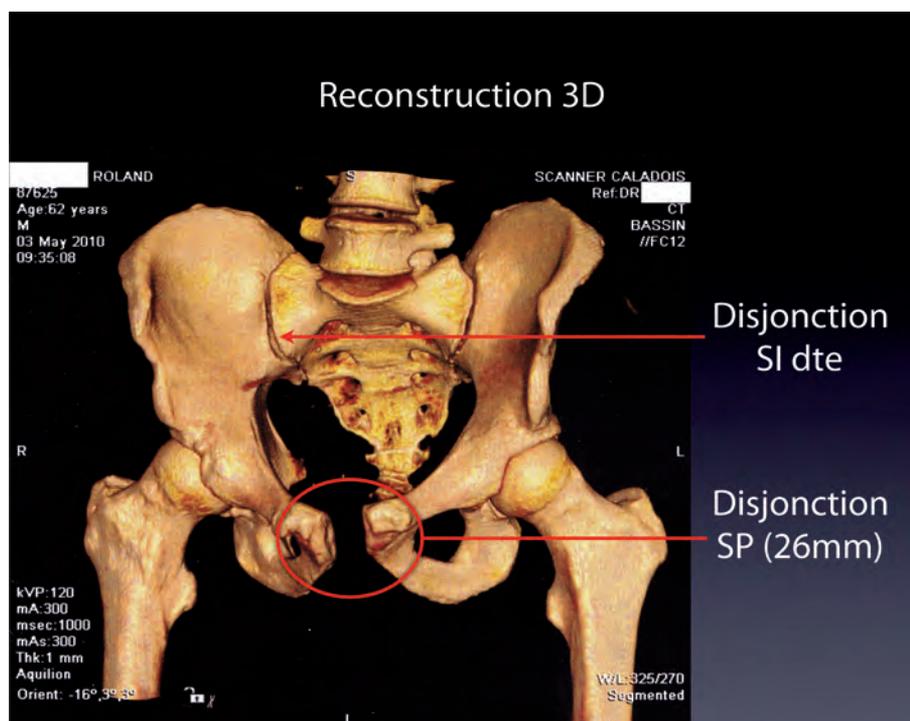
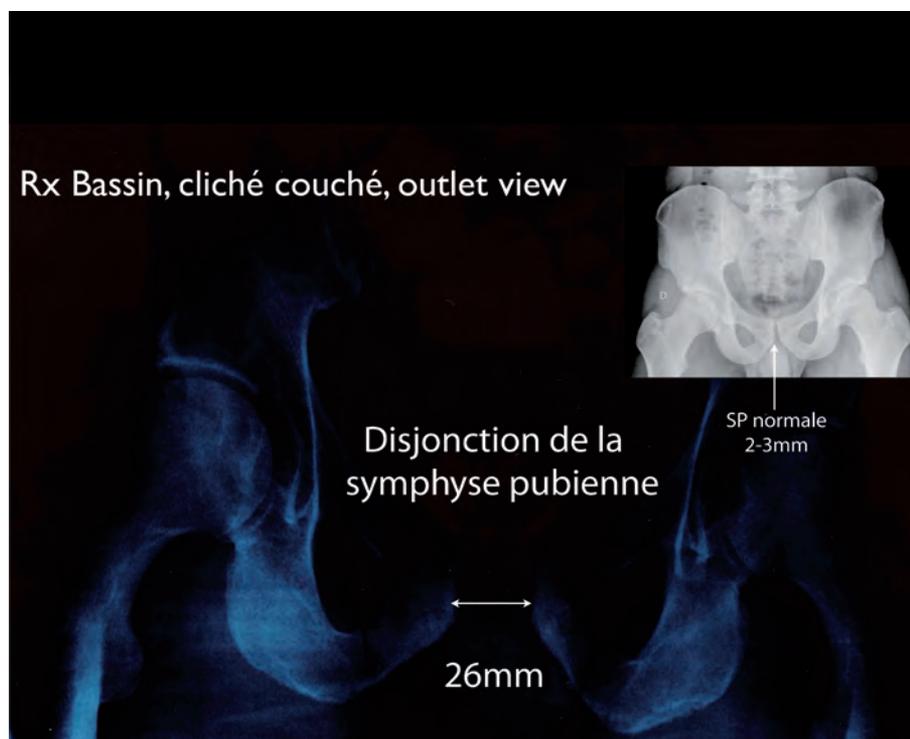
- évaluation de la douleur et des capacités du patient à l'instant de la séance
- mobilisation et ajustement spécifique vertébral
- mise en contrainte de l'anneau pelvien
- mise en charge statique et/ou dynamique (position assise)
- évaluation deux fois par semaine pendant 15 jours et une fois par semaine durant les 15 jours suivants, soit 6 consultations avant la contre-visite du chirurgien orthopédique prévue à j + 30.

**Résultats**

- J0** : évaluation et prise en charge ostéopathe globale
- J3** : mise en charge. En position assise puis en appui bipodal sans mouvement (verticalisation)
- J6** : transferts d'appuis de la gauche vers la droite et appui monopodal
- J9** : déambulation. Appuis soulagés avec cadre
- J12** : marche avec canne d'appui

**J30** : contre-visite. La radiographie de contrôle montre une réduction de plus de 75 % du diastasis pubien et l'absence d'anomalies des articulations S1. La rééducation par le masseur-kinésithérapeute a pu démarrer et le patient a été orienté vers un urologue pour ses troubles érectiles, complication fréquente dans ces cas de traumatisme.

Ce cas évoque une difficulté de prise en charge par deux professionnels de la santé car ce sont deux points de vue qui se confrontent. Il est nécessaire de prendre en compte les difficultés du chirurgien à accepter l'intervention d'un ostéopathe pour des raisons d'assurance, de protocoles, etc. L'ostéopathe doit faire comprendre ses arguments qui permettront de gagner beaucoup de temps dans le traitement. Une confrontation qui révèle à nouveau une question fondamentale, celle de la place de l'ostéopathe dans un parcours de soins.



## Bernard Gabarel

Ostéopathe DO



**« L'ostéopathie doit s'imposer à travers la recherche et l'amélioration du niveau de ses compétences »**

Kinésithérapeute DE de 1968 à 1979, Bernard Gabarel est devenu ostéopathe DO à titre exclusif en 1980, après cinq années d'études à l'IWGS (Institut William Garner Sutherland). Depuis cette date, il enseigne au sein du COS (collège ostéopathique Sutherland) et intervient également lors de formations et conférences au Québec, en Italie en Belgique et en

Autriche. Il est co-fondateur de l'académie d'ostéopathie crânienne et co-directeur du groupe de recherche en ostéopathie crânienne. Il a créé et dirigé le Colégio de Ostéopatia de Lisbonne ainsi que l'association et registre des ostéopathes du Portugal. Membre de l'American Academy of Osteopathy, il est par ailleurs l'auteur de quatre ouvrages sur l'ostéopathie dont un en portugais.

**Vous avez contribué à développer l'ostéopathie dans les domaines de l'oto-rhino-laryngologie, de l'odontologie et de l'ophtalmologie. Pouvez-vous nous décrire cette expérience ?**

À l'époque, quelques travaux avaient été réalisés sur le sujet, en particulier au Royaume-Uni. J'avais déjà beaucoup travaillé sur la sphère ORL et l'ophtalmologie et nous avons décidé, avec Léopold Busquet, ostéopathe DO, d'entamer des études à travers la création d'un groupe de recherche en ostéopathie crânienne. Nos travaux consistaient à travailler sur des protocoles que nous testions sur nos patients afin de déterminer les techniques et associations de techniques les plus efficaces. Une démarche qui nous a aussi

amenés à définir de nouvelles techniques. Par ailleurs, nous organisons régulièrement des séminaires sur l'ostéopathie dans les domaines ORL, ophtalmologique et occlusal pour ostéopathes DO et médecins spécialisés dans ces disciplines. L'objectif de ces séminaires était de présenter l'intérêt de l'ostéopathie dans ces prises en charge pour permettre aux praticiens concernés de compléter leur offre de soins. Une démarche qui valorise et facilite leurs traitements. Inversement, nous avons besoin de mieux connaître leur travail pour traiter efficacement nos patients en adéquation avec leur traitement. Pour mettre en place cette collaboration, il était nécessaire de bien connaître le langage et les techniques des autres praticiens et de définir des méthodes et des protocoles de travail communs.

### Avez-vous procédé pareillement avec vos travaux sur l'ophtalmologie ?

La collaboration a été plus difficile. Les ophtalmologistes ne voient pas très bien ce que peut apporter l'ostéopathie à leurs patients, en termes de prévention notamment mais aussi au niveau thérapeutique où son action sur la circulation sanguine et lymphatique est pourtant efficace. Elle permet aussi d'éviter l'évolution de pathologies, en particulier pour des affections dont certains des facteurs étiologiques sont mécaniques et ignorés par l'analyse médicale ophtalmologique.

### Quels thèmes abordez-vous lors de vos interventions à l'étranger ?

Ils sont très variés et je n'interviens pas forcément pour mon expérience dans les domaines que nous venons d'évoquer mais plus pour mes trente années de pratique. Ainsi, je présente des techniques générales musculo-squelettiques, fasciales ou crâniennes. De manière générale, les conférenciers français sont très demandés car notre pratique est reconnue et considérée comme avant-gardiste sur certains sujets.

### Pourquoi l'ostéopathie française est-elle ainsi reconnue ?

L'ostéopathie s'est implantée très tôt dans notre pays et, avec le Royaume-Uni, l'Hexagone a été pionnier en Europe. Par ailleurs, elle a été enseignée et pratiquée par des masseurs-kinésithérapeutes qui avaient déjà une bonne formation médicale et biomécanique. Ils ont ainsi pu l'intégrer rapidement dans leur pratique et ils étaient suffisamment motivés pour la développer à travers leurs recherches. À tel point qu'ils n'ont d'ailleurs pas hésité à retirer leur diplôme des services préfectoraux pour se consacrer totalement à cette discipline et ainsi créer une nouvelle profession. De plus, l'investissement de certains d'entre eux dans la recherche a permis un rapprochement avec le monde scientifique et médical.

### Aujourd'hui, selon quel axe devrait se développer la profession ?

Il est essentiel que l'ostéopathie s'impose réellement à travers la recherche et l'amélioration du niveau de ses compétences dans le paysage médical français. Cette évolution sera indispensable, comme le montre l'exemple des ophtalmologues : s'ils acceptent et recommandent les techniques en matière de rééducation de l'œil, ils ignorent encore l'apport de l'ostéopathie dans leur pratique. Les techniques viscérales et crâniennes ont notamment aujourd'hui besoin de ces validations scientifiques. Néanmoins, des résultats ne seront obtenus que s'il y a coordination et officialisation de tous ces travaux de recherche. L'ostéopathie française reste, malgré tout, promise à un bel avenir, à condition d'élever le niveau de compétences des étudiants et que les praticiens ne s'éloignent pas, dans leur pratique, du concept et des grands principes de notre profession.

### Comment organiser ces recherches pour qu'elles soient efficaces ?

Elles auront besoin d'une caution universitaire. Au COS, nous cherchons à travailler avec des universités pour valider des savoirs et officialiser certains résultats, notamment pour l'ostéopathie crânienne et viscérale. Ainsi, nous avons lancé un troisième cycle centré sur la recherche, l'approfondissement de plusieurs domaines ostéopathiques et la pédagogie. Pendant trois ans, les ostéopathes diplômés mèneront à temps partiel des travaux de recherche et suivront différents séminaires, tout en préparant une thèse supervisée par des universitaires et correspondant au niveau LMD (licence-master-doctorat) du système universitaire.

### Vous avez contribué à développer l'ostéopathie au Portugal où la profession existait à peine. Comment ?

En 1982, j'ai été invité par l'association des physiothérapeutes du Portugal (l'équivalent en France des masseurs-kinésithérapeutes) pour présenter l'ostéopathie.

Cette intervention a rencontré un réel succès. À cette époque, il n'y avait pas d'écoles au Portugal et les personnes qui voulaient se former devaient se rendre au Royaume-Uni ou en France. En 1984, j'ai donc mis en place les structures pour développer l'ostéopathie dans ce pays. J'ai d'abord ouvert un cabinet puis organisé des journées d'information. Enfin, j'ai créé un organisme de formation où seuls étaient admis les professionnels diplômés d'État en physiothérapie.

### Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

Les difficultés n'étaient pas les mêmes qu'en France. L'ostéopathie est tolérée par l'académie de médecine du Portugal et il n'y a pas de diplôme en médecine manuelle ni de DU en ostéopathie pour les médecins. Par ailleurs, l'ostéopathie n'est toujours pas reconnue. Ainsi, de nombreux thérapeutes affichent le titre d'ostéopathe sans réelle formation et les patients s'en plaignent.

### Est-il simple pour un ostéopathe français de s'installer au Portugal ?

Le Portugal, tout comme l'Espagne, pourrait et peut accueillir des ostéopathes français. L'installation est très facile, il suffit de s'inscrire au centre des impôts et aux différents organismes officiels. Pour exercer, il faut ensuite présenter son DO et la validation des années d'études effectuées.

## Biblio

*Ophthalmologie et ostéopathie*, Bernard Gabarel et Léopold Busquet, Éditions Busquet, 2004.

*Le crâne et la santé, introduction à l'ostéopathie crânienne*, Bernard Gabarel et Bernard Barillon, Éditions Le Courrier du livre, 1981.

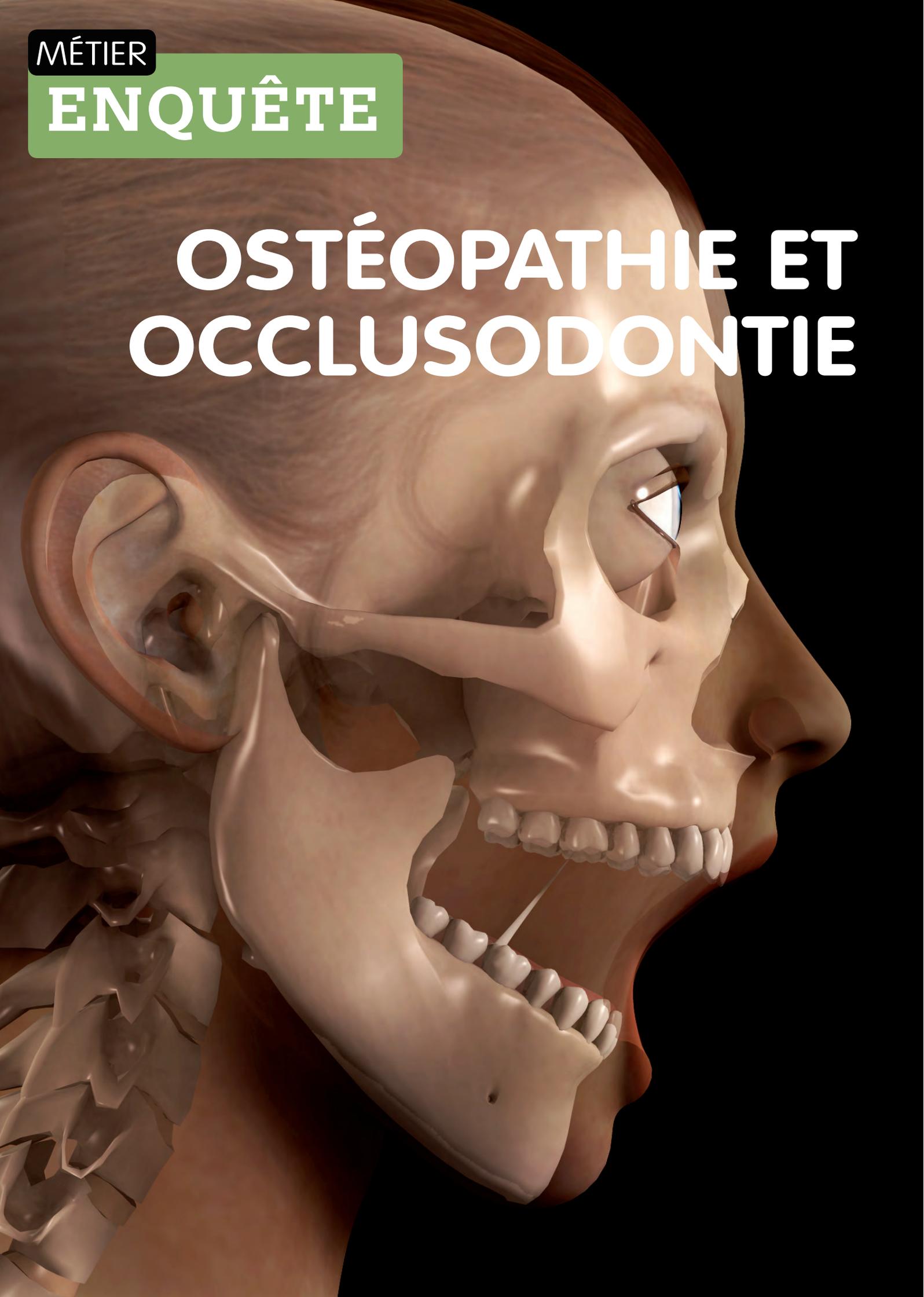
*Les fasciæ en médecine ostéopathique - tome 1*, Bernard Gabarel et Michel Roques, Éditions Maloine, 1985.

*A ostéopatia e a saude*, Bernard Gabarel, Éditions Europress, 1987.

MÉTIER

ENQUÊTE

# OSTÉOPATHIE ET OCCLUSODONTIE



# UNE PRISE EN CHARGE PARTAGÉE

Point de départ et d'arrivée du mouvement mandibulaire, le terme d'occlusion dentaire évoque une notion de fermeture. L'occlusodontie représente la pratique clinique des thérapeutiques qui s'adressent à l'occlusion dysfonctionnelle. C'est une branche de la stomatologie qui vise à rétablir une bonne fonction au sein de tous les composants de l'appareil manducateur. Elle concerne aussi bien de bons contacts entre les dents du patient, l'occlusion dentaire, qu'une fonction réflexe asymptotique des muscles qui mobilisent les maxillaires. Une définition fonctionnelle qui va dans le sens de l'ostéopathie, d'autant plus que l'ATM (articulation temporo-mandibulaire) occupe une place importante dans la pratique des ostéopathes. Le champ d'application des deux disciplines se recoupant, des collaborations entre ostéopathes et occlusodontistes apparaissent évidentes. Évidentes, mais pas forcément faciles. Comment peuvent-elles s'organiser ? Sur quels protocoles vont-elles s'appuyer ? Un sujet vaste dont voici une première approche.

## Ostéo, posturo et occluso

Dans la prise en charge des pathologies liées à l'occlusion, l'abord postural est inévitable. Pourquoi ? La réponse de Bernard Gabarel : « L'ostéopathie, dans sa pratique, prend en compte et intervient sur la posture. Elle va la corriger et l'améliorer par l'intermédiaire, entre autres, des chaînes musculaires et fasciales. Or, des perturbations du système postural pourront modifier les contacts dentaires et faciliter les dysfonctions de l'ATM. D'autre part, l'ATM et l'ensemble de l'appareil occlusal font partie des exo-capturs du système postural (avec la plante des pieds, le système oculaire, etc.) et les troubles de l'appareil manducateur ont des répercussions sur l'appareil tonique postural. Ainsi, il existe d'étroites interrelations entre la posture, les dysfonctions ostéopathiques et les pathologies et dysfonctions de l'appareil manducateur ». La réponse de Benoît Raynaud : « La mâchoire est considérée en ostéopathie comme une entrée posturale. Une dysfonction au niveau de la mâchoire aura des conséquences sur l'ensemble sphère crânienne, cervicales, épaule et membres supérieurs ».

**D**e plus en plus de patients souffrent de problèmes d'occlusion qui se traduisent par des douleurs, des craquements, des blocages, etc. Les causes sont nombreuses avec « en premier lieu le stress. À travers le bruxisme\*, il imposera à la mâchoire d'importantes contraintes à l'origine de dysfonctions. Ensuite, les conséquences post-opératoires liées à l'arrachement des dents de sagesse, surtout en cas d'anesthésie générale. Enfin, les traumatismes directs (coups de poing, attitudes comme les mains sous le menton, etc.) et indirects (traumatisme cervical, whiplash avec les conséquences sur la base du crâne et la sphère crânienne, etc.) », énumère Benoît Raynaud, ostéopathe DO (voir page 32).

## UNE PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE DU PATIENT

Pour répondre aux attentes de leurs patients, les ostéopathes devront avoir une approche plus large des problèmes d'occlusion. Ainsi, lorsqu'un patient consulte en première intention pour des problèmes d'ATM, le rôle de l'ostéopathe sera de déterminer, à travers l'anamnèse >>>



interview

## Benoît Raynaud

Ostéopathe DO et intervenant pour les formations CIPAGO

« La mâchoire est l'articulation la plus sollicitée du corps humain. Il est donc très important d'entretenir une mobilité suffisante »

Après l'obtention de son DE de kinésithérapie en 1997, Benoît Raynaud suit une formation temps plein au COS Île-de-France jusqu'en 2004. Il est également titulaire d'un DU d'anatomie et possède une grande expérience dans la pratique de l'ostéopathie auprès des sportifs de haut niveau, notamment des golfeurs.

### Comment se passe la prise en charge d'un patient présentant des problèmes d'occlusion ?

Après l'examen du patient, il faut déterminer le type de dysfonction : réversible, irréversible, réductible ou irréductible. Car dans le traitement de l'ATM, les résultats se mesurent en statistiques de réussite et en amélioration plutôt qu'en levée ou non d'une dysfonction. Si la dysfonction est réductible, l'ostéopathe, par des techniques de relâchement musculaire, pourra rééquilibrer les ATM. Si la dysfonction est irréversible, l'ostéopathe devra renvoyer son patient vers un dentiste, orthodontiste ou occlusodontiste pour la pose d'une gouttière. Ensuite, l'ostéopathe pourra intervenir sur la mobilité de la mâchoire du patient. Une intervention d'autant plus importante que la mâchoire est l'articulation la plus sollicitée du corps humain (plus de 1 000 fois/jour) et intervient dans de nombreuses activités (parole, alimentation, déglutition, etc.). Il est donc très important d'entretenir une mobilité suffisante de cette articulation.

### Comment diagnostiquer une dysfonction temporo-mandibulaire ?

Il faut d'abord repérer les signes cliniques qui permettront de déterminer le type de dysfonction. Le diagnostic ainsi posé n'amènera pas nécessairement la réussite totale du traitement correspondant. Il s'agit de tester les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche, le mouvement avant-arrière (antépulsion-rétropulsion) de l'articulation et les mouvements de latéralité. En testant l'articulation sur l'ensemble de ces mouvements, l'ostéopathe peut identifier des lésions intra-articulaires : luxation discale réductible, irréductible, aiguë, collage discal, asynchronisme condylo-discal ou simplement des contractures musculaires qui limitent l'amplitude des mouvements (essentiellement des myalgies).

### Comment ensuite traiter cette dysfonction temporo-mandibulaire ?

Nous commençons par un bilan classique avec des tests posturaux en position debout. Ensuite, nous faisons marcher le patient. En position couchée, nous testons l'orifice supérieur du thorax (OST), puis les cervicales, la base du crâne, la voûte crânienne dans son ensemble pour finir sur des tests spécifiques au niveau des ATM (ouverture-fermeture, latéralité, etc.). Les dysfonctions les plus souvent rencontrées sont intra-articulaires. Le protocole

thérapeutique consiste à réaliser des techniques de détente et de relâchement des muscles temporaux, masséters, ptérygoidiens, sus-hyoïdiens, etc. Cette normalisation articulaire se fait par des techniques douces d'inhibition, de décoaptation, etc. Une fois réalisées ces techniques, il faudra analyser le résultat obtenu. Malgré un soulagement et une amélioration de la mobilité, si une luxation est toujours présente, il faudra orienter le patient vers un dentiste ou un orthodontiste pour poser une gouttière. En effet, lorsque le ménisque se luxe vers l'avant, le condyle n'arrive pas à recapter le ménisque lors de l'ouverture et la dysfonction est en général irréversible. Il faut alors poser une gouttière de décompression ou de

repositionnement qui va soulager l'articulation et détendre cette région de l'ATM. Il y aura alors une amélioration avec ou sans recaptage du disque.

### Comment se passe alors la collaboration avec le dentiste ?

De manière générale, les dentistes sont coopératifs car souvent notre intervention leur offre de meilleures conditions de travail en améliorant l'ouverture de la bouche de leur patient. Par ailleurs, la collaboration permet d'apporter une réponse complète aux patients.



## Le CIPAGO

Le CIPAGO est une société scientifique créée à Bordeaux en 1998 par Yvan Mutel, en collaboration avec d'autres chirurgiens-dentistes, un médecin phoniatre et des ostéopathes. L'objectif est de favoriser la création d'échanges entre odontologues et praticiens issus d'autres disciplines médicales, afin de faire progresser les diagnostics et les traitements de pathologies relevant de prises en charge interdisciplinaires.

De nombreux groupes de travail, conférences et rencontres entre chirurgiens-dentistes, orthodontistes, médecins généralistes et spécialistes, médecins homéopathes, ostéopathes etc., ont été organisés depuis la création du CIPAGO. À partir de 2010, il proposera des formations pratiques pour les chirurgiens-dentistes et orthodontistes portant sur les pathologies respiratoires du sommeil et les dysfonctionnements de l'appareil manducateur. Les enseignants sont chirurgiens-dentistes, orthodontistes, pneumologues, ORL, ostéopathes, etc.

Plus d'informations sur [www.formation-dentiste-cipago.com](http://www.formation-dentiste-cipago.com)

>>> et l'interrogatoire, s'il s'agit d'un problème d'occlusion primaire (douleurs suite à une extraction dentaire, à un traumatisme local ou encore conséquence d'un traitement orthodontique à l'adolescence, etc.). « Sur dix patients souffrant de problème d'ATM consultant un ostéopathe, seuls deux à trois relèvent d'un traitement pluridisciplinaire. Inversement, sur dix patients que reçoit un dentiste-occlusodontiste, deux à trois sont également destinés à recevoir un traitement pluridisciplinaire. Par ailleurs, il semblerait que les traitements orthodontiques de l'adolescent soient de grands pourvoyeurs de douleurs et de claquements d'ATM à l'âge adulte », précise Christian Defrance de Tersant, ostéopathe DO (voir page 37).

Lorsqu'un ostéopathe reçoit un patient en cours de traitement occlusodontique, avec notamment le port de gouttières, il devra chercher à savoir pourquoi celles-ci ont été prescrites. Pour cela, explique Yvan Mutel, orthodontiste et occlusodontiste, « la meilleure solution est de se mettre en relation avec le dentiste ou l'orthodontiste concerné car il faut décloisonner les différentes disciplines » (voir page 34). La réponse lui apportera probablement des informations supplémentaires pour poser son diagnostic et orienter son traitement. Il pourra, par exemple, réaliser les tests ostéopathiques de son choix, avec et sans gouttière, pour valider l'intérêt ou le réglage de celle-ci. « Ses conclusions seront à leur tour précieuses pour l'occlusodontiste qui sera conforté dans sa démarche ou qui pourra par, la suite, modifier ses choix thérapeutiques », conclut Yvan Mutel.



## Les ATM, articulations particulières

Les ATM présentent de nombreuses particularités anatomiques et physiopathologiques spécifiques parmi lesquelles :

- La présence d'un ménisque actif, c'est-à-dire participant au déroulement de tous les mouvements, en coaptation parfaite avec le condyle mandibulaire ; il est plus souvent appelé disque que ménisque, d'où la locution « luxation discale ». La luxation discale survient lorsque le disque est projeté en avant du condyle : si ce dernier recapte le disque à l'ouverture buccale, on parle de luxation réductible (le bruit type claquement se produit à ce moment-là), alors que s'il reste bloqué derrière le disque, il n'y aura pas de bruit, mais une limitation d'ouverture souvent accompagnée de douleurs.

- Les ATM sont les seules articulations cinétiques (c'est-à-dire dédiées à la production d'un mouvement) siamaises ; cela explique le fait qu'une lésion articulaire est potentiellement vectrice d'une décompensation contralatérale.

Cette approche des pathologies relatives à l'occlusodontie nécessite de savoir quel professionnel effectuera le traitement. Une question d'autant plus difficile à aborder que les convergences sont fortes entre ostéopathes et occlusodontistes. Selon Yvan Mutel, « L'occlusodontie est une branche de l'odontologie et de la stomatologie, dédiée au diagnostic et au traitement des algies et dysfonctionnements de la sphère oro-faciale, et plus particulièrement des ATM ». Une approche fonctionnelle qui n'est pas sans rappeler la démarche ostéopathique. De plus, l'occlusodontie aborde également les pathologies de l'occlusion de manière globale. « L'occlusion n'est qu'un facteur étiologique potentiel parmi d'autres, jamais isolé, et même parfois totalement absent », rajoute Yvan Mutel. Une approche globale, partagée par les ostéopathes, qui rend donc possible une prise en charge pluridisciplinaire.

## UNE CONVERGENCE ENTRE OSTÉOPATHES ET OCCLUSODONTISTES

Avec la même finalité, à savoir rétablir la fonction de l'appareil mandibulaire, les traitements, diagnostics et recherche étiologique seront différents. Il sera alors nécessaire de faire en sorte que les actions thérapeutiques soient complémentaires. Et pour être optimales, elles devront être coordonnées. D'où l'intérêt d'établir des protocoles. Ils pourront notamment déterminer les indications relevant de chaque thérapeute et la séquence des traitements à réaliser. Une séquence pas si évidente à définir : « La difficulté majeure dans ces protocoles est de définir l'origine de la cause primaire du problème concerné. Si elle est située au niveau de l'appareil manducateur, elle devra être traitée prioritairement par l'odontologiste. Si elle se situe à un autre niveau, sous forme de dysfonctions ostéopathiques, le type et le moment de l'intervention ostéopathique dépendra de sa nature crânienne, vertébrale, viscérale ou posturale », souligne Bernard Gabarel, ostéopathe DO (voir pages 28 et 38). >>>



interview

## Yvan Mutel

Orthodontiste et occlusodontiste



« Une gouttière bien réglée permettra toujours au traitement ostéopathe de mieux s'exprimer localement »

### Quelle est la définition de l'occlusodontie ?

Le terme « occlusodontie » est un néologisme communément admis à titre de commodité. Cependant, il est restrictif car il sous-entend que les pathologies concernées dérivent de dysfonctionnements ou d'anomalies de l'occlusion dentaire. L'étude de l'occlusion et des troubles s'y rapportant étant eux-mêmes regroupés sous le terme « occlusodontologie ». Or, comme une majorité de praticiens aujourd'hui, je suis persuadé que l'occlusion n'est qu'un facteur étiologique potentiel parmi d'autres, jamais isolé, et même parfois totalement absent.

### Comment se positionne l'occlusodontie dans le milieu médical ?

L'occlusodontie est une branche de l'odontologie et de la stomatologie, dédiée au diagnostic et au traitement des algies et dysfonctionnements de la sphère oro-faciale, et plus particulièrement des ATM. De même qu'en parodontologie ou en implantologie par exemple, il existe des chirurgiens-dentistes spécialisés en occlusodontie. Mais il faut savoir que la seule discipline odontologique reconnue officiellement comme une spécialité, avec une codification à part, est l'orthodontie. Le diplôme de chirurgien-dentiste s'obtient après six années d'études et une thèse

d'exercice. Le diplôme de spécialiste en orthodontie nécessite quatre années d'études supplémentaires, soit dix ans au total.

### Quelle place occupe l'occlusodontie dans votre pratique ?

Pour ma part, je pratique trois spécialités : l'orthodontie, qui représente 75 à 80 % de mon activité, le traitement dentaire des syndromes d'apnée du sommeil (10 à 15 %), en collaboration avec des pneumologues, des ORL et des allergologues, et l'occlusodontie (5 à 10 %).

### Est-ce une activité en croissance ?

Très peu par rapport aux deux autres. Même si elle existe depuis l'avant-guerre, l'occlusodontie s'est peu développée comparée à l'orthodontie, la parodontologie ou l'implantologie. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat. D'abord, l'étiologie des dysfonctionnements de l'appareil manducateur est presque toujours plurifactorielle, ce qui implique une prise en charge compliquée et nécessairement pluridisciplinaire. Ensuite, chaque spécialité potentiellement concernée (dentiste, ostéopathe, rééducateur fonctionnel, rhumatologue, ORL, kinésithérapeute, psychiatre etc.), considère le problème de manière différente des

autres, compliquant la prise en charge interdisciplinaire. C'est pourquoi, le patient est souvent confronté à un véritable « parcours du combattant » avant d'être orienté vers la bonne équipe interdisciplinaire. Le taux d'abstention ou d'abandon thérapeutique est donc élevé. Enfin, pour les dentistes, une occlusodontie pratiquée dans les règles de l'art nécessite un investissement en temps et en matériel important pour une rentabilité faible. À titre d'exemple, un articulateur performant coûte entre 2 000 et 4 000 euros. Un axiographe électronique, 20 000 euros.

### Quels sont les principaux motifs de consultation en occlusodontie ?

Les trois principaux types de symptômes évoqués par les patients sont d'abord les douleurs, ensuite les difficultés à ouvrir la bouche, enfin les bruits articulaires. Les douleurs sont le plus souvent localisées au niveau de l'ATM mais peuvent également siéger en tout point de la sphère crânio-faciale ; leur localisation est donc très variable, tout comme leur intensité, leur fréquence, leur étendue, leur mode d'apparition et d'irradiation. Les limitations d'ouverture buccale sont un motif de plainte lorsqu'elles sont importantes et deviennent handicapantes (difficultés masticatoires, impossibilité de soins dentaires, etc.) ou quand la douleur à

l'ouverture oblige le patient à en limiter l'amplitude. En revanche, les altérations qualitatives de l'ouverture buccale (déviation et déflexions) sont rarement un motif de consultation. Quant aux bruits articulaires, ils constituent un motif de consultation lorsqu'ils sont perçus comme gênants par le patient ou l'entourage (claquement sonore à l'ouverture buccale par exemple), ou bien quand ils sont associés, dans l'esprit du patient, à une gravité supposée du dysfonctionnement (« mâchoire qui craque »).

### Par rapport aux motifs de consultation que vous décrivez, n'arrive-t-il pas que les patients vous consultent trop tard ?

La plupart d'entre eux consultent trop tard. Soit parce que la relative méconnaissance de ces dysfonctionnements dans le milieu médical a fait qu'ils ont été mal orientés ou mal pris en charge, soit par négligence, beaucoup ne consultant que lorsque des douleurs apparaissent. Néanmoins, il ne peut pas y avoir de réponse tranchée à cette question car l'évolution des dysfonctionnements de l'appareil manducateur est le plus souvent du cas par cas et il n'y a pas toujours de règles rationnelles. Cependant, nous pouvons apporter une réponse schématique sur les luxations discales : une luxation discale

réductible précocement à l'ouverture buccale aura de grandes chances d'être guérie avec une gouttière occlusale de repositionnement si elle est prise en charge rapidement ; en revanche, si le disque fuit plus en avant ou s'il y a évolution vers une luxation aiguë, les chances de guérison chuteront. Dans ce cas, il est cependant utile de recourir à un traitement occlusodontique pour limiter ou bloquer l'évolutivité lésionnelle, et à titre préventif pour l'ATM controlatérale qui est systématiquement obligée de compenser et sera de ce fait potentiellement sujette à une décompensation fonctionnelle. Pour les patients présentant un dysfonctionnement handicapant et résistant à tout traitement, le recours à la chirurgie consistera à éliminer le disque luxé et/ou déformé (ménissectomie), et à éventuellement le remplacer par un disque prothétique.

#### Comment se complète votre travail avec celui des ostéopathes ?

Je suis totalement convaincu de la complémentarité de nos deux disciplines. À mon avis, l'ostéopathie est toujours

potentiellement efficace dans les dysfonctionnements musculaires, les asynchronismes condylo-discaux, les luxations discales réductibles précoces et les luxations aiguës : dans tous ces cas, une gouttière sera un appoint utile, voire indispensable si le traitement ostéopathique donne un résultat instable – nous entendons souvent dire, de la part des patients, voire des ostéopathes, que « le traitement soulage mais ne tient pas ». En revanche, dans les luxations discales irréversibles, la décompression par gouttière sera souvent incontournable, voire suffisante. De toute façon, dans tous les cas, il y aura synergie : une gouttière bien réglée permettra toujours au traitement ostéopathique de mieux s'exprimer localement et le traitement ostéopathique permettra toujours de potentialiser l'action locale de la gouttière en gommant les tensions périphériques.



## Comment déterminer le type de gouttière proposé au patient ?

Yvan Mutel, orthodontiste et occlusodontiste

**« L'essentiel est de poser un diagnostic de qualité et de déterminer la bonne position mandibulaire thérapeutique »**

Il existe de multiples familles de gouttières, avec des critères de classification à entrées multiples :

- Souples ou rigides
- Lisses ou indentées
- De repositionnement ou de décompression
- Totales ou partielles (plans rétro-incisifs par exemple)
- Sur mesure ou préformées (telles que le NTItss®)

Cette multiplicité contribue d'ailleurs à alimenter des polémiques stériles entre les partisans de tel ou tel type de gouttières. Ce sont le plus souvent de faux débats car l'essentiel est de poser un diagnostic de qualité et de déterminer la bonne position mandibulaire thérapeutique. Pour cela, le praticien qui

pratique l'occlusodontie doit posséder une formation solide et être équipé d'une bonne instrumentation pour une analyse la plus fiable possible. Il pourra alors choisir le bon type de gouttières, réaliser le bon réglage et assurer le suivi.

Pour ma part, j'utilise principalement des gouttières de repositionnement et des gouttières de décompression car ce sont les seules qui permettent un contrôle précis de la néoposition mandibulaire. Elles seront donc meilleures dans le traitement des ectopies discales et plus sécurisantes dans les traitements de longue durée. Chaque fois que cela est possible, je les place à la mandibule plutôt qu'au maxillaire car elles y sont mieux tolérées par les patients, parasitent moins la cinétique linguale, ainsi que le lien entre les chaînes linguale et faciale et entre les chaînes masticatrices antérieure et postérieure. De plus, elles ne dérangent pas le MRP par blocage de la suture intermaxillaire.

## >>> DES TESTS SPÉCIFIQUES ET DES PROTOCOLES À DÉFINIR

Pour correctement aborder cette prise en charge complexe, l'examen du patient devra être minutieux et spécifique. « Il faut d'abord, explique Benoît Raynaud, repérer les signes cliniques qui permettront de déterminer le type de dysfonction : réversible, irréversible, réductible ou irréductible. Il s'agit de tester les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche, le mouvement avant-arrière (antépulsion-rétropulsion) de l'articulation et les mouvements de latéralité. En testant l'articulation sur l'ensemble de ces mouvements, l'ostéopathe peut identifier des lésions intra-articulaires : luxation discale réductible, irréductible, aiguë, collage discal, asynchronisme condylo-discal ou simplement des contractures musculaires qui limitent l'amplitude des mouvements, essentiellement des myalgies ».

À l'issue de cet examen, les résultats attendus par un traitement portant sur l'ATM seront exprimés sous forme de probabilités de réussite et en amélioration plutôt qu'en levée ou non d'une dysfonction. C'est là que réside l'intérêt de la pluridisciplinarité car certains cas nécessiteront une prise en charge par un occlusodontiste après l'intervention préalable de l'ostéopathe. Le rôle de ce dernier aura été, dans un premier temps et après avoir réalisé le bilan des dysfonctions présentes, de lever les dysfonctions « traumatiques » crâniennes, vertébrales et/ou périphériques afin d'obtenir une physiologie correcte sans laquelle les traitements suivants ne pourront être pérennes.

## À quoi sert une gouttière occlusale ?

La gouttière occlusale a pour rôle d'empêcher les contacts entre les dents (occlusion dentaire) et d'obliger la mandibule à se mettre dans une nouvelle position lors de la fermeture, entraînant ainsi un nouvel équilibre musculaire et articulaire. Elle est faite sur mesure, à partir d'une empreinte des arcades prise par le praticien. Elle est réalisée en résine acrylique transparente ou en plastique dur thermoformable, pour permettre un port prolongé dans la journée ou la nuit. Elle recouvre la totalité des dents d'une arcade et doit être ajustée en fonction de l'objectif thérapeutique défini après le diagnostic. Elle sera portée pendant un temps limité de 2 à 6 mois selon le traitement.

La gouttière occlusale est prescrite chez les patients qui présentent :

- Un tic musculaire comme un serrement très important et très fréquent des dents. La gouttière occlusale, en changeant les habitudes du patient, renforce sa rééducation comportementale.
- Une mauvaise occlusion dentaire (dent absente, en mauvaise position, sans contact, etc.). La gouttière occlusale permettra de compenser les troubles de l'occlusion.
- Une abrasion des dents. La gouttière occlusale, en interposant de la résine entre les dents, évite le contact dentaire générateur d'usure.

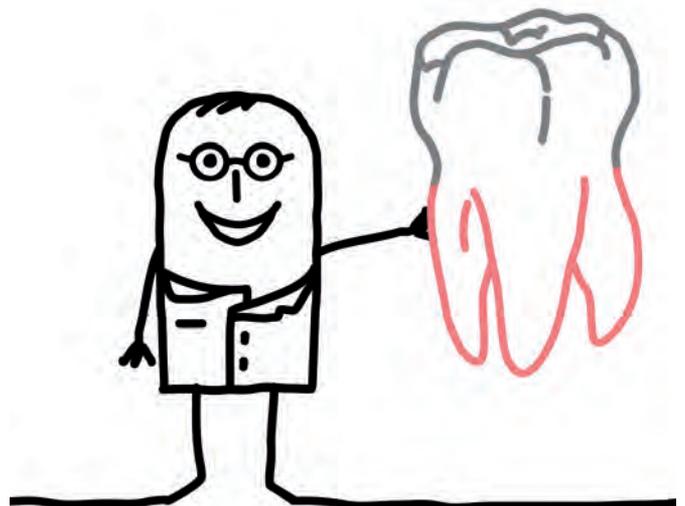
Pour construire cette prise en charge complémentaire et organiser cette collaboration, des protocoles de travail entre ostéopathes et occlusodontistes doivent être établis. De nombreuses initiatives ont amené à développer ces relations inter-professionnelles. Des démarches difficiles mais qui ont abouti à un certain nombre de réussites.

Ainsi, il y a une vingtaine d'années, Bernard Gabarel a dirigé au sein de l'IWGS (institut William Garner Sutherland) une formation destinée à enseigner, aux dentistes spécialisés et ostéopathes, comment travailler ensemble pour optimiser leur traitement. « Nous apprenions, par exemple, à utiliser conjointement les résultats des moulages, des examens axiographiques et céphalométriques au cours de traitements effectués en commun », décrit-il. À la même période, relate Christian Defrance de Tersant, « nous avons essayé de former des "couples" ostéopathe-dentiste au travers de formations aussi bien en France qu'à l'étranger, pour mettre en place les protocoles que nous avons définis ».

## OSTÉOPATHE-DENTISTE : APPRENDRE À MIEUX CONNAÎTRE L'AUTRE

D'autres initiatives sont apparues sous d'autres formes. Le COS Aquitaine (collège ostéopathique Sutherland) a récemment organisé des journées de rencontres entre ostéopathes et étudiants de la faculté dentaire de Bordeaux pour les sensibiliser à la démarche ostéopathique. La prochaine étape de ce rapprochement sera la création d'une formation post-graduée commune pour amener une collaboration plus étroite entre les deux professions. Au sein de l'université de Lille, un DU clinique en thérapeutique occlusodontique et ostéopathique réunit ostéopathes et autres professionnels concernés par les troubles de l'occlusion (voir l'encadré page 39).

Yvan Mutel a également créé, en 1998, le CIPAGO (voir l'encadré page 32), société scientifique dont l'objectif est de favoriser la création d'échanges entre odontologistes et praticiens issus d'autres disciplines médicales pour faire progresser les diagnostics et les traitements de pathologies relevant de prises en charge interdisciplinaires. >>>





interview

## Christian Defrance de Tersant

Ostéopathe DO

« Nous avons mis en place un concept et une méthodologie diagnostique permettant un traitement raisonné et ordonné »

Christian Defrance de Tersant a obtenu son DE de masseur-kinésithérapeute en 1967. De 1972 à 1982, il a suivi des études d'ostéopathie au sein de différents organismes de formation : la société romande de physiothérapie en Suisse, la MTA (Manual Therapy Association) et le collège Atman. Il a également suivi de nombreux séminaires de formation continue. Il s'est installé comme ostéopathe exclusif en 1984 et a enseigné au sein de nombreux établissements. Il a été fondateur et directeur des études d'Eurostéo et de l'PEO (institut privé supérieur d'ostéopathie). Aujourd'hui, il est référent du premier cycle d'études et responsable clinique au collège d'ostéopathie Atman. Il est l'auteur de l'ouvrage *Les sinus veineux du crâne : une clé des migraines*, éditions de Verlaque.

### De quelle manière peuvent collaborer ostéopathes et occlusodontistes ?

Depuis plus de vingt ans, je travaille avec le professeur Louis Nahmani afin de construire une démarche commune entre ostéopathes et dentistes/occlusodontistes dans le cadre d'un concept que nous avons appelé « ostéo-crânio-mandibulaire ». L'ATM étant le révélateur du problème, il représente un carrefour incontournable pour le corps. À travers cette démarche nécessairement fonctionnelle,

nous avons construit un concept et une méthodologie diagnostique pour établir un traitement raisonné et ordonné. La série de tests ostéopathiques, occlusaux, posturologiques et kinésiologiques que nous employons, nous offre d'avoir un dialogue commun et un langage compréhensible par les deux professions.

### Pouvez-vous nous présenter ce traitement ?

Il comporte la pose d'une gouttière thermoformée dite de « repositionnement mandibulaire » dont l'épaisseur est très faible, comprise entre 0,8 et 8 mm. Complète ou sectorielle, elle sera toujours posée sur la mandibule et non sur le maxillaire supérieur afin de ne pas perturber le mouvement crânio-sacré, donc l'homéostasie générale du patient. Son rôle sera myo-équilibrateur et proprioceptif. La gouttière est réalisée par le dentiste puis réglée en utilisant des tests ostéopathiques, posturaux et kinésiologiques pour obtenir la meilleure physiologie possible, tant au niveau général que local. Des contrôles sont réalisés environ chaque mois avec la gouttière en bouche. Nous menons des tests ostéopathiques spécifiques, pour notamment rechercher une bonne flexion-extension du crâne. À l'issue de ces contrôles, nous pouvons modifier la gouttière. Pour ces réglages, nous n'utilisons pas d'instruments de mesure.

## Cas clinique

**Une femme de 55 ans présente une très forte douleur au niveau de l'ATM. Elle souffre d'une subluxation de l'ATM droite.**

Au cours de l'anamnèse, nous cherchons à savoir si elle a reçu un coup, si elle a croqué dans quelque chose de dur ou encore si elle a subi une extraction dentaire difficile. Sa réponse est négative et elle affirme que ses douleurs sont apparues progressivement. Il y a deux à trois ans, elle a suivi un traitement dentaire et la pose d'un bridge à trois éléments. Depuis, « elle ne se sent pas bien dans sa bouche ». Les douleurs sont apparues trois mois après la pose du bridge. Elle est donc retournée voir son dentiste. En raison d'un pré-contact, ce dernier a modifié la hauteur du bridge. Mais ses douleurs ont persisté et elle a commencé à ressentir des douleurs au niveau lombaire à type de sciatologie tronquée. Elle était très fatiguée, souffrait de maux de tête et affichait un état dépressif. En réponse à ses douleurs, elle a naturellement changé de posture pour essayer de se rééquilibrer. Le traitement ostéopathique a pu la soulager, mais pour être efficace dans le temps, une réfection du bridge était nécessaire. Je l'ai donc adressée à un occlusodontiste avec qui je travaille régulièrement et que j'ai formé à notre protocole. Il lui a retiré le bridge en question. Ensuite, nous avons posé une gouttière que la patiente a gardée pendant six mois jusqu'à ce que les tests soient positifs et que cessent les douleurs au niveau de l'ATM. La gouttière a permis le myo-équilibrage des muscles mandibulaires et le retour à une physiologie correcte au niveau ostéopathique. La patiente a ensuite refait son bridge. La gouttière a conduit à une restauration progressive et à l'étalement du traitement prothétique dans le temps. Le traitement a ainsi duré huit mois pour un résultat très satisfaisant pour elle, tant dans sa bouche que dans son corps.

La gouttière est laissée en bouche pendant une durée pouvant aller jusqu'à plusieurs mois. À l'issue de cette période, nous réalisons à nouveau les tests, avec et sans la gouttière. Ils doivent alors être concordants dans les deux situations. Ensuite, une fois déterminée cette position d'occlusion, le dentiste peut réaliser la réhabilitation prothétique nécessaire pour maintenir cette occlusion fonctionnelle (bridge, rajout, implant, orthodontie sélective, etc.).

### Comment améliorer la collaboration entre ostéopathes et occlusodontistes ?

La difficulté aujourd'hui est d'intéresser des dentistes à notre démarche conceptuelle

et holistique. Il y a vingt ans, à travers des formations en France et à l'étranger, nous avons essayé de former des « couples » ostéopathe-dentiste pour mettre en place les protocoles que nous avons définis. La prochaine formation se déroulera fin janvier 2011 avec pour objectif de reformer des équipes. Pour les ostéopathes et les dentistes-occlusodontistes qui travaillent déjà ensemble, cette formation essaiera d'apporter un plus dans leur dialogue.





interview

## Bernard Gabarel

Ostéopathe DO

« La création de formations post-graduées communes permettra une collaboration étroite et très efficace entre nos deux professions »

**Pourquoi ostéopathes et orthodontistes/occlusodontistes peuvent-ils se rejoindre dans leur activité respective ?**

Ils ont en commun de nombreuses bases de réflexion et de travail. Elles rendent évidente et nécessaire la collaboration entre les odontologistes, en particulier ceux qui pratiquent l'occlusodontie ou l'orthodontie, et les ostéopathes. Par exemple, l'architectonique et les différentes étapes de la croissance des os crâniens intéressent nos deux professions. Ces phénomènes orientent le type de traitement proposé et déterminent le moment propice d'intervention thérapeutique. Que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte, la complémentarité de nos deux professions amène à une optimisation des traitements engagés et à une stabilisation de leur résultat, tout en diminuant leur durée d'application.

**Comment rendre effective la collaboration entre ostéopathes et occlusodontistes / orthodontistes ?**

Une réelle collaboration n'est possible que si chacun des deux professionnels concernés connaît bien le métier de l'autre, non seulement au niveau du langage utilisé mais aussi du diagnostic et des techniques pratiquées. Il faut aussi, dans un second temps, établir des protocoles communs aux deux professions au niveau diagnostique et thérapeutique. Or, actuellement, ils ne sont pas

encore complètement définis ou, du moins, totalement acceptés. Ces protocoles génèrent, selon le trouble de l'appareil manducateur considéré, une meilleure coordination interprofessionnelle et rendent plus efficaces les actions thérapeutiques engagées.

**Quelles sont les difficultés pour mettre en place ces protocoles ?**

Les odontologistes concernés ont pris conscience que les dysfonctions manducatrices ont parfois pour origine des dysfonctions ostéopathiques crâniennes, vertébrales ou viscérales et les ostéopathes ont intégré que certaines dysfonctions crâniennes, vertébrales ou viscérales trouvent une cause primaire ou initiale au niveau de l'ATM ou des rapports dento-dentaires. Pour construire ces protocoles, la difficulté majeure est de définir l'origine de la cause primaire du problème concerné. Si elle est située au niveau de l'appareil manducateur, elle devra être traitée prioritairement par l'odontologiste. À un autre niveau, sous forme de dysfonctions ostéopathiques, le type et le moment de l'intervention ostéopathique dépendront de sa nature crânienne, vertébrale, viscérale ou posturale. Mais l'absence de formations post-graduées communes et de groupe de recherche sur nos problématiques rend difficile l'établissement de ces protocoles.



**Vous avez développé des collaborations avec la faculté dentaire de Bordeaux. Dans quel objectif ?**

À la suite de la journée « odontologie et ostéopathie » organisée le 24 juin dernier avec la collaboration du COS Aquitaine, et à la demande des responsables de l'enseignement dentaire universitaire, nous avons organisé une journée d'information le 7 décembre dernier pour sensibiliser les étudiants de la faculté dentaire à la démarche ostéopathique dans leur sphère d'intervention. L'objectif était de leur apporter une information théorique et pratique sur l'ostéopathie et ses possibilités au niveau de l'appareil manducateur. Nous organiserons une présentation réciproque auprès des étudiants ostéopathes. La prochaine étape sera la création de formations post-graduées communes qui, seules, permettront une collaboration étroite et très efficace entre nos deux professions.

**Quel sera le programme de ces formations ?**

Il devra porter en premier lieu sur la connaissance précise du langage, du diagnostic et du travail pratique de chacune de nos professions. Ensuite, sur l'apprentissage d'un protocole diagnostique et thérapeutique commun et de protocoles spécifiques à des pathologies particulières. Ces protocoles détermineront le rôle et le moment d'intervention de chacun des praticiens.

**Cette démarche n'est pas récente pour vous ?**

En effet, j'ai, déjà œuvré au rapprochement des deux disciplines. En 1985, avec mon confrère et ami Léopold Busquet, nous avons créé et assuré l'enseignement d'une formation post-graduée sur ce sujet. Nous avons également organisé à Paris une conférence réunissant de grands noms de l'occlusodontie et de l'orthodontie et des ostéopathes compétents dans cette matière. Sur invitation de la faculté dentaire de Toulouse, nous avons, au cours d'une formation post-graduée, présenté l'intérêt de l'ostéopathie pour les odontologistes. D'autre part, il y a vingt ans, j'ai dirigé, au sein de l'IWGS (institut William Garner Sutherland), une formation destinée à enseigner aux professionnels dentistes spécialisés et ostéopathes la manière de travailler ensemble.

**Pourquoi ces démarches n'ont-elles pas abouti aujourd'hui à de véritables collaborations normalisées ?**

D'abord, le fait que l'ostéopathie ne soit pas, jusqu'à ces dernières années, reconnue officiellement, a constitué un frein important. Ensuite, à cause de l'existence de courants de pensée et d'orientations différents et parfois contradictoires, que ce soit en odontologie ou en ostéopathie. Enfin, nos deux professions, en constante évolution, obligent à remettre en cause et à modifier certains protocoles déjà établis pour réactualiser notre complémentarité. C'est dommage car nos deux professions ont envie et besoin de travailler en collaboration. Heureusement, de nos jours, les conditions nécessaires sont réunies pour normaliser et officialiser cette collaboration.



## >>> UNE FORMATION SPÉCIFIQUE POUR LES PATHOLOGIES D'OCCLUSION ?

La prise en charge de pathologies d'occlusion est complexe. Est-il pour autant nécessaire d'avoir des connaissances médicales ou dentaires particulières ? Pour Christian Defrance de Tersant, « il suffit de bien connaître cette région et posséder un protocole pour poser un diagnostic et des tests spécifiques. Les connaissances de base sur l'ATM sont normalement enseignées dans toutes les écoles d'ostéopathie et, en principe, un ostéopathe ne devrait pas passer à côté des problèmes relevant de l'occlusodontie ». En revanche, pour Benoît Raynaud, « Une formation spécifique est indispensable. Toutes les écoles proposent une approche sur les traitements des dysfonctions temporo-mandibulaires dans leur cursus mais une formation post-graduée est nécessaire pour approfondir ce sujet. Tous les ostéopathes devraient ainsi compléter leur formation car beaucoup de patients présentent des pathologies d'occlusion. Si elles ne sont pas prises en compte et traitées, il est possible que des traitements ostéopathiques ne soient pas efficaces dans le temps ».

La complémentarité de deux professions permettra d'optimiser les traitements engagés et stabilisera leurs résultats

tout en diminuant leur durée d'application. « Chez l'enfant, explique Bernard Gabarel, le travail préparatoire crânien et parfois cervical de l'ostéopathe facilitera ensuite le traitement orthodontique et diminuera le temps d'application de l'appareillage utilisé. Chez l'adulte, le traitement ostéopathique peut précéder ou accompagner ou compléter le travail occlusal ou orthodontique. Il facilitera l'équilibration de l'appareil crânio-mandibulaire et stabilisera ses résultats ».

L'ostéopathe tirera également parti de cette collaboration car un nombre important de dysfonctions ostéopathiques crâniennes, vertébrales, posturales et parfois viscérales ont une origine au niveau de l'ATM ou de l'occlusion dentaire. Elles ne pourront être réellement et totalement résolues que grâce à l'apport d'un traitement adapté occlusal ou occlusodontique. ■

*\* Bruxisme : parafonction manducatrice (mouvement inconscient sans but précis concernant l'appareil manducateur) soit par serrement soit par mouvement latéraux, nommé alors grincement de dents. Cette parafonction peut se manifester pendant la journée mais plus souvent durant le sommeil ; elle est alors généralement inconsciente.*

## DU clinique en thérapeutique occlusodontique et ostéopathique

**Organisé conjointement par la faculté de chirurgie dentaire de Lille et l'ISO Lille (institut supérieur d'ostéopathie), ce DU a pour but d'associer les traitements occlusodontique, ostéopathique et orthoptique dans une logique pluridisciplinaire. Il s'adresse aux ostéopathes DO, aux docteurs en chirurgie dentaire, médecins stomatologistes, médecins ophtalmologistes et orthoptistes DE.**

À l'issue de cette formation, les différents praticiens pourront se comprendre et auront la possibilité de travailler ensemble sans pour autant se substituer les uns aux autres. Ils appréhenderont les relations existantes entre l'occlusodontie, l'ostéopathie et l'oculogyrie\* lors du diagnostic et des traitements des dysfonctionnements crânio-mandibulaires. Ils pourront acquérir des connaissances en ostéopathie pour les chirurgiens dentistes, les stomatologistes, les ophtalmologistes, les orthoptistes et en occlusodontie pour les ophtalmologistes, les ostéopathes, les orthoptistes, afin d'améliorer leurs investigations cliniques réciproques, dans le souci d'une meilleure interactivité pluridisciplinaire. L'enseignement comporte 240 heures réparties sur une année universitaire : 130 heures d'enseignement théorique, 70 heures d'enseignement clinique et 40 heures réservées à la préparation d'un mémoire. L'enseignement théorique porte sur :

- l'anatomie (tête, cou, ceinture scapulaire, système crânio-sacré),
- la neurophysiologie (nerf trijumeau, nerfs oculomoteurs, nerf spinal, réflexe vestibulo-oculo-céphalogyre, réflexe oculo-

céphalogyre, régulation des contractions des muscles masticateurs et de la posture, étude du stress et ses conséquences neurophysiologiques),

- la physiologie de l'appareil manducateur : cinématique des articulations temporo-mandibulaires, cinématique dento-dentaire et fonction linguale,

- l'imagerie médicale : la radiographie panoramique, transcranienne, le scanner, l'IRM,

- le concept ostéopathique crânio-sacro-mandibulaire : la posturologie anti-gravitaire, l'oculogyrie, les diagnostics odontologique, ostéopathique et orthoptique du dysfonctionnement crânio-mandibulaire,

- les traitements du dysfonctionnement crânio-mandibulaire : orthopédique, ostéopathique, orthoptique et traitement stabilisateur,

- la gestion des douleurs organiques et psychogènes.

L'enseignement clinique comporte la mise en place d'un protocole de diagnostic et de traitement du dysfonctionnement crânio-mandibulaire (odontologique, ostéopathique, orthoptique et psychologique) et l'apprentissage de tests cliniques permettant d'améliorer le diagnostic et les traitements des dysfonctionnements crânio-mandibulaires.

*\* Oculogyrie : processus réflexe qui coordonne les mouvements des globes oculaires dans les orbites.*

**Plus d'informations sur : <http://chirdent.univ-lille2.fr/> et [www.lille-osteopathie.fr](http://www.lille-osteopathie.fr)**



# Les chaînes musculaires et articulaires par la méthode GDS

PAR LE DOCTEUR  
NICOLAS VALDENAIRE,  
OSTÉOPATHE  
ET ENSEIGNANT MÉTHODE GDS



La méthode GDS des chaînes musculaires et articulaires a été élaborée dans les années 60 par Godelieve Denys-Struyf, en kinésithérapie puis en ostéopathie.

À travers ses observations, elle a pu définir et ajuster progressivement une méthode globale intégrant le fonctionnement du corps et ses liens indissociables avec le comportement psychologique. Son approche traduit l'unité profonde entre l'appareil locomoteur et l'appareil psychique.

Les muscles et leurs enveloppes, organisés en chaînes, relient toutes les parties du corps qui deviennent interdépendantes. Ils sont, par ailleurs, les outils de l'expression psycho-corporelle : nos états de tension, nos émotions, nos sentiments et nos manières d'être s'expriment à travers le système musculaire qui influence nos postures, notre respiration et nos gestes. Lorsque de telles tensions ou des attitudes se répètent et se prolongent dans le temps, un excès de tonus musculaire s'installe et gagne de proche en proche des muscles bien spécifiques, jusqu'à faire apparaître sur le corps de véritables bandes tensionnelles. Ce mécanisme détermine alors, de manière progressive, une cascade de déplacements articulaires désignés par le terme de suite articulaire. Ce langage marque le corps et le prive de libertés gestuelles et de variétés d'expressions.

La méthode GDS est une approche tant préventive que thérapeutique qui s'intéresse aux rapports entre la mécanique corporelle et le comportement. Enseignée aux professionnels de santé, elle leur offre, à travers une expérimentation personnelle, une méthode d'observation, des mesures, des tests, des analyses et des interprétations rigoureuses, ainsi qu'une large palette d'outils thérapeutiques. Elle peut cependant, sous une autre forme, s'adresser à toute personne qui souhaite avoir une meilleure connaissance d'elle-même pour mieux se prendre en charge. Par le biais d'expériences innovantes, elle propose alors une prise de conscience comportementale et corporelle originale et propre à chacun.

### Comment soigne-t-on par la méthode GDS ?

Godelyne Denys-Struyf décrit six familles de muscles que le corps utilise pour s'exprimer mais qui, dans l'excès, peuvent devenir des chaînes de tension myo-fasciale. Les muscles emprisonnent alors le corps dans une attitude rigidifiée, réduisent sa liberté de mouvement et le marquent d'empreintes spécifiques qu'il est possible de classer selon une typologie (voir notre encadré « La typologie des chaînes musculaires »).

La méthode GDS dispose de manœuvres de massage, de techniques réflexes, de modelages ostéo-articulaires, de postures d'étirement ou encore de stimulations et d'accordages des tensions musculaires entre elles. Elle propose également un abord de la sphère crânienne et de la sphère viscérale.

Toute cette approche est sous-tendue par une analyse de la relation des différentes chaînes musculaires entre elles, de la façon dont elles se sont mises en place lors du développement psycho-moteur de l'individu et de la manière dont elles coordonnent leur tension dans la posture globale. La notion de chaînes musculaires dans la biomécanique GDS se complète et s'articule avec une analyse des masses corporelles et du squelette. L'agencement des pièces osseuses fait apparaître trois masses caractérisées par leur stabilité, leur élasticité et

### La typologie des chaînes musculaires

#### 1 – Enchaînement musculo-aponévrotique antéro-médian, attitude en « AM »

**Posture** : enroulée et basculée en arrière

**Comportement** : besoin d'affect, sentimentalité

#### 2 – Enchaînement musculo-aponévrotique postéro-médian, attitude en « PM »

**Posture** : pulsée vers l'avant

**Comportement** : besoin d'action, de maîtriser

#### 3 – Enchaînement musculo-aponévrotique postéro-antérieur (PA), attitude en « PA »

**Posture** : érigée, axée

**Comportement** : réceptivité, quête d'idéal

#### 4 – Enchaînement musculo-aponévrotique antéro-postérieur (AP), attitude en « AP »

**Posture** : affaissée, ondulante

**Comportement** : émotivité, adaptabilité

– Enchaînement musculo-aponévrotique postéro-antérieur et antéro-postérieur, attitude en « PA-AP » (la chaîne PA va occuper la partie supérieure du tronc et la chaîne AP la partie inférieure)

**Posture** : érigée et hyperlordosée

**Comportement** : réactivité, impulsivité

#### 5 – Enchaînement musculo-aponévrotique antéro-latéral, attitude en « AL »

**Posture** : repliée, enroulée

**Comportement** : réserve, introversion

#### 6 – Enchaînement musculo-aponévrotique postéro-latéral, attitude en « PL »

**Posture** : déployée et arquée

**Comportement** : besoin de communiquer, extraversion

dont les articulations fonctionnent comme des jonctions souples : le bassin, le thorax et le crâne, et des intermasses caractérisées par la mobilité et l'amplitude. Verticalisé, l'ensemble va s'organiser en un empilement d'une masse sur une intermasse, avec des pivots et des leviers. Le squelette est analysé en termes de chaînes articulaires qui, au nombre de cinq, rayonnent à partir du bassin.

### Le patient doit changer l'image de son corps

Toute cette partie du travail constitue ce que Godelyne Denys-Struyf appelle « une approche de refunctionalisation ». Néanmoins, cela ne suffit pas. Si le patient ne change rien à l'image qu'il a de son corps et sa façon de l'utiliser, il retombera certainement dans les mêmes schémas de dysfonction. Afin d'éviter cet écueil, la méthode GDS propose un travail dit de restructuration. La base de ce travail consiste à donner au patient des images justes de son corps pour ainsi renforcer la conscience qu'il en a. >>>



**interview**

## Philippe Campignon

Responsable de la formation GDS

« Environ un cinquième des effectifs de nos formations GDS est composé d'ostéopathes. »

### Les ostéopathes sont-ils de bons élèves de la méthode GDS ?

Les ostéopathes ont un avantage sur le volet de la pratique car ils ont déjà une main. En revanche, les bases théoriques nécessitent de leur part une adaptation, du fait d'un référentiel différent. Les bases théoriques de la méthode GDS sont complémentaires de celles de l'ostéopathie mais, dans la méthode des chaînes, nous plaçons au premier plan l'expression psycho-corporelle dont les muscles sont les outils. Ainsi, lorsque l'ostéopathe constate un blocage ou une restriction musculaire, il peut les replacer dans le contexte plus général de la posture et de la gestuelle de l'individu. La notion de terrain entre alors dans le diagnostic dans le but de prévenir la récurrence.

### Comment la méthode GDS s'intègre-t-elle dans la pratique de l'ostéopathe ?

La nature des gestes thérapeutiques enseignés tient compte des liens étroits entre la peau, le muscle, le fascia et l'os. Prenons pour exemple le cas d'un blocage du péroné en bas et en arrière, mis en évidence par un testing à la fois positionnel et de mobilité des articulations entre le tibia et le péroné. Le thérapeute saisit le péroné d'une main et de l'autre maintient le tibia. Dans un premier temps, tout comme dans certaines techniques

ostéopathiques, il conduit le péroné dans sa lésion mais en y ajoutant une traction et une pression inhibitrice sur le muscle tibial postérieur fréquemment responsable de ce type de lésion. Il n'y a apparemment pas trop de différence avec une approche ostéopathique de correction de la lésion, mis à part le rôle que l'on accorde au muscle dans la notion de blocage.

Or, le tibial postérieur s'inscrit dans une chaîne de tension myo-fasciale que nous nommons antéro-latérale (chaîne AL) de par sa localisation sur le tronc. Il s'agit d'une chaîne de défense dont les muscles s'activent dans un contexte psychologique bien précis. Si je veux que mon traitement dure dans le temps, je dois prendre en compte ce qui motive cette réaction de défense de l'organisme. Pour éviter la récurrence, il est impératif de reprogrammer une meilleure utilisation corporelle. Il en va de même pour les blocages vertébraux que nous considérons comme des réactions de défense de l'organisme vis-à-vis d'une distension ligamentaire devenue chronique. Le praticien de la méthode GDS analyse l'attitude et la gestuelle du patient afin d'établir un rapport de cause à effet entre celles-ci et le dysfonctionnement articulaire ayant entraîné un étirement ligamentaire qui a lui-même motivé le blocage. C'est là que la notion de

chaînes intervient, car ce sont elles qui sous-tendent l'attitude et gauchissent le mouvement dans nos articulations. La méthode GDS permet enfin de mieux appréhender certains problèmes viscéraux fonctionnel ne serait-ce que par les liens étroits qu'elle entretient avec la médecine traditionnelle chinoise. Cette vision rend encore plus évidente la notion de globalité propre à la pensée ostéopathique.

### Quelles sont les applications dans la sphère crânienne ?

Au niveau crânien, j'ai, à partir de travaux personnels, développé une meilleure compréhension de l'importance de chaînes de tension myo-fasciale sur les restrictions de mobilité des os du crâne. Cela ne remet pas en question les causes intra-crâniennes de blocage mais doit être envisagé dans de nombreux cas. Certaines chaînes impriment aux os du crâne une contrainte qui les verrouille dans la position correspondant à l'inspiration du mouvement respiratoire crânien et freine donc leur mobilité dans le sens de l'expiration. D'autres font le contraire et verrouillent en position d'expir, entravant la mobilité dans le sens de l'inspir. D'autres peuvent perturber la physiologie des os temporaux, etc. Ce travail sur les chaînes musculaires en complément du travail crânien facilitera la relance du MRP.



### Quelle est la proportion d'ostéopathe qui suivent vos formations ?

Environ 1/5<sup>e</sup> des effectifs de nos formations GDS est composé d'ostéopathes.

### De retour dans leur cabinet, les thérapeutes mettent-ils tous en application la méthode GDS ?

Certains praticiens reprennent leurs habitudes mais beaucoup témoignent d'un réel enrichissement de leur pratique quotidienne. Pour certains, cette démarche, même si elle n'a pas modifié leur approche thérapeutique, les incite à être plus à l'écoute de leur patient à travers l'expression de leur corps.



>>> Dans cette approche, une place majeure est accordée à la prise de conscience des os pour intégrer en soi sa propre charpente. Cela favorise l'équilibration des tensions musculaires et permet d'habiller harmonieusement cette charpente. De cette collaboration rendue plus consciente entre l'os et le muscle peut naître un geste coordonné. Le patient retrouve alors un certain plaisir dans les mouvements de son corps redevenu indolore.

### Une méthode préventive et de nombreuses indications

Dans le domaine de la prévention, la méthode GDS vise à optimiser les possibilités du corps par une meilleure gestion des tensions associées au comportement et par un apprentissage des gestes justes. Le corps et l'esprit étant indissociables, nos difficultés comportementales nous emprisonnent progressivement dans un carcan de tensions musculaires. Cette cuirasse musculaire refoule nos émotions au plus profond de notre corps et peut entraver le travail du psychanalyste ou du psycho-thérapeute. En débarrassant le patient de cette cuirasse, le thérapeute corporel lui ouvre des portes pour aller à la découverte de lui-même.

Au niveau thérapeutique, en se basant sur la notion fondamentale du terrain prédisposant, la méthode GDS remonte à l'origine de nombreuses pathologies telles que l'arthrose, les douleurs (lumbagos, sciatiques, cervicalgies, etc.) et autres affections rhumatologiques ou orthopédiques. Les troubles statiques de la colonne vertébrale, comme l'excès de lordose ou de cyphose et la scoliose, sont de très bonnes indications, d'autant plus que l'approche est globale et prend en compte un grand nombre de paramètres entrant en jeu dans ces affections.

Dans le traitement des pathologies des membres inférieurs (coxarthroses, douleurs et troubles statiques des genoux et des pieds) ou supérieurs (périarthrites scapulo-humérales, tendinites du coude, syndromes du canal carpien et autres), la méthode GDS propose des solutions originales, efficaces et durables. L'accompagnement périnatal et les pathologies corporelles et comportementales de l'enfant entrent également dans son champ d'application. Depuis quelques années, une approche destinée aux podologues a aussi été développée. La méthode permet enfin de mettre en œuvre des stratégies d'entretien pour éviter les récurrences et l'apparition de nouvelles pathologies.

### La rencontre avec l'ostéopathie, les lignes de force de Littlejohn

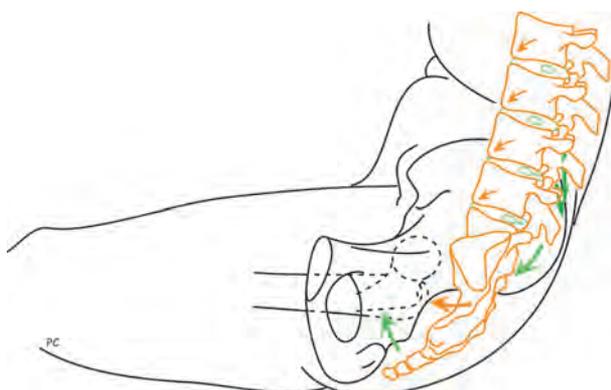
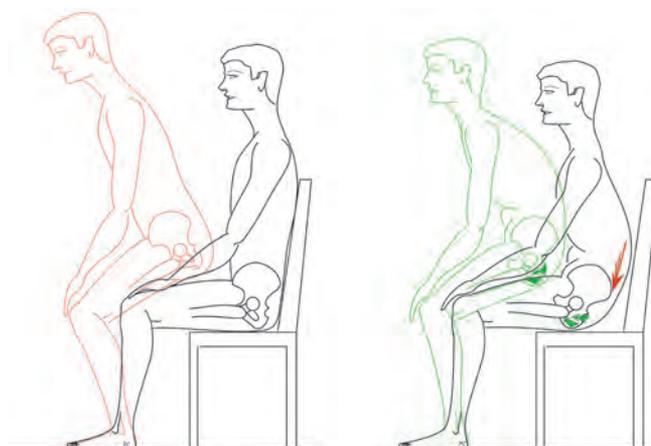
Au cours de ses études d'ostéopathie à Maidstone, Godelieve Denys-Struyf décrit son analyse des théories biomécaniques du docteur John Martin Littlejohn dans un article intitulé « Vie antérieure de notre PA AP » (chaîne musculaire centrale >>>

### Intérêts d'un travail de restructuration à travers l'exemple de la position assise

Un sujet présente un problème de conflit disco-radicaire s'exprimant par une symptomatologie de sciatgie sur un terrain présentant des rétractions des chaînes postéro-latérales, impliquant notamment les muscles pelvi-trochantériens au niveau du bassin.

Quelle que soit la méthode, des dysfonctions seront trouvées et pourront être traitées au niveau de la structure lombopelviennne. Mais si le sujet ne s'assoit pas correctement, si, du fait de son terrain mécanique, il positionne son bassin en rétro-bascule globale, les lignes de force de son tronc ne pourront pas se transmettre harmonieusement jusqu'au niveau des ischions. Un cisaillement lombo-sacré pourra en résulter, avec une majoration de la pression sur les disques intervertébraux. Cette façon de s'asseoir est facteur d'aggravation dans les pathologies discales.

Il faut donc restructurer la façon dont le sujet s'assoit. Reprogrammer la flexion de la hanche pour lui permettre d'aborder la posture assise avec un recul des ischions, l'os coxal alors maintenu en position verticale. La restauration d'une lordose lombaire physiologique, en favorisant des appuis au niveau des articulaires postérieures, conduira à éviter des hyper-pressions au niveau des disques intervertébraux.





## Méthode GDS : la vision du docteur André Ratio, ostéopathe DO, fondateur des CSOF Paris et Toulouse

Godelieve Denys-Struyf fut étudiante durant cinq ans, de 1971 à 1976, à l'European School of Osteopathy (EEO). En arrivant à l'EEO, forte de ses idées, elle instaure « l'esprit des chaînes ». Elle est rapidement confrontée au modèle de John Wernam qui prône et enseigne, en tant que rapporteur et dépositaire, le message de John Martin Littlejohn. Elle va alors développer son propre modèle avec l'espoir de voir converger les modèles, dans le respect du concept d'Andrew Taylor Still.

Dans sa démarche sur les chaînes musculaires, elle rétablit et relance les fonctions en dynamisant et en rythmant dans le corps ce qui est en voie de se figer. Elle ré-harmonise. Après s'être enrichie du concept de Still, elle énonce des idées forces, clés de sa pratique : « L'ostéopathie relance l'horlogerie, le mécanisme de l'alternance. Elle peut le faire au sein d'un déséquilibre positionnel non résolu ».

La difficulté d'interprétation des lignes mécaniques résulte de notre embarras à les utiliser, surtout sous la forme où elles nous ont été proposées par John Martin Littlejohn. En effet, elles ne sont pas présentées comme des lignes immobiles mais susceptibles de suivre le corps dans ses mouvements pour participer et maintenir à son équilibre.

Nous n'entendons pas altérer le message qu'ont transmis et transmettent encore les lignes de force. Au contraire, nous souhaitons, quarante ans après avoir croisé lignes et chaînes, suggérer une proposition dont le but est de réhabiliter les lignes auprès de ceux qui, comme nous, ont été perplexes. Nous souhaitons proposer une lecture qui rende plus vivant et plausible l'abord de ces lignes de force telles qu'aurait pu les imaginer John Martin Littlejohn.

Les lignes mécaniques étaient bien musculaires, mais à l'époque, au début des années 70, pour bon nombre d'ostéopathes, le muscle était en disgrâce et la mécanique articulaire au cœur de la démarche. Même le rôle de L3 est réhabilité par la subtilité des chaînes anti-gravitaires, celles qui viennent du bas vers le haut. L3 alors occupe une situation centrale de l'étage lombaire d'où elle domine membres inférieurs et bassin.

Godelieve Denys-Struyf rappelle que ses chaînes anti-gravitaires se servent de L3 pour gérer l'équilibre du tronc et des membres inférieurs mais par rapport aux forces qui s'opposent à la pesanteur. Elle a su reconnaître et conjuguer les démarches kinésithérapeutique, orthopédique, posturologique et, enfin et surtout, ostéopathique.

>>> de l'axe vertical divisée en deux groupes selon leur orientation postéro-antérieure et antéro-postérieure). Théories reprises dans *Les mécaniques de la colonne vertébrale et du bassin*, l'ouvrage de John Wernham, ostéopathe DO. Dans sa vision de la mécanique du corps humain, John Martin Littlejohn décrit un ensemble de lignes de force dont certaines sont unies pour former des polygones de forces :

- **La ligne de force centrale.** Elle naît au niveau de l'apophyse odontoïde de l'axis, se dirige caudalement, passe en avant de T4, traverse le corps de T12 et L3 et passe par le promontoire sacré pour se terminer entre les deux pieds, en projection de la partie la plus haute de leur arche sagittale. Cette ligne est décrite comme la résultante d'actions de trois lignes obliques, une antéro-postérieure et deux postéro-antérieures.

- **La ligne de force oblique antéro-postérieure.** Elle naît au niveau du bord antérieur du trou occipital, passe par le tubercule antérieur de l'atlas, puis en avant de T4, se poursuit à travers les corps vertébraux de T11 et T12, à travers les articulations inter-apophysaires de L4 et L5, puis traverse S1 pour se terminer à la pointe du coccyx.

- **Les lignes de force obliques postéro-antérieures.** Elles naissent au niveau du bord postérieur du trou occipital, croisent T2 et la deuxième côte, passent en avant de T4, puis à travers les corps vertébraux de L2 et L3, niveau à partir duquel les deux lignes sont nettement individualisées pour aller se terminer aux acetabulum des os coxaux.

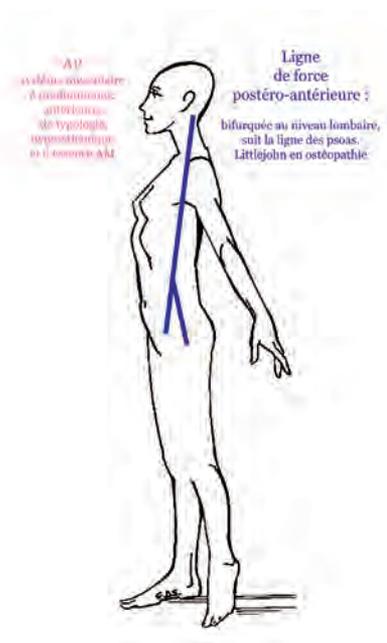
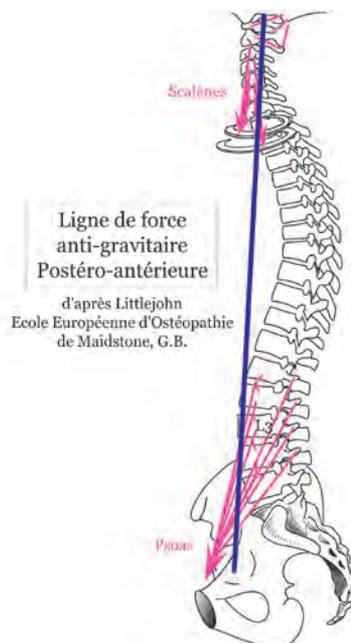
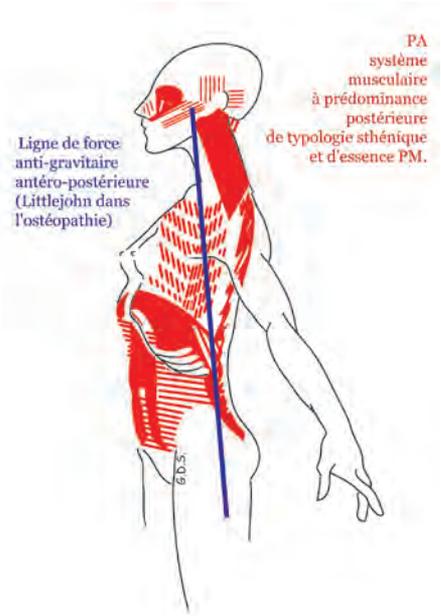
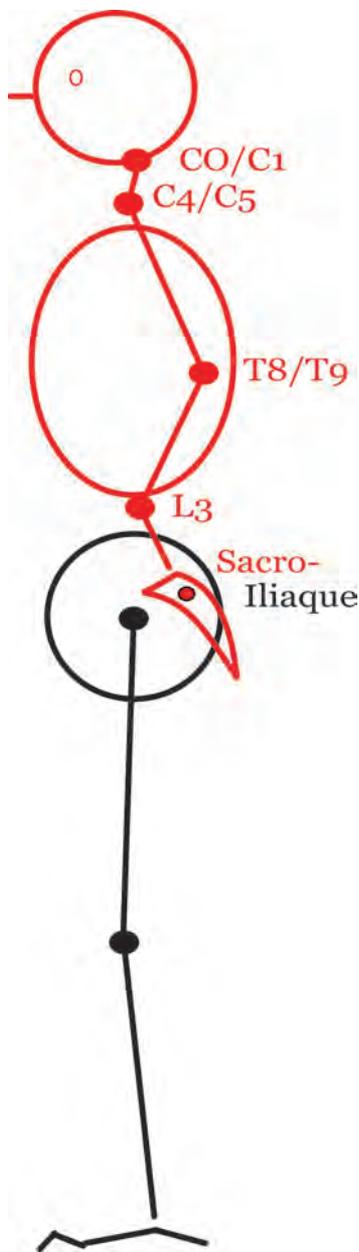
- **Les lignes parallèles de force.** Elles le sont par rapport à la ligne centrale. Une ligne antérieure du corps est décrite

comme allant du menton à la symphyse pubienne. Mais dans sa description, elle est associée à une notion de typologie antérieure ou postérieure, avec un déplacement de la ligne.

La ligne de force oblique antéro-postérieure, associée aux deux lignes de force obliques postéro-antérieures, forme des polygones de forces. Ils se présentent sous la forme de deux pyramides à base triangulaire, une à base supérieure et une à base inférieure. Les sommets se rejoignent en avant du corps de T4. C'est la zone clé de la relation entre les lignes obliques.

Toutes ces lignes, lorsqu'elles sont décrites comme des lignes gravitaires associées à des centres de gravité, s'avèrent d'un abord difficile. C'est ainsi que Godelieve Denys-Struyf les a apprises lors de ses études d'ostéopathie. Cet enseignement a constitué pour elle une révélation. Elle venait de trouver une convergence avec son travail à travers ces notions de lignes de force organisatrices de la verticalité du corps humain et très proches de sa vision.

Or, à cette époque, au début des années 70, le muscle avait peu d'importance dans l'enseignement de l'ostéopathie, au profit d'une mécanique très articulaire. L'arrivée des conceptions du docteur Fred Mitchell, ostéopathe DO, et sa méthode isométrique donnèrent au muscle une place nouvelle dans la démarche ostéopathique. René Quéguiner et Francis Peyralade, tous deux ostéopathes DO, les enseignèrent ensuite. Le docteur Alain Abehsera, ostéopathe DO, relaira cet enseignement au sein de l'EEO.



### Les lignes de force de Littlejohn, des lignes antigravitaires ?

Godelieve Denys-Struyf établit des parallèles entre les considérations de Fred Mitchell sur la place du muscle et les lignes de force de Littlejohn. L'idée forte de Godelieve Denys-Struyf est de regarder les lignes de force de Littlejohn, non pas comme des lignes gravitaires mais au contraire comme des lignes antigravitaires, résultantes de forces musculaires et représentant la façon dont le corps verticalisé s'organise pour répondre aux contraintes de la gravité. L3, qui était décrite comme le centre de gravité, devient alors le centre antigravitaire, centre d'adaptation et d'ajustement.

Les lignes parallèles associées à une notion de typologie antérieure et postérieure sont en relation avec les chaînes musculaires AM (antéro-médiane) et PM (postéro-médiane). La ligne antéro-postérieure est en relation avec la chaîne PA (postéro-antérieure), chaîne de petits muscles qui unifie la colonne vertébrale et favorise la coaptation des articulations vertébrales. Les lignes postéro-antérieures sont en relation avec la chaîne AP (antéro-postérieure). La bifurcation à la hauteur de la colonne lombaire laisse deviner la ligne de force des psoas. Il faut noter que les appellations entre les lignes et les chaînes sont inversées.

Dans le modèle de John Martin Littlejohn, PA pour aller de l'arrière à l'avant va du haut vers le bas. Dans le modèle de Godelieve Denys-Struyf, cette même ligne est AP et va du bas vers le haut pour aller de l'avant vers l'arrière. Les deux approches mettent en évidence la complémentarité de deux structures dans l'organisation de l'axe central. La statique et la dynamique, les forces ascendantes et descendantes se complètent.

## Apporter un complément à l'ostéopathie

La ligne dite gravitaire, décrite dans *Les mécaniques de la colonne vertébrale et du bassin*, devient ligne anti-gravitaire, résultante de forces musculaires. Celles-ci sont bel et bien les chaînes AP et PA, forces ayant très précisément des effets opérants sur la colonne vertébrale, dans le sens de l'extension axiale.

À propos des relations entre les chaînes et l'ostéopathie, Godelieve Denys-Struyf disait : « Tout en étant une méthode à visée orthopédique qu'il faut bien différencier de l'ostéopathie, les chaînes musculaires n'en sont pas moins une méthode susceptible d'apporter un complément à l'ostéopathie et inversement. Rien, ni personne ne se suffit à soi-même, mais nous avons à vivre dans un monde où les contraires ne s'opposent plus, où ils découvrent leur complémentarité ; dès lors, leurs individualités sont capables de s'associer ». ■

### Sources

- Cours d'ostéopathie sur les lignes du docteur Littlejohn au CSOF (1989-1995), par Baudouin Chatelle, DO, et à l'PEEO dans le cadre d'un stage annuel
- Cours sur la méthode GDS à l'ICTGDS (2000-2005)
- Entretiens avec Godelieve Denys-Struyf
- Entretiens avec André Ratio, DO
- Entretiens avec Philippe Campignon
- Entretiens avec le docteur André Struyf
- Article « Vie antérieure de notre PAAP », Godelieve Denys-Struyf
- *Les mécaniques de Littlejohn*, John Wernham, ostéopathe DO
- *Maîtres et clés de la posture*, Michel Frères, Marie-Bernadette Mairlot
- *Points gâchettes et chaînes fonctionnelles musculaires*, Philippe Richter, Éric Hebgen
- Ouvrages de Godelieve Denys-Struyf
- Ouvrages de Philippe Campignon



## Bibliographie de Godelieve Denys-Struyf

### Ouvrages

- Les chaînes musculaires et articulaires*
- Prévention et réadaptation pour les souffrants de la colonne vertébrale*
- Le manuel du méziériste, tomes 1 et 2*
- La structuration psycho-corporelle de l'enfant – La vague de croissance selon la méthode GDS*

### Les Cahiers

- Stratégie de la roue*
- Le Bassin « Racine sacrée en terre pelvienne », tome 1 : Apprivoiser*
- Stratégie de la Lemniscate, tome 1 : Les âges de mon corps et les âges que je vis*
- Stratégie de la Lemniscate, tome 2 : Les âges que je vis*

### Les Carnets

- Introduction de la méthode GDS*
- Chaînes et créativité*
- Réflexion pour un petit prématuré*
- Conte : Le perroquet, la gouvernante et les jumeaux*
- Accompagner nos enfants et préserver l'enfant en nous*

## Bibliographie de Philippe Campignon

- Les chaînes musculaires et articulaires Méthode GDS*
- Aspects biomécaniques – Notions de base*
- Les chaînes relationnelles*
- Tome 1 : Les chaînes antéro-latérales*
- Tome 2 : Les chaînes postéro-latérales*
- Les chaînes de l'axe vertical*
- Tome 1 : Les chaînes antéro-médianes*
- Respir – Action*

## Bibliographie de Bernard Valentin

- Autobiographie d'un bipède*



[www.sport-osteop.com](http://www.sport-osteop.com)



## SPORT OSTEOPATHIE

Spécialiste des athlètes  
de haut-niveau,  
**Eric Robinson**  
fut ostéopathe  
au club de football du  
**Bayern de Munich.**

Aujourd'hui,  
il officie au club des  
**Girondins de Bordeaux**  
ainsi qu'auprès de l'A.S.P.  
**Association des surfeurs**  
**professionnels.**

**Formation continue**  
**agrée par le FIFPL**

N° agrément : 72 33 07 67 233

**Formation recommandée**  
par l'Association Internationale  
des Ostéopathes du Sport

Renseignements  
& réservations

**T. 09 60 01 55 29**

[marie.sportosteop@orange.fr](mailto:marie.sportosteop@orange.fr)

[www.sport-osteop.com](http://www.sport-osteop.com)

**Villes de formation**  
**disponibles sur notre site**  
[www.sport-osteop.com](http://www.sport-osteop.com)

## FORMATION & PERFECTIONNEMENT EN OSTÉOPATHIE STRUCTURELLE

**Fort de son expérience**  
**& de ses connaissances reconnues**  
**dans le milieu du sport professionnel,**  
**Sport Ostéo vous propose**  
**une formation thérapeutique novatrice**  
**vous permettant de :**

- **Parfaire & enrichir vos connaissances**
- **Optimiser vos manipulations**
- **Améliorer la qualité de vos résultats**

## LES TECHNIQUES DE L'ÉLITE AU SERVICE DE L'OSTÉOPATHIE QUOTIDIENNE

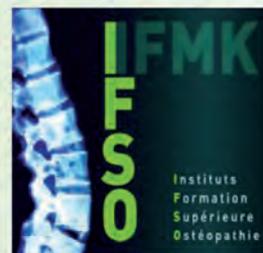
**A travers un programme de formation essentiellement**  
**tourné vers la pratique de techniques structurelles,**

**3 phases seront abordées :**

- **Objectiver plus facilement la lésion ostéopathique**
- **Se positionner avec rigueur**
- **Organiser la manipulation avec finesse**

**Ceci vous permettra de :**

- **Travailler et développer votre acuité tactile**
- **Élargir votre panel de techniques**  
**grâce à l'acquisition de nouveaux outils thérapeutiques**  
**et à la découverte ou à l'approfondissement**  
**de certains principes fondamentaux**



# INSTITUT DE FORMATION SUPÉRIEURE EN OSTÉOPATHIE

**IFSO-PARIS**  
**AGRÉE par le Ministère de la Santé**

## FORMATION SUR 5 ANS

*6 séminaires de 4 jours, les : vendredi, samedi, dimanche et lundi*

***Prochaine rentrée : Octobre 2011***

*Ouverte aux Masseurs-Kinésithérapeutes et aux autres professionnels de santé\**

*\*cours complémentaires dispensés à l'IFSO*

## 4ème SYMPOSIUM d'OSTÉOPATHIE :

**Samedi 14 mai 2011**

**Les lombalgies et ostéopathie**

## FORMATIONS POST-GRADUÉES :

### **Ostéopathie pédiatrique\***

*\*sur 6 week-end de 2 jours – avec stage en maternité*

***Nouvelle session : 2011/2012***

### **Techniques de DEJARNETTE**

*- Samedi 26 et Dimanche 27 Mars 2011*

*- Samedi 30 et Dimanche 1<sup>er</sup> Mai 2011*

### **Ostéopathie et ATM**

*- Samedi 5 et Dimanche 6 Février 2011*

### **Suivi Ostéopathique de la femme enceinte**

*- Samedi 29 et Dimanche 30 Janvier 2011*

### **Ostéopathie canine**

*- Samedi 5 Février 2011 journée d'information*

*- Vendredi 4, Samedi 5 et Dimanche 6 Mars 2011*

*- Vendredi 15, Samedi 16 et Dimanche 17 Avril 2011*

*- Vendredi 20, Samedi 21 et Dimanche 22 Mai 2011*

*- Vendredi 17, Samedi 18 et Dimanche 19 Juin 2011*

***Tous les bulletins sont téléchargeables sur notre site : [ifso-efom.fr](http://ifso-efom.fr)***

***Pour toute autre demande adresser un courriel à : [ifso@efom.fr](mailto:ifso@efom.fr)***



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie - IFSO

118 Bis Rue de Javel 75015 PARIS - ☎ : 01.45.58.56.56 – Poste : 01.45.58.73.12 - 📠 : 01.45.57.47.48

Courriel : [ifso@efom.fr](mailto:ifso@efom.fr) – Site : [www.ifso-efom.fr](http://www.ifso-efom.fr)

FONDATION E.F.O.M. Boris Dolto - R.U.P par décret du 25 février 2010 en cours d'immatriculation INSEE