

L'OSTÉOPATHE

N°22 • JUIN / JUILLET / AOÛT 2014

MAGAZINE

REPORTAGE

Quand un modèle
prend forme
ou La genèse
d'une théorie

RENCONTRES

Tordre le cou au torticolis
du nourrisson :
un travail d'équipe !

DÉCOUVRIR

Musée d'ostéopathie
de Kirksville : garder
l'ostéopathie en tête

enquête

DOULEURS CHRONIQUES ET DIFFUSES UNE AUTRE LECTURE DU CORPS HUMAIN



La Formation Professionnelle pour les **Ostéopathes**

Avec l'ESO bénéficiez
de plus de 20 ans d'expérience

- pour :
- > Entretien votre savoir
 - > Développer vos compétences
 - > Spécialiser votre activité
 - > Respecter votre obligation légale de formation continue

Valorisez votre compétence
avec l'un de nos Certificats d'Études Spécialisées
ou nos formations courtes

> **6 Certificats d'Études Spécialisées**

Ostéopathie du Sport, Ostéopathie Gériatrique, Ostéopathie Posturale,
Ostéopathie Obstétrique, Ostéopathie Pédiatrique, Ostéopathie Aquatique.

> **10 Formations Courtes**

Interactions Foeto-maternelles, Ostéopathie et Polyhandicap,
Ostéopathie et Optométrie, Approche biodynamique de l'Ostéopathie,
Ostéopathie neuropédiatrique, Ostéopathie myotensive, Ostéopathie musculosquelettique,
Ostéopathie et palpation, Ostéopathie et relation thérapeutique.

Inscriptions et renseignements :

Ecole Supérieure d'Ostéopathie

formation.continue@eso-suposteo.fr

+33 (0)1 64 61 69 81 • www.eso-suposteo.fr

Cité Descartes - 8, rue Alfred Nobel

77420 Champs sur Marne



ESO PARIS
SUPOSTEO

Ours**Rédacteur en chef :**

Reza Redjem-Chibane

Ont contribué à ce numéro

Alice Bragança, Adrien Cheula, Jérémie Cogan, Chloé Hiriart et Mathieu Schlachet.

Directrice artistique**& maquette :** Agnès Bizeul**Site internet :** Badara N'Diaye**Publicité & partenariats :**

Reza Redjem-Chibane

Photo édito : Joëlle Dollé

www.joelledolle.fr

Illustration couverture :

Magali Attiogbé

www.magaliattiofbe.net

Contacts**L'ostéopathe magazine**

176, rue Saint-Maur

75011 Paris

Tél : 09.50.79.13.17

contact@losteopathe.fr

Rédaction :

redaction@losteopathe.fr

Abonnements :

abonnements@losteopathe.fr

Publicité :

publicite@losteopathe.fr

Courrier des lecteurs :

courrierdeslecteurs@losteopathe.fr

Mentions légales**Directeur de la publication :**

Reza Redjem-Chibane

L'ostéopathe magazine est édité par RCR Éditions

176, rue Saint-Maur

75011 Paris

Tél : 09.50.79.13.17

www.losteopathe.fr

Numéro de commission

paritaire : 0115 T 90344

ISSN 2108-2642, dépôt légal

à parution

Abonnements**Abonnement PRO****1 an, 6 numéros : - 20%**

France et étranger 120 € TTC

2 ans, 12 numéros : - 30 %

France et étranger 210 € TTC

(dont TVA 2,10 %)

Abonnement ÉTUDIANT**1 an, 6 numéros : - 60 %**

60 € TTC (dont TVA 2,10 %)

Prix pour un numéro**25 € TTC** (dont TVA 2,10 %)**Copyright****L'ostéopathe magazine**

La reproduction même partielle des articles parus dans

L'ostéopathe magazine est strictement interdite.

Décomplicer

C'est par l'observation qu'Andrew Taylor Still a compris le fonctionnement du corps humain.

Il a ensuite simplifié sa pensée au maximum pour aboutir à un concept le plus élémentaire : l'interrelation structure-fonction. Aujourd'hui, son concept paraît tellement évident qu'on se demande... pourquoi il a fallu l'inventer.

Observer, comprendre et ... décomplicer est également au cœur de la démarche du journaliste scientifique. Observer le monde ostéopathe, l'univers médical et l'activité scientifique.

Comprendre comment de nouvelles idées et de nouvelles pratiques vous permettront d'améliorer et de mieux comprendre votre pratique ou encore de compléter votre culture scientifique et clinique.

Une fois ces pistes retenues, il faut bien souvent les décomplicer. Ce n'est ni vulgariser ni souscrire à des raisonnements simplistes. Décomplicer, c'est d'abord s'assurer de la cohérence des thèses retenues dans nos reportages. Toute idée complexe doit pouvoir être expliquée simplement.

Essayez avec des notions qui vous ont toujours paru difficiles. Décomplicer est aussi indispensable pour rendre les concepts développés dans nos articles compréhensibles par tous les professionnels de santé et scientifiques.

Décomplicer permet alors de partager.

Dans ce numéro, nous avons fait le pari d'explorer le travail d'un ostéopathe néo-zélandais. Nous

l'avons rencontré il y a un an. Son concept et son approche nous avaient séduits. Il nous avait présenté une prise en charge thérapeutique d'une simplicité déconcertante. Nous avons voulu savoir ce qu'il y avait derrière. Comment expliquer et comprendre cette évidence ?

Nous avons fait le choix de vous présenter séparément la théorie et la pratique. Car il est important de ne pas mélanger les genres. La théorie est basée sur un travail personnel, des analyses et parfois des intuitions. Elle est présentée comme telle et soumise au débat contradictoire. N'hésitez pas à nous faire partager vos réactions. La pratique qui découle de ce concept peut être validée empiriquement. Elle devient un élément supplémentaire de la boîte à outils des ostéopathes. Chacun, selon sa pratique ou ses affinités, pourra se l'approprier, la tester, et, pourquoi pas ... la compléter. L'expérience clinique de chaque ostéopathe enrichira cette connaissance collective. Notre rôle est de vous passer ce savoir. Maintenant, c'est à vous de jouer !

Ours



Reza Redjem-Chibane
Rédacteur en chef
et directeur de la publication



SOMMAIRE

ACTUALITÉS

06 brèves

Ostéos et chiros :
l'assurance de responsabilité civile
devient obligatoire
Rodin : des sculptures au scalpel
Douleurs de dos :
principale cause d'incapacité dans le monde
3 questions à poser à son médecin

10 rencontres

**Congrès international
d'ostéopathie d'Ostéobio**
Torticolis et plagiocéphalie du nourrisson :
qui fait quoi ?
Tordre le cou au torticolis :
un travail d'équipe !

Fascias, sport et récupération
Comprendre l'influence des émotions
& améliorer les perceptions somato-émotionnelles
La santé perceptuelle... 1^{re} étape de la
récupération ?

Plagiocéphalie : le congrès
La motricité libre

20 profession

Professionnels de santé : connectés
et déprimés, ils se regroupent
Quand la philo questionne l'ostéo
Se former à distance : e-OstéoLearning

CARNET

22 agenda

CRÂNIO

24 mots croisés

Les mots de l'ostéo

DOSSIER DOULEURS CHRONIQUES ET DIFFUSES UNE AUTRE LECTURE DU CORPS HUMAIN

MÉTIER

28 enquête

**Redécouvrir le corps humain et explorer
d'autres chemins thérapeutiques**
Oublier les distinctions anatomiques classiques
Les postures archétypales :
un outil d'évaluation thérapeutique
L'essentiel à retenir en 10 points clés
Traitement au sol : une approche terre à terre
Et l'ostéopathie dans tout ça ?

34 reportage

**Quand un modèle prend forme
ou La genèse d'une théorie**
Les sept blocs de construction
Un projet de recherche appliquée
en ostéopathie
Les douleurs diffuses à travers des citations
de Phillip Beach

HORIZONS

40 découvrir

Garder l'ostéopathie en tête
Cinq questions à Jason R. Haxton,
directeur du musée

43 DANS LE PROCHAIN NUMÉRO

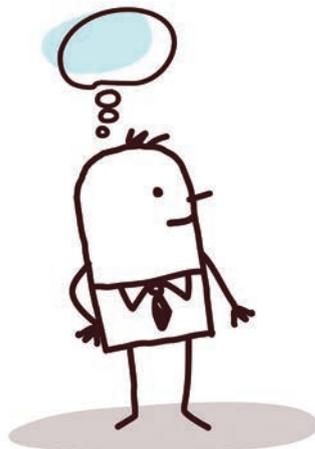
Ostéos et chiros : l'assurance de responsabilité civile devient obligatoire

À compter du 1^{er} janvier 2015, la loi d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé, publiée au *Journal officiel* du 25 février 2014, impose à tous les ostéopathes et chiropraticiens libéraux de souscrire une assurance de responsabilité civile professionnelle.

Le texte est conforme aux exigences de l'Europe en matière de santé. Il contribue aussi à soumettre les 19 000 ostéopathes non-médecins (source : Assemblée nationale, travaux préparatoires de la loi) à un cadre réglementaire plus strict pour la sécurité sanitaire des patients.

En conséquence, les deux professions s'alignent sur le régime d'assurance obligatoire des professionnels de la santé, régi par l'article L.1142-2 du code de la santé publique. Une question reste cependant en suspens, comme le souligne Olivier Véran, député PS et rapporteur de la commission des Affaires sociales à l'Assemblée nationale : « La garantie assurantielle ne couvre que les cas de faute. Dans les situations de dommage sans faute, l'indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux restera inaccessible en matière d'ostéopathie et de chiropraxie, car ces deux méthodes thérapeutiques ne sont pas reconnues comme des professions de santé. Il peut donc en résulter une rupture d'égalité ».

Après le 1^{er} janvier 2015, les ostéopathes et chiropraticiens qui ne justifieront pas d'une couverture d'assurance seront passibles de 45 000 € d'amende et d'une interdiction d'exercer
Source : *argusdelassurance.com* (25 février)



Rodin : des sculptures au scalpel

James Chang, professeur de chirurgie à la faculté de médecine de Stanford est à l'origine de l'exposition *À l'intérieur des mains de Rodin : art, technologie, et chirurgie*. Au cours de ses études, le chirurgien avait remarqué que « les mains de certaines des sculptures de Rodin ressemblaient beaucoup aux mains déformées et abîmées qu'il apprenait à opérer ». Une fois diplômé, il a mis en place un cours intitulé *Anatomie chirurgicale de la main : de Rodin à la reconstruction*. Les étudiants y apprennent à diagnostiquer les maladies de la main, à partir des sculptures de l'artiste français. Ainsi, la sculpture *Grande main gauche* avait apparemment quelques métacarpiens cassés, *La Main Crispée* avait la maladie de Charcot-Marie-Tooth, un trouble neurologique héréditaire. Sculpture après sculpture, main après main, le chirurgien a identifié un kyste synovial, une amputation du pouce, une rigidité articulaire, et d'autres choses.

Ces mains, à l'aspect souvent étrange, sont au cœur d'une exposition où l'on peut voir plus clairement ce qui se cache « sous la peau des mains de bronze ». Notamment à l'aide d'un iPad qui permet aux visiteurs de repositionner sous différents angles des schémas d'os, de nerfs, et de vaisseaux sanguins sur les sculptures exposées.

Source : *Slate.fr* (8 avril)

Retrait du Motilium : l'étude scientifique de *Prescrire* décriée

Dénonçant l'unanimité autour des alertes lancées par la revue *Prescrire*, Bernard Bégaud, professeur et directeur d'une unité de recherche en pharmacoépidémiologie, conteste dans *Libération*, la qualité scientifique de la dernière étude publiée par la revue, demandant le retrait du marché du dompéridone (Motilium). « *Prescrire* justifie sa position par une étude présentée comme scientifique qui estime qu'un nombre de décès d'origine cardiaque liés au Motilium à partir d'un risque mesuré à l'étranger et appliqué à la population française. Or la dose utilisée et la durée du traitement peuvent être très différentes. Il faut un minimum mettre un bémol ».

Source : *egora.fr* (25 février)

Douleurs de dos : principale cause d'incapacité dans le monde

En analysant les statistiques médicales de 187 pays, des chercheurs américains et australiens ont déterminé que près d'un dixième (9,4 %) de la population mondiale - incluant les enfants - souffrait de lombalgies (douleurs dans le bas du dos). Un résultat qui, précisent les auteurs, place la lombalgie au premier rang des pathologies en termes d'années de vies vécues avec une incapacité.

Les pays les plus touchés se situent en Europe occidentale, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient alors que les taux les plus bas sont observés en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Sans grande surprise, les problèmes de dos augmentent avec l'âge. Une forte augmentation des personnes souffrant de lombalgies (douleurs lombaires) dans les pays à bas et à moyens revenus est donc à craindre au cours des prochaines décennies, notent les auteurs de l'étude publiée dans *les Annales des maladies rhumatismales* (groupe BMJ). Dans une seconde étude réalisée à partir des mêmes statistiques, les chercheurs relèvent que les lombalgies sont également à l'origine d'un tiers des invalidités provoquées par le travail.

Les agriculteurs et les personnes âgées de 35 à 65 ans figurent parmi les personnes les plus à risques, dans la mesure où elles portent des charges lourdes, travaillent dans des positions « délicates » ou sont soumises à des vibrations.

Les agriculteurs ont ainsi quatre fois plus de risque de souffrir de douleurs lombaires que les personnes travaillant dans d'autres secteurs professionnels.

Les statistiques utilisées sont issues de l'édition 2010 de "la charge mondiale de morbidité" (the Global Burden of Disease), une étude soutenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour évaluer la mortalité et la perte de santé dues à diverses maladies.

Source : AFP (25 mars 2014)

Hôpital privé non lucratif : ça marche !

Le groupe SOS travaille dans cinq secteurs : la jeunesse, l'emploi, la solidarité, la santé et les seniors. En santé, il s'agit de gestion d'hôpitaux, mais aussi de la gestion du premier dispositif de soins aux personnes toxicomanes du pays. Ces dispositifs s'adressent à des personnes en situation de précarité sanitaire et de précarité sociale : soins infirmiers pour personnes SDF, Ehpad au modèle économique original, structures pour personnes handicapées, aussi bien du handicap physique que psychique, du handicap adulte que du handicap enfant.

Le groupe SOS est régi par un modèle statutaire de l'économie sociale et solidaire. Personne n'est propriétaire et tout est détenu par des associations, y compris l'immobilier. L'ensemble est à but non lucratif. Il faut donc regrouper, mettre les moyens en commun, diminuer les coûts, utiliser la télémédecine.

Le rapport de l'Institut Montaigne sur le privé non lucratif démontre qu'aux États-Unis, 8 sur 10 des meilleurs hôpitaux étaient gérés par des fondations privées à but non lucratif.

Source : *egora.fr*

iWatch d'Apple : détecter les crises cardiaques

Vendredi, un chirurgien équipé de Google Glass a opéré une femme près de Rennes. Selon certaines sources, Apple serait aussi en train de préparer son arrivée dans le secteur médical. L'iWatch, la future montre connectée pourrait ainsi être équipée d'un système permettant de déceler les crises cardiaques, rapporte le San Francisco Chronicle. Le dispositif est fondé sur « l'écoute du sang lorsqu'il s'écoule à travers les artères ».

Source : *atlantico.fr* (18 février)

3 questions à poser à son médecin

Une étude publiée dans la revue *Patient Education and Counseling* a vérifié l'influence de trois questions posées à des médecins sur la qualité des informations concernant les options de traitement fournies par ces derniers. Les patients ont en effet besoin d'informations spécifiques pour fournir un consentement éclairé souligne Heather L. Shepherd de l'Université de Sydney.

Pour mener cette étude, deux actrices ont été entraînées à se présenter comme étant des patientes présentant une dépression légère à modérée. Elles ont pris un rendez-vous et se sont présentées chez 36 médecins de famille. L'une d'elles devait poser 3 questions préétablies, tandis que l'autre n'avait pas reçu cette consigne précise. Les consultations étaient enregistrées afin d'être analysées. Les trois questions étaient : Quelles sont mes options ?, Quels sont leurs avantages et leurs inconvénients ? et Quelles sont les probabilités de ces avantages et ces inconvénients ? Résultat : poser cette question permet d'obtenir une meilleure prise en compte des préférences de la patiente et facilite son implication. Elles n'ont pas entraîné de différence significative dans la longueur des consultations dont la durée moyenne était de 26 minutes dans les deux cas.

Ces questions peuvent renforcer la communication médecin-patient (facilitant ainsi la décision médicale partagée) et améliorer la sécurité et la qualité des soins, estiment les chercheurs.

Source : *psychomedia.qc.ca* (25 février)

www.dominiqueginiaux.net

Dominique Giniaux, l'un des principaux pionniers de l'ostéopathie animale a été diplômé de l'école vétérinaire de Toulouse en 1968. Il crée sa clinique canine l'année suivante et développe dans le même temps une clientèle équine dans les centres équestres. Dès 1971, il se démarque par sa pratique de la chirurgie abdominale du cheval, notamment pour les coliques. Il a fait cesser la pratique de la castration aux casseaux en prouvant que les adhérences cicatricielles qui en résultaient étaient source de douleurs et nécessitaient une seconde opération. Il a ensuite appris l'ostéopathie humaine, pour transposer ces techniques sur l'animal et particulièrement sur les chevaux à partir des années 1980.

Dominique Giniaux est décédé en mai 2004 à l'âge de 59 ans. Il a non seulement contribué à l'essor de l'ostéopathie équine, mais aussi à sensibiliser le grand public à l'ostéopathie animale. Ce site, un hommage à son travail, présente ses recherches et découvertes. Pendant 30 ans, il affirmait toujours « défricher le terrain ». Vous pouvez également retrouver un reportage sur Dominique Giniaux dans notre enquête *Ostéopathes animaliers : mais quelle bête les a piqués ?* parue dans *L'ostéopathe magazine* n°13.

Loi accessibilité : un nouvel agenda disponible

L'échéance officielle d'application de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées à janvier 2015 a été maintenue, mais des délais supplémentaires de mise en conformité pour les Établissements Recevant du Public (ERP) existants ont été accordés. Un Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP) a été créé.

Il s'agit d'un dossier permettant la planification des travaux de mise en conformité de la structure, ainsi que leurs modalités de financement.

Les dossiers d'Ad'AP

doivent être déposés avant

le 31 décembre 2014 auprès de la Commission départementale de sécurité et d'accessibilité. Ils permettent de bénéficier de trois années supplémentaires pour rendre accessibles les locaux aux personnes handicapées.

Pour préparer au mieux l'aménagement de vos cabinets, découvrez nos reportages sur l'accessibilité des personnes handicapées parus dans *L'ostéopathe magazine* numéros 19 & 20.

Source : osteopathe-syndicat.fr



Ostéopathie sur les voitures : les vidéos diffusées en appel

La cour d'appel de Poitiers rendra son délibéré le 10 avril prochain sur les curieux gestes d'ostéopathie pratiqués par un médecin du centre-ville de Poitiers. Le docteur Laleu est en effet poursuivi par sa sœur qui le soupçonne de dégradations à répétition sur sa voiture personnelle. Des dégradations visiblement commises à l'aide d'une clé.

La sœur avait fait installer une surveillance vidéo pour confondre son frère. Le tribunal correctionnel l'avait condamné en première instance pour une partie des faits reprochés. Il avait fait appel. La semaine dernière, les conseillers de la cour d'appel ont visionné durant l'audience les fameuses vidéos. « Quand on regarde les vidéos, on voit clairement que son explication de gestes d'ostéopathie montrés en pleine rue ne colle pas », explique Maître Nourredine Mejai. L'avocat général s'en est rapporté à la décision de la cour sur ces faits contestés par le prévenu.

Source : lenouvelrepublique.fr (22 février)

Précision

Le docteur Philippe Mahé dont les propos ont été recueillis dans notre dossier *La plagiocéphalie mise à plat - 2^{de} partie* publié dans *L'ostéopathe magazine* numéro 21 tient à préciser que n'étant plus employé de l'AP-HM, son titre actuel est « Ancien attaché des Hôpitaux en Pédiatrie et ostéopathe ».

Castelnaudary : l'ostéopathie pour soigner l'absentéisme

Aujourd'hui, les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les risques psychosociaux doivent être évalués. « Mais si l'évaluation est obligatoire, il n'y a pas de consensus pour les solutions à mettre en place », soulignent Thomas Joulia et Olivier Munilla, ostéopathes à Castelnaudary qui proposent de mettre à la disposition des chefs d'entreprise et de leur directeur de ressources humaines des solutions à travers la création de *My Ostéo*.

Comment ? D'abord en réalisant un audit de l'entreprise par un questionnaire en ligne. L'analyse des réponses permettra de répartir les salariés en trois catégories : ceux à traiter en urgence car ils souffrent de TMS, de stress, et (ou) présentent un risque. Souvent, c'est interdépendant. Ceux à risque auront un problème dans les six mois à venir si rien n'est fait. Et pour ceux qui semblent aller bien, la prévention est nécessaire.

Deux ou trois séances suffiront pour traiter la première catégorie. Toutefois, un coaching de remise en forme : stretching, conseil de diététique, d'hygiène, conseil sur les gestes et postes de travail sera indispensable. La santé des salariés est améliorée. Leur absentéisme réduit.

Les directions des ressources humaines peuvent opposer le coût en temps nécessaire à cette démarche préventive. « Un salarié travaille 1 607 heures dans l'année. Nous le verrons entre 3 et 6 heures. Or une étude sur l'absentéisme réalisée par Alma consulting évalue l'absentéisme à 7 jours et demi par salarié par an » répond Olivier Munilla. Pour tout savoir sur la prise en charge des TMS, parcourez notre enquête *TMS : quel rôle pour les ostéopathes ?* parue dans *L'ostéopathe magazine* numéro 3.

Source : ladepeche.fr (20 mars 2014)



Rester trop longtemps assis accroît le risque de handicap des personnes âgées

Rester assis trop longtemps accroîtrait le risque de handicap chez les plus de 60 ans, selon une recherche menée aux États-Unis sur plus de 2 200 personnes (*New Sitting Risk : Disability After 60*) et publiée dans la dernière édition de la revue *Physical Activity and Health*. L'étude a duré trois ans. Chaque participant portait un capteur pendant une semaine. Cet accéléromètre a permis de mesurer le temps passé assis et en déplacement.

Les Américains de cette tranche d'âge sont sédentaires les deux tiers de leur temps, soit environ neuf heures par jour. Pour chaque heure de plus qu'un adulte de plus de 60 ans passe assis, il augmente de 50 % son risque de devenir handicapé pour des activités quotidiennes telles que faire sa toilette, s'habiller et marcher, selon Dorothy Dunlop, professeure de médecine à la faculté de Médecine de l'Université Northwestern à Chicago (Illinois, nord), principale auteure. « Rester trop souvent assis accroît le risque de défaillance cardiaque, de diabète adulte (type 2), de mortalité résultant du cancer, de maladies cardio-vasculaires et d'accident vasculaire cérébral » précise cette dernière. Une de ces recherches montre que si ces personnes passaient moins de trois heures par jour assises, elles gagneraient en moyenne deux ans d'espérance de vie.

L'exercice, comme le simple fait de marcher régulièrement à vive allure, peut réduire de près de moitié les risques cardio-vasculaires et de développer la maladie d'Alzheimer, montrent d'autres recherches. L'activité physique freine aussi le vieillissement normal du cerveau des personnes plus âgées, selon Kirk Erickson, professeur de psychologie à l'université de Pittsburgh.

Avec l'âge, le cerveau se réduit, et l'activité physique permet d'en améliorer le fonctionnement général et d'accroître le volume de l'hippocampe de 2 % ce qui revient à inverser le vieillissement cérébral de un à deux ans, a-t-il expliqué lors de la conférence annuelle de l'Association américaine pour l'avancement de la science (AAAS) réunie à Chicago. Il citait une recherche qu'il avait menée sur 120 personnes de 65 ans et plus.

Source : lereseauantesocial.fr (20 février)

Torticolis et plagiocéphalie du nourrisson : qui fait quoi ?

Pédiatres, chirurgiens, sages-femmes, kinésithérapeutes, psychomotriciens et ostéopathes étaient réunis les 4 et 5 avril dernier à Cachan (94) pour présenter leur expertise respective de la prise en charge partagée du torticolis du nourrisson et de la plagiocéphalie. Le thème de la seconde édition du congrès international d'ostéopathie d'Ostéobio.

Un reportage réalisé par Alice Bragança, ostéopathe, et Reza RC.

Car partager une prise en charge nécessite d'abord de connaître les compétences et modalités de traitement de tous les acteurs concernés. Et ensuite ses propres compétences et ses limites. Ainsi, afin de délimiter le périmètre d'intervention de l'ostéopathe, Xavier Blusseau, ostéopathe et directeur de l'enseignement d'Ostéobio, a d'abord présenté l'ostéopathie biomécanique et ses concepts appliqués au torticolis du nourrisson. Ensuite, il s'est interrogé sur les objectifs de l'examen clinique plutôt que sur les résultats thérapeutiques. Quel doit être l'examen clinique d'un nourrisson pour que ses conclusions soient comprises par l'ensemble des acteurs de la santé qui interviennent sur le torticolis et la plagiocéphalie ? Une question compliquée pour les ostéopathes. Pour plusieurs raisons selon Xavier Blusseau : « d'abord parce que les concepts peuvent s'opposer d'un ostéopathe à l'autre. Pour y remédier, il faut se détacher de la cause pour s'intéresser à la pathologie. Ensuite, au niveau thérapeutique, parce que nous ne nous posons pas la bonne question. Qui n'est pas : comment modifier la forme du crâne, mais plutôt, quels sont nos actes qui peuvent modifier la forme du crâne et son évolution ? »

Efficacité, légitimité et dangerosité : les bonnes questions à se poser

David Dessauge, ostéopathe et directeur adjoint d'Ostéobio, a prolongé cette réflexion sur la prise en charge ostéopathique à travers trois critères : l'efficacité, la légitimité et la dangerosité. Après une rapide recherche sur PubMed à l'aide de mots clés, il a trouvé très peu d'occurrences sur l'efficacité de l'ostéopathie. Il en conclut que l'ostéopathie est « peut-être » efficace. En revanche, son concept thérapeutique la rend totalement légitime en ce qui concerne le torticolis fonctionnel. Et enfin, l'ostéopathe n'est pas dangereux au regard du taux marginal de sinistralité.

La place du pédiatre de maternité dans le diagnostic et la prise en charge d'une plagiocéphalie a ensuite été exposée par Dominique Dubesset, pédiatre. Il a abordé les facteurs de risque à l'origine des plagiocéphalies (voir également nos enquêtes et dossiers parus dans *L'ostéopathe magazine* numéros 20 & 21) et notamment présenté les signes à rechercher pour identifier un torticolis ou faire craindre une évolution vers une plagiocéphalie. À savoir :

- une asymétrie du visage
- une asymétrie des mâchoires
- une déformation du nez
- une déviation de la cloison nasale
- un pied varus gauche

- un pied talus valgus droit
- des pieds bots

Il a également décrit comment évaluer la sévérité des brachycéphalies ou crâne large. La sévérité de la brachycéphalie est souvent évaluée selon la valeur de l'indice céphalique. C'est-à-dire le rapport largeur x 100 / longueur. Le dolichocéphale a un indice < 75, le brachycéphale a un indice > 80. Cet indice associé à l'observation des déviations standards (DS) permet de proposer une classification des brachycéphalies selon leur sévérité :

- Crâne normal : indice céphalique = 78%
- Brachycéphalie légère : 83 à 88% (+1 DS)
- Brachycéphalie modérée : 88 à 93% (+2 DS)
- Brachycéphalie sévère : > 93% (+3 DS) avec 1 DS = 5%

Il n'y a pas de réel consensus précis sur ces seuils de sévérité. Ils varient d'une clinique à l'autre. Aux États-Unis, un traitement par casque est généralement recommandé à partir de 93%. Dominique Dubesset a également insisté sur l'importance des conseils aux parents ainsi que sur le suivi de l'évolution du bébé : symétrie du crâne, gesticulation, rotations de la tête, etc. Il faut agir tôt, car l'amélioration est plus efficace avant 6 mois.



Deux pédiatres sinon rien

Thierry Marck, pédiatre également, a repris dans son intervention certains éléments de prise en charge évoqués par Dominique Dubesset. En revanche, leur approche du couchage est très différente. Thierry Marck recommande une alternative au couchage systématique des bébés sur le dos, source de plagiocéphalie. Son expertise a été présentée dans une interview publiée dans notre reportage *Couchage des bébés, une histoire à dormir debout* parue dans *L'ostéopathe magazine* numéro 21. Il a également rappelé que toute plagiocéphalie se doit d'être dépistée quel que soit le motif de consultation initial, et son importance quantifiée au départ et tout au long du traitement (voir notre enquête *La plagiocéphalie mise à plat : comprendre, diagnostiquer, évaluer* – *L'ostéopathe magazine* 20). Finalement, Thierry Marck propose un protocole de traitement ostéopathique des plagiocéphalies postérieures d'origine positionnelle (PPOP) basé sur plusieurs principes :

- L'obligation de résultats,
- L'évaluation régulière de l'efficacité de prise en charge par la mesure régulière des indices crâniens,
- La déformation crânienne (DC) doit être traitée avant l'âge de 5 mois,
- La remise aux parents d'une fiche de conseils positionnels,
- Le travail en équipe ostéopédiatrique,

- Le recours à l'orthèse crânienne en cas de DC sévère chez un enfant de plus de 5 mois,

- La mobilisation des sutures ne peut à elle seule agir sur une platitude osseuse constituée.

Ces principes doivent s'accompagner d'une aide positionnelle avec des coussins de latéralisation dans le respect des consignes suivantes :

- La tête suit le corps placé en dorso-latéralisation de 45°.

- La tête et le corps restent en prolongement dans le même axe.

- L'évitement de l'appui nocif est assuré.

- En cas de plagiocéphalie, l'enfant sera placé uniquement à l'opposé du côté plat.

- En cas de brachycéphalie, l'enfant sera placé alternativement de chaque côté.

- Le coussin doit être retiré à 4 mois et demi.

Le torticolis en 3^e position de la fréquence des déformations néonatales

Deux témoignages complétés par l'intervention de Bernadette de Gasquet, médecin et professeur de yoga, sur l'influence du pré et per-partum dans l'installation du torticolis. Elle a notamment insisté sur la mécanique obstétricale où la femme ne bouge pas, le bassin ne bouge pas (mobilité sacro-il-

iaque inconnue ou jugée pathologique), l'accoucheur ne bouge pas. Seul le bébé doit s'accommoder. Et uniquement sa tête et non son corps, car l'obstétrique moderne n'agit que sur la tête du bébé. Bernadette de Gasquet propose alors des alternatives à la position classiquement d'accouchement : décubitus latéral, à quatre pattes, accroupi en suspension. Magali Bourgoïn, sage-femme, a quant à elle présenté les facteurs de risque du torticolis et de la plagiocéphalie en périnatalité. Elle a au préalable rappelé que le torticolis représentait la 3^e déformation néonatale en termes de fréquence, soit 0,3 à 1,9% des naissances. Elle s'interroge alors : l'obstétrique serait-elle en cause dans l'installation des torticolis ? Après avoir exposé un modèle de constitution du torticolis, elle a commenté une étude qu'elle a réalisée pour évaluer les corrélations entre les restrictions mobilité cervicale et les traumatismes per partum ? Notamment les conséquences liées au déclenchement du travail. La présentation de ces travaux et les conclusions de Magali Bourgoïn vous seront présentées dans un prochain reportage.

Les prises en charge du torticolis par le kinésithérapeute, le psychomotricien et le chirurgien ont également été exposées au cours du congrès. Elles sont présentées dans les encadrés pages 12 et 13.

Un parcours de soins bientôt coordonné ?

Mieux connaître les traitements des différents professionnels impliqués permet de partager la prise en charge. Pour chaque domaine de compétence, champ d'action et période d'intervention ont été clairement déterminés. La prochaine étape est d'établir un parcours de soins coordonné, un schéma de prise en charge depuis la prévention jusqu'aux traitements les plus lourds. Mais d'ores et déjà, la prévention, le traitement précoce et l'éducation parentale font consensus.

Tordre le cou au torticolis : un travail d'équipe !

Kinésithérapie : d'abord déterminer le champ de compétences

L'objectif de la prise en charge par la kinésithérapie est de rétablir la position de la tête dans l'axe du rachis.

Olivier Samson, masseur kinésithérapeute

Mais avant de proposer un traitement, il faut d'abord rechercher les signes d'un torticolis musculaire congénital entrant dans le champ d'action du kinésithérapeute pour exclure les pathologies d'orientation (malformation congénitale du rachis, torticolis tumoral, etc.). Ainsi, lors de l'observation, le praticien cherchera une position asymétrique de la tête et du corps, une tête tournée et inclinée, voire une déformation du crâne si le torticolis est associé à une plagiocéphalie occipitale ou fronto-occipitale. Ensuite, lors de la palpation, la recherche d'un nodule ou d'une corde cervicale est importante. En effet, selon son importance, une prise en charge chirurgicale complémentaire au traitement kiné peut être envisagée. Cette étape permet également de mettre en évidence un muscle du cou dur et raide, quel que soit le mouvement provoqué.

Le triple objectif de la prise en charge

Un déficit en rotation, aussi bien active que passive, lors de la mobilisation guidera le praticien vers le traitement à adopter et l'examen des tensions musculaires permettra l'inventaire des muscles

impliqués : le sternocléidomastoïdien essentiellement, mais parfois le trapèze, les rhomboïdes ou encore l'élevateur de la scapula. Enfin, un examen clinique complémentaire permet de rechercher des lésions corporelles associées au torticolis, notamment au niveau des membres, du rachis et de l'abdomen.

Une fois ces différentes étapes réalisées, et donc le champ d'action du kinésithérapeute bien défini, le traitement, sur plusieurs semaines, peut alors commencer. L'objectif est triple : étirer le muscle incriminé, renforcer le côté opposé et conseiller les parents afin de limiter les facteurs de risques pour consolider le traitement. Idéalement, cette prise en charge doit être la plus précoce possible, avant même l'acquisition de la tenue de tête qui se fait autour des 3 mois de vie.

Le traitement

L'étirement se fait par mobilisation passive progressive et douce de la tête sans jamais forcer. Lors de cette étape, le praticien aura pour objectif de corriger l'attitude asymétrique de la tête qui se trouve en position d'inclinaison homolatérale et de rotation controlatérale par rapport au muscle incriminé. Ainsi, il effectuera une mise en position qui amènera la tête en position d'inclinaison et de rotation opposées à la position initiale. Des études (Cheng en 2001 sur 821 patients) montrent que ce traitement est sans danger et efficace dans 95 % des cas. Dans de nombreux cas, il permet d'éviter la chirurgie (Cheng JC, Chen TM, Tang SP, Shum SL, Wong MW, Metreweli C. Snapping during manual stretching in congenital muscular torticollis. *Clin Orthop Relat Res.* 2001 Mar(384):237-44). Selon le stade de développement moteur du

bébé, différents exercices de stimulation motrice active seront proposés afin de renforcer le côté opposé. La prise en charge s'élargit ensuite au système ostéo-articulaire axial. Un partenariat kinésithérapeute-ostéopathe peut alors être mis en place si un travail au niveau de la charnière craniocervicale (torticolis congénital postural ou positionnel) ou au niveau du bassin.

Un partenariat kinésithérapeute-ostéopathe

Enfin, pour tirer tous les bénéfices de cette prise en charge sur le long terme, une éducation parentale sur l'installation et le portage de leur nourrisson est primordiale. Et les conseils sont nombreux, d'autant plus si une plagiocéphalie se présente : placer des éléments de stimulation sonore et visuelle du côté opposé au torticolis ; éviter les appuis nocifs en supprimant des temps de transit par exemple ; en décubitus dorsal, positionner une cale du côté de la déformation afin de permettre une rotation opposée de la tête ; sous surveillance, augmenter les temps où le nourrisson sera en décubitus ventral ; varier le portage et alterner de bras lors de la prise alimentaire. Des conseils sur des étirements doux peuvent également être proposés afin de renforcer l'efficacité de la prise en charge. Une étude réalisée par Celayir en 2000 auprès de 45 enfants dont les parents prodiguaient des étirements toutes les 3 heures pendant 3 mois a conduit à un taux de réussite de 100 % (Celayir AC. Congenital muscular torticollis: early and intensive treatment is critical. À prospective study. *Pediatr Int.* 2000 Oct;42(5):504-7)

Thérapie psychomotrice :

« stimuler la fonction défaillante à partir de ce qui fonctionne »

Peu connus pour ce motif de consultation, les psychomotriciens interviennent généralement en fin de prise en charge du torticolis du nourrisson. *Séverine Békier, psychomotricienne*

Pourtant, un torticolis installé peut affecter les champs de la représentation visuelle ou spatiale du nourrisson. Les conséquences sur son développement ne sont pas négligeables : exploration visuelle perturbée avec négligence du champ visuel homolatéral au torticolis, développement de la préhension asymétrique avec une main non vue, non découverte et donc sous-utilisée. Ces troubles de la sensorimotricité s'accompagnent également d'une perturbation du développement dans l'espace du bébé.

Amener l'enfant à réinvestir son espace négligé

L'objectif du psychomotricien sera d'aider le nourrisson à intégrer les fonctions mentales et motrices sous l'effet de l'éducation et du développement du

système nerveux central. Cela passe par une intervention active en s'appuyant sur les concepts de sensorimotricité de Piaget et de Bullinger et sur un principe de base : stimuler la fonction défaillante à partir de ce qui fonctionne. Ainsi, grâce à un travail dynamique autour de la mobilité et de la motricité par stimulation visuelle, auditive et tactile, le psychomotricien permet d'amener l'enfant à réinvestir son espace négligé et à utiliser ses deux mains en favorisant la coordination oculomanuelle et bimanuelle. Par exemple, il peut aider le jeune patient à intégrer un schéma moteur comme le passage du dos au ventre en favorisant, par stimulation sonore ou visuelle, la rotation du cou qui est l'une des étapes préliminaires au changement de position.

À noter que le nouveau-né prématuré est un cas particulier, car il présente une importante hypotonie axiale avec par conséquent des mouvements actifs très limités. Prévention et dépistage précoce sont donc primordiaux. Il faut sensibiliser les parents au positionnement pour les rendre acteurs de la prise en charge et ainsi éviter de les culpabiliser. Il faut les encourager à alterner les positions en décubitus dorsal avec les positions latérales de leur enfant. Dans cette configuration, les épaules se trouvent en rotation interne. Les mains sont donc dans le champ visuel de l'enfant. La découverte tactile est ainsi favorisée, ce qui rend l'intégration corporelle dans l'espace et le développement moteur plus simple.

Chirurgie : le dernier recours

Troisième déformation en termes de fréquence, le torticolis se manifeste en France dans 0,3 à 1,9 % des naissances.

Guillaume Captier, professeur en chirurgie orthopédique plastique infantile au CHRU Montpellier

Un suivi précoce est fortement recommandé, car les signes associés et complications que peuvent engendrer un torticolis ne sont pas qu'esthétiques : troubles ORL, ophtalmologiques, orthopédiques, etc. Et si la moitié de ces déformations semblent se résoudre spontanément, l'autre moitié nécessite une prise en charge avec en première intention la kinésithérapie pour le torticolis congénital musculaire. Toutefois, une partie de ces torticolis (3 à 5 % des torticolis nécessitant une prise en charge) persistent. Face à l'échec des thérapies manuelles, la chirurgie prend alors le relais.

Quel est l'objectif de la chirurgie ?

Ses objectifs sont multiples : récupérer les amplitudes normales de mouvement de la tête, corriger l'asymétrie de la face

et du cou et guider le développement psychomoteur de l'enfant. Ses indications sont très spécifiques : présence d'une pseudo-tumeur persistante, augmentation de la déformation, échec de la thérapie manuelle face à une fibrose du SCOM trop importante.

Cette fibrose apparaîtrait, d'après de nombreuses hypothèses de physiopathologie, lors de l'accouchement. Le travail utérin entraînerait une augmentation de pression avec en conséquence un syndrome des loges qui provoquerait fibrose et hypertonie musculaire avec éventuellement une masse palpable objectivée par IRM ou échographie. (Ho BC, Lee EH, Singh K. Epidemiology, presentation and management of congenital muscular torticollis. *Singapore Med J.* 1999 Nov;40(11):675-9). Lorsque cette fibrose est trop persistante, la thé-

rapie manuelle seule ne suffit plus et une ténotomie au niveau du SCOM devient nécessaire. Cependant, la chirurgie seule n'est pas adéquate non plus. Elle doit être accompagnée d'un port nocturne de minerve pendant 3 mois et de kinésithérapie journalière post opératoire avec traction cervicale (1/10^e du poids pendant 4 à 5 jours) et renforcement musculaire symétrique du cou et du rachis.

Une autre technique, plus rare, existe : l'injection de toxine botulique au niveau du SCOM. Elle se fait sur des enfants à un stade plus avancé (marche déjà acquise) et qui ont conservé une latérocolie. Mais les séquelles de cette technique sont notables : asymétrie faciale et mandibulaire (dans 50 % des cas), subluxation atlanto-axoïdienne, et paralysie du muscle abaisseur de l'angle de la bouche.

La chirurgie reste une solution et la rééducation associée est lourde. C'est pourquoi, Guillaume Captier, insiste sur la prévention précoce par thérapie manuelle et la guidance parentale afin de l'éviter au maximum.

Fascias, sport et récupération

Comprendre l'influence des émotions & améliorer les perceptions somato-émotionnelles

Un reportage réalisé par Adrien Cheula, ostéopathe, et Reza RC



Quels sont les effets de la fasciathérapie sur la récupération du sportif ? Le congrès de l'ANKF (Association Nationale des Kinésithérapeutes Fasciathérapeutes) qui s'est tenu le 5 avril dernier à la Cité des Sciences à Paris a permis d'apporter des éléments de réponses intéressants. Voici la synthèse des principales thématiques abordées.

Afin de mieux comprendre l'approche somato-émotionnelle de la fasciathérapie développée l'ANKF, vous pouvez relire notre enquête *Les fascias, une approche globale partagée* parue dans *L'ostéopathe magazine* numéro 9. La plupart des conférences se sont ainsi concentrées sur les effets de la fasciathérapie sur les perceptions somato-émotionnelles et leurs modifications chez les patients.

Influence de l'anxiété sur l'efficacité d'un traitement

Ainsi, Bernard Payrau, cardiologue, homéopathe et fasciathérapeute a mené une étude clinique pour mettre en évidence l'intérêt d'une prise en charge par fasciathérapie dans la gestion du stress et de ses conséquences. À noter que, en tant que cardiologue, l'approche holistique de Bernard Payrau est particulièrement originale. Pour son étude, il a choisi deux outils d'auto-évaluation scientifiquement validés : le questionnaire de l'état d'anxiété STAI Etat (State Trait Inventory Anxiety) et celui du trait de personnalité associé à l'anxiété, le questionnaire STAI Trait. Les deux questionnaires sont liés du fait de la relation étroite entre un trait de personnalité et sa puissance au sein de l'état émotionnel d'un individu. De ma-

nière générale, la population française présente des taux de l'état d'anxiété, et du trait de personnalité anxieux faible chez les hommes, et considérés comme « plutôt faible » selon l'échelle de réponse, pour les femmes. 64 personnes ont participé à l'étude. Le protocole a été le suivant : une évaluation par les deux questionnaires, puis une unique séance de fasciathérapie, suivie d'une seconde évaluation du questionnaire STAI Etat uniquement. Les conclusions de cette étude illustrent une diminution de l'anxiété, avec une amplitude plus importante chez les personnes présentant une personnalité plus anxieuse. Cette étude est intéressante dans la mesure où la prise en compte de l'anxiété est pertinente pour évaluer l'efficacité de la fasciathérapie vis-à-vis du stress. Par ailleurs, ces conclusions sont proches de celles de l'étude de Philippe Rosier (voir page 16), car elles illustrent la perception de l'état psychoémotionnel par le patient.

Ne pas oublier la récupération psychologique

Alain Chevutschi, kinésithérapeute et docteur en sciences, a quant à lui comparé les méthodes anciennes et actuelles de récupération du sportif à travers l'analyse de plusieurs études. Il en ressort que la notion de récupération physique

est associée à la notion de récupération psychologique, donc émotionnelle. Une influence des massages sur l'humeur est mise en évidence et ainsi que sur les perceptions psychoémotionnelles des patients (diminution de la nervosité, de la colère, du découragement). Pour autant, il n'y a pas d'amélioration de certains critères physiologiques comme la fréquence cardiaque, la glycémie, la lactatémie.

16 INDICATEURS POUR ÉVALUER LA RÉCUPÉRATION PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET SOMATO-PSYCHIQUE

- Douleur physique aiguë
- Douleur physique chronique
- Sentiment de souplesse
- Sentiment de tension physique
- Relation au corps
- Respiration
- Équilibre
- Énergie
- État émotionnel
- Attention
- Sentiment de tension psychique
- Relation à l'autre (irritabilité)
- Relation à l'espace
- État interne (agitation/calme)
- Confiance
- Motivation (court + long terme)



L'importance de la prise en compte des perceptions psychoémotionnelles et l'efficacité de la fasciathérapie sur ce paramètre de récupération du sportif ont également été abordées par Sylvain Lambert, kinésithérapeute et diplômé d'un master en kinésithérapie du sport, et Stéphane Lettieri, kinésithérapeute et ostéopathe au sein de l'ESTAC (club de football professionnel de Troyes). Le premier décrit une attention plus importante et un état d'esprit plus léger lors de la pratique du golf. Le second met en évidence l'influence de l'état somato-émotionnel de footballeurs professionnels sur la qualité de leur jeu, notamment sur le risque de blessure. Ces travaux mettent en avant la notion prévention des troubles chez le sportif par la fasciathérapie.

Les différences interindividuelles incontournables

Autre sujet d'étude de la perception émotionnelle : les étirements après une activité sportive. Anouck Serre, kinésithérapeute et diplômé d'un master en kinésithérapie du sport, a analysé 45 études sur la pratique des étirements qu'elle a complétées par les résultats de son évaluation clinique sur 3 jeunes sportifs non professionnels. Elle révèle ainsi qu'il existe un manque de compréhension de l'intérêt des étirements sur la récupération ainsi qu'une mauvaise exécution du geste (ce qui contribue à son désintérêt) par manque d'explication pratique et

adaptée à chaque étirement. Elle présente également l'absence de notion de perception dans la réalisation des étirements alors que c'est un élément indispensable pour obtenir une amélioration avec ces étirements. Elle conclut sur l'idée d'une influence des différences interindividuelles en termes de capacité physique et de perception dans la qualité des étirements. Si les étirements sont adaptés à chacun et enseignés ainsi, leur réalisation est qualitativement meilleure et leurs effets aussi bien physiques qu'émotionnels sont également améliorés.

Les fascias ont également été considérés à travers leur rôle physiologique et leur organisation dans le corps humain, car les fascias sont présents dans l'ensemble du corps et pas uniquement à sa périphérie. L'imbrication des fascias thoraco-abdominaux a notamment été présentée pour mettre en évidence leur rôle dans la répartition harmonieuse des pressions exercées au niveau thoracique, abdominal et pelvien. Ces descriptions illustrent comment des tensions au niveau du corps ont un impact sur l'ensemble de l'individu. Agir sur les fascias permet donc de les réguler ces tensions. La description biomécanique des fascias renforce ce concept.

Connais-toi toi-même !

L'importance des fascias dans l'organisation anatomique permet de mieux envisager l'intérêt d'une prise en charge préventive par la fasciathérapie chez les sportifs notamment. De la globalité des fascias aux effets physiques et perceptuels de la fasciathérapie, Arnaud Leray, kinésithérapeute, ostéopathe, diplômé d'un master en kinésithérapie du sport, s'est questionné sur la vision du fasciathérapeute par lui-même. Quel est son intérêt à devenir fasciathérapeute ?

Il a donc suivi trois fasciathérapeutes du sport pour comparer les raisons qui les ont conduits à devenir fasciathérapeutes. La qualité des gestes appliqués, la globalité de la prise en charge et l'efficacité associée apparaissent comme les éléments majeurs ayant justifié leur choix.

De Socrate à Robert Schleip, le grand écart reste contrôlé. Ce congrès qui a cherché à montrer l'influence de la fasciathérapie sur l'amélioration des perceptions somato-émotionnelles

Les conférences

Fasciathérapie et récupération somato-psychique du sportif de haut niveau

Philippe Rosier, Docteur en Sciences Sociales, Collège Européen de Fasciathérapie (Belgique), membre de la Fascia Research Society

Fasciathérapie et anxiété, synthèse des études menées auprès de sportifs et de non sportifs

Bernard Payrau, cardiologue, homéopathe, fasciathérapeute, membre de la Fascia Research Society

Le biorythme : football et prévention des blessures

Stéphane Lettieri, Kinésithérapeute et ostéopathe au sein de l'ESTAC (club de football professionnel de Troyes)

Fasciathérapie et ressources attentionnelles du golfeur

Sylvain Lambert, Kinésithérapeute, master en kinésithérapie du sport

Pédagogie perceptive et étirements appliqués à la récupération

Anouck Serre, Kinésithérapeute, master en kinésithérapie du sport

Kinésithérapeutes et fasciathérapeutes du sport : définition et situation dans la kinésithérapie du sport

Arnaud Leray, Kinésithérapeute, Ostéopathe, master en kinésithérapie du sport

La récupération, état des lieux

Alain Chevuttschi, Kinésithérapeute, docteur en Sciences

Revue de littérature sur le rôle des fascias dans l'activité physique et sportive et les différentes approches manuelles et gestuelles.

Groupe traduction de l'ANKF

sous toutes ces formes permettra aux ostéopathes de mieux comprendre l'approche des fasciathérapeutes. Elle ne s'oppose pas au travail des fascias dans la prise en charge ostéopathique. Ils pourront également s'approprier cet intéressant questionnement : pourquoi devient-on ostéopathe ? Ou encore, pourquoi fait-on évoluer sa pratique ostéopathique à un moment de son parcours professionnel ? Nous attendons vos réponses.

Le commentaire de la rédaction

Une chose est certaine : les protocoles des travaux de recherche présentés lors de ce congrès de fasciathérapie ont la particularité d'avoir été « designé » pour la fasciathérapie. En effet, pour évaluer leur pratique les fasciathérapeutes explorent aussi bien le territoire des sciences humaines que ceux de la physiologie et de l'anatomie. Ils développent leurs propres indicateurs. L'ostéopathie cherche trop souvent comment mesurer ce qui n'est pas mesurable, comment reproduire ce qui ne l'est pas, comment mener des expérimentations en double aveugle, pratique chère à l'expérimentation médicale.

Les fasciathérapeutes poussent leur démarche jusqu'à interroger leur propre pratique. Pour mieux se connaître et ainsi mieux s'adapter au contexte de leur époque. Cette dernière démarche intéresserait les ostéopathes. Pourquoi ne pas trouver un dénominateur commun sur ce qui motive des thérapeutes à s'engager sur une pratique professionnelle plutôt que de chercher uniquement à définir les contours d'une pratique trop hétérogène ? Ces deux démarches ne s'opposent pas forcément d'ailleurs. Car leur objectif est le même : définir une profession ... et des professionnels.

Au cours de ce congrès, nous avons aimé l'idée de santé perceptuelle et de recherche de sensation du patient pendant le toucher thérapeutique. Une voie peu explorée en ostéopathie. Et pourtant facile à mettre en œuvre dans vos cabinets. Essayez pour voir. Demander à vos patients d'exprimer leur ressenti lors de vos manipulations. Il sera alors intéressant de mettre en parallèle ce ressenti avec vos propres sensations.

Un exercice qui apporte aux patients une meilleure connaissance de l'ostéopathie. De la connaissance à la reconnaissance, votre patient deviendra alors votre meilleur allié pour défendre l'ostéopathie.

La santé perceptuelle... 1^{re} étape de la récupération ?

Le **zoom**
de l'ostéopathe magazine

Philippe Rosier a étudié les effets de la fasciathérapie sur la récupération physique, mentale et somato-psychique du sportif de haut niveau pendant trois ans. Il a mis en place un protocole précis et recruté dix sportifs de haut niveau pour cette étude.

Philippe Rosier est kinésithérapeute, fasciathérapeute, responsable de formation à l'European College of Fasciotherapy (ECF) et doctorant en sciences sociales à l'Université Fernando Pessoa.

Ces dix sportifs ne pratiquaient pas les mêmes sports, exerçaient dans des équipes nationales, et n'avaient pas bénéficié autres traitements pendant l'expérience. L'échelle de Likert a été choisie pour quantifier les 16 indicateurs d'évaluation de la récupération physique, psychique et somato-psychique (voir encadré page 14) définis pour cette étude. Les questionnaires POMS et REST-Q n'ont en effet pas été jugés suffisamment pertinents, car Philippe Rosier souhaitait mesurer la qualité de la récupération perçue. Les indicateurs qu'il a donc retenus concernent des éléments basés sur la perception psychoémotionnelle (sentiment, émotion, perception, etc.). De plus, différents paramètres ont été mesurés avant et après chaque séance et la description du vécu de la séance par chaque sportif a également été prise en compte.

Intégrer des douleurs méconnues

Résultats : l'implication du patient dans le traitement est plus importante et s'accompagne du sentiment de précision plus élevé. Notamment lorsque les sportifs intègrent certaines douleurs non ressenties avant que la main du fasciathérapeute les révèle.

La fasciathérapie a des résultats positifs et significatifs sur les indicateurs

sentiments de souplesse, absence de douleurs aiguës, détente physique et psychique. En revanche, la perception de l'espace, la motivation, la concentration, le bien-être physique et émotionnel n'ont présenté aucune amélioration au cours de cette expérience. Par ailleurs, la fasciathérapie a un impact sur la respiration durant la séance, mais qui n'est pas retrouvé par la suite. Il est également mis en évidence chez tous les sujets de l'étude une amélioration de la perception psychique de leur corps.

Une approche originale : considérer le vécu du patient

Cette étude est particulièrement pertinente dans la mesure où elle met en évidence l'impact de la fasciathérapie en tant que tel, sur un symptôme, mais également de la place du toucher dans ces consultations sur le vécu du patient. Ce travail illustre la portée de la fasciathérapie, dans la perception de la qualité de récupération par chaque sportif, et donc, de son retentissement sur la sphère psychoémotionnelle des patients traités en fasciathérapie.

Conclusion : la fasciathérapie favorise et participe au processus de récupération physique et psychique du sportif de haut niveau grâce à un rétablissement de la santé perceptuelle physique, mentale et somato-psychique.

Plagiocéphalie : le congrès

Le 19 avril se tenait à Romillé, près de Rennes (35), le congrès de l'association Plagiocéphalie info & soutien (PI&S). Initialement orienté vers le grand public, ce sont principalement les professionnels de santé qui ont répondu présents.

Un reportage réalisé par Reza RC



Et pour cause. Avec des intervenants experts dans leur domaine, les conférences étaient très techniques. À commencer par Soraya Durantet, présidente de l'association PI&S. Elle a dressé l'état des lieux de la prise en charge actuelle des plagiocéphalies et les problématiques liées notamment aux traitements par orthèse. Sa connaissance du sujet ferait pâlir d'envie certains professionnels de santé. Mais son témoignage repré-

sente également la situation des certains parents qui a viré au cauchemar lorsque les conséquences de la plagiocéphalie de leur enfant traitées trop tardivement sont devenues irrémédiables. Les parents se sentent coupables. Coupables d'avoir été mal informés. Coupables d'avoir réagi trop tard. À l'écoute de ce témoignage, la prévention devrait être impérative. L'action de l'association PI&S se situe justement à ce niveau.

Couchage des bébés : le débat continue

Et sur cette question, Soraya Durantet a souligné l'incidence du couchage. Une sage-femme de l'assemblée a alors réagi. Elle exerce au CHU de Rennes et au sein de son équipe, une réflexion est en cours sur la mort subite du nourrisson. Kinésithérapeutes, sages-femmes, psychomotriciens, etc. étudient les bons conseils à donner aux parents à la sortie de la maternité. Selon elle, la position de couchage sur le côté évoquée par Soraya Durantet est dangereuse. Dans l'assemblée, Thierry Marck, pédiatre, se contient. En effet, il dénonce depuis longtemps la politique de couchage sur le dos qui a contribué à faire croître le nombre des plagiocéphalies. Dans >>>





Le
zoom
DE L'ostéopathe magazine

La motricité libre

Michèle Forestier est kinésithérapeute. Elle a suivi de nombreux enfants en difficultés motrices, dont beaucoup présentaient des torticolis ou plagiocéphalies. Elle a élaboré une méthode de rééducation : la motricité libre.

Michèle Forestier base sa technique de rééducation sur deux principes essentiels : verticaliser le bébé le plus tard possible et lui permettre de se rééduquer de manière active et quotidienne à travers les différents déplacements qui précèdent la marche. Car l'apprentissage de la marche doit être progressif et les compétences de chaque étape doivent être solidement acquises avant le passage à l'étape suivante. Cette progression dépendra la maturation du cerveau, des aptitudes personnelles de l'enfant, de son expérience et de son environnement.

L'acquisition de la marche peut se résumer ainsi : à partir du plat dos, l'enfant se retourne sur le côté, puis sur le ventre, rampe, s'installe à quatre pattes (c'est à ce moment-là qu'il découvre la position assise autonome au sol). Il se déplace ainsi pendant quelques semaines, passe ensuite à genoux, prend appui sur un support avec ses mains, se met en position du « chevalier servant » et parvient à la position debout. Il exerce son équilibre et, quand il est sûr de lui, se lâche et fait ses premiers pas.

Apprendre à marcher : trois phases essentielles

Ces apprentissages s'effectuent à un rythme différent, selon la nature de chaque enfant et en fonction du milieu dans lequel il évolue. Ils se construisent au cours de trois phases :

1. PHASE STATIQUE : les positions à plat au sol. La position sur le dos est la première que découvre l'enfant, elle lui permet de se reposer, de découvrir ses mains et de relever ses pieds. Il fait le lien entre droite et gauche, bas et haut du corps. Grâce à la position sur le côté et il peut saisir les jouets qui sont à sa portée. Cette position est toujours difficile pour le bébé qui a un torticolis ou une plagiocéphalie. La position à plat ventre est capitale pour acquérir une musculature dorsale suffisante et un appui correct sur les bras position fondamentale.

2. PHASE DYNAMIQUE : le bébé commence à se déplacer. Les retournements lui donnent la possibilité de passer du dos sur le ventre et du ventre sur le dos. Il peut donc changer de position, mais aussi commencer à se déplacer. La torsion du corps permet la dissociation des ceintures. Ce mouvement est souvent difficile pour les enfants présentant une plagiocéphalie. Ramper, premier dépla-

cement vers l'avant, permet au bébé d'être complètement autonome. Le quatre pattes est un mode de déplacement très riche pour le développement global de l'enfant. Il renforce les muscles du cou et du dos, permet de dissocier les ceintures, développe l'alternance des appuis et la coordination des membres. Étape également très importante.

3. DÉCOUVERTE DE LA VERTICALITÉ : le bébé se libère de l'appui de ses mains. Il ne devrait découvrir la position assise au sol que lorsqu'il sait s'y installer tout seul. Elle ne doit intervenir qu'à ce moment. On y attache trop d'importance. C'est seulement une étape statique qui n'apporte rien aux déplacements. Et il ne faut pas proposer cette situation s'il ne peut pas en sortir. Viennent ensuite les positions à genoux et debout qui vont conduire à la marche autonome.

Les bénéfices que le bébé peut tirer d'un bon développement moteur sont multiples. Aussi bien au cours de la période qui précède la marche que dans son développement futur : autonomie, connaissance du corps et bien-être corporel, connaissance de l'espace, travail de l'ensemble des muscles et des articulations, alternance des appuis, dissociation des ceintures, etc.

son intervention, il expliquera comment le couchage en position latérale sous certaines conditions peut être une alternative. Son témoignage est à retrouver dans *L'ostéopathe magazine* numéro 21 : *Couchage des bébés, une histoire à dormir debout*.

Auparavant, Alain Gautier avait présenté son expérience d'ostéopathe qui l'a conduit à se poser la question suivante : comment faire que ça n'apparaît pas ? Agir sur la femme enceinte, sur les conditions de vie du fœtus dans le ventre de la mère et bien évidemment le couchage. Il a alors présenté sa solution de couchage : le Bibed. Son originalité : une têtère qui s'adapte à la forme de la tête du bébé et à ses compétences. Elle favorise une mobilité spontanée de la tête compatible avec les multiples positions de repos ainsi que pendant le sommeil qu'adopte le bébé. À découvrir en détail dans notre reportage : *Bibed, un matelas multifonctionnel conçu pour le nouveau-né* paru dans *L'ostéopathe magazine* numéro 11.

Apprendre à poser son bébé

Philippe Mahé, ancien attaché des hôpitaux en pédiatrie et ostéopathe, a par la suite précisé que, quel que soit le mode de couchage choisi, il faut savoir comment poser le bébé. Il a également rappelé une idée qui lui est chère : l'asymétrie est constitutionnelle de tout individu. « Mettez vos deux doigts dans sur les oreilles. Regarder votre voisin. Aucun n'aura les doigts à la même hauteur. Nous sommes tous asymétriques. C'est naturel et physiologique, mais il faut distinguer cette asymétrie de celle qui est devenue pathologique », a-t-il expliqué. Ses analyses et ses conseils de prise en charge sont à retrouver également dans *L'ostéopathe magazine* numéro 21.

Puis Nicolas Matte est intervenu. Orthésiste au Canada, il a rappelé comment prendre les mesures du crâne pour évaluer la plagiocéphalie ainsi que toutes les étapes de fabrication d'un casque. Après la livraison du casque, l'orthésiste assure un suivi pour pallier à différents problèmes envisageables : dermatites de contact, irritation/blessure par le frottement (réaction à

la sueur), croissance avant correction (point de pression), enfant voulant enlever l'orthèse, etc. Il a ensuite présenté les principes de l'orthèse dynamique et présenté une hypothèse de traitement innovant pour les enfants de moins de trois mois : le port d'un casque uniquement la nuit.

Mais lorsque le diagnostic révèle des craniosténoses, alors la chirurgie devient incontournable. Joan Pinyot, chirurgien pédiatrique à l'hôpital Sant Joan de Déu à Barcelone, a d'ailleurs rappelé que lorsqu'une suture est fermée le crâne grossit dans le sens de la



suture. Il a ensuite détaillé les principes qui guident les modes opératoires chirurgicaux et il a présenté son approche mini-invasive de ses interventions par endoscopie. Il a également recommandé une prise en charge précoce et avertit : « toute opération sur une déformation positionnelle ne sert à rien et n'apporte qu'une cicatrice ». Enfin, il a commenté une étude qui montrait qu'un crâne qui présentait une craniosténose avait pu être traité par orthèse. Encore une fois, la chirurgie ne doit être utilisée qu'en dernier recours.

L'ostéopathe en première ligne

Ce congrès a permis de révéler une chose : prendre en charge la plagiocéphalie ne doit pas être considéré comme une routine. Son dépistage doit être systématique et son évolution mesurée avec rigueur. Une pratique clinique qui place l'ostéopathe en première ligne. Mais d'autres professionnels doivent parfois être impliqués. Sans oublier les parents. ■

COMMENT AIDER L'ENFANT DANS SON APPRENTISSAGE

Les adultes imposent parfois au bébé des positions ou des mouvements avant qu'il ne soit prêt. Certains objets présentés comme des outils d'éveil de l'enfant risquent de le limiter dans ses découvertes.

Par Michèle Forestier, kinésithérapeute

Le premier principe est donc de respecter le rythme de chaque enfant et laisser les différentes étapes s'installer chacune à leur tour. C'est à la portée de tous à condition d'identifier au quotidien les erreurs à ne pas commettre et de savoir comment porter bébé, comment l'installer, etc.

Comment ?

D'abord, positionner le plus souvent le bébé à plat dos, sur un tapis ferme. Il essaiera de lui-même de passer sur le ventre en s'installant d'abord sur le côté. Lui proposer des jeux moteurs pour le plaisir ou pour l'aider s'il est un peu en difficulté. Ensuite, dès que le bébé sait se déplacer au sol, sur le ventre ou à quatre pattes, le laisser faire ses expériences. Enfin, utiliser les actes de la vie quotidienne : le change, le bain, portage, etc. pour permettre au bébé de lui faire découvrir naturellement ses capacités motrices.

Les erreurs les plus fréquentes sont les suivantes : laisser le bébé trop longtemps dans le transat, positionner l'enfant assis avant qu'il n'ait découvert le plaisir de se déplacer au sol, l'encourager à pousser sur ses jambes très tôt (qui peut conduire à la verticalité trop tôt), faire marcher un bébé qui n'est pas prêt, utiliser un trotteur (youpala).

L'importance des retournements et du plat ventre

L'enfant doit absolument être à l'aise à plat ventre avant de passer aux étapes suivantes. Le fait de savoir passer du dos sur le ventre lui évite d'être bloqué sur le dos, à l'image de la tortue figée dans sa carapace. C'est aussi cette position qui va fortifier les muscles de son cou, de son dos, de ses épaules et de ses bras. Il est très important de contrôler l'acquisition de cette étape et de la faire connaître au bébé, très tôt, de courts instants, quand il est éveillé.



Professionnels de santé : connectés et déprimés, ils se regroupent

CMV Médiforce présentait au mois d'avril dernier la 3^e édition de son observatoire des professions libérales de santé. Les ostéopathes n'étaient pas présents dans le panel des professionnels interrogés. Néanmoins, au regard des problématiques abordées, les résultats de cette enquête pourront les concerner.

Avec l'institut de recherche sociale et marketing H2O, CMV Médiforce a donc réalisé une enquête qualitative auprès de 493 professionnels de santé (PS) : pharmaciens, médecins généralistes, kinésithérapeutes, radiologues, etc. Ariane Govignon, directrice générale de CMV Médiforce, en a présenté les points essentiels. Notamment le développement de l'e-santé c'est-à-dire la télémédecine, la prévention, le maintien à domicile, les dossiers médicaux électroniques, les applications dédiées à la médecine, etc. Internet et les technologies numériques ont fait entrer la santé dans une ère nouvelle qui questionne le praticien, notamment dans son rapport aux patients.

Une autre relation au patient

Hippocrate définissait la relation médecin/malade sous la forme d'un « colloque singulier ». Le professeur Portes évoque « la rencontre d'une confiance et d'une conscience ». Cette rencontre pouvait être qualifiée de verticale avec la transmission descendante d'un savoir, du praticien à son patient. Avec l'émergence des nouvelles technologies, elle se fait horizontale. Les connaissances circulent et se partagent. L'e-santé incarne cette situation qui interpelle

les professionnels de santé sans pour autant les inquiéter. Ils sont de plus en plus connectés et estiment qu'internet a un impact positif sur leur activité. C'est aussi un outil d'information pour les patients. En revanche, pour les médecins généralistes et vétérinaires, c'est une source de désinformation qui perturbe leur prestation de conseil auprès de leurs patients. Même si internet est souvent utilisé pour leur formation continue ainsi que leur information.

Se regrouper

Au niveau économique, les PS ont le sentiment global d'une baisse de leur chiffre d'affaires. La vision de leur profession est encore plus négative. Cependant, cette situation est disparate. Un constat qu'il faut mettre en parallèle avec le comportement des patients observés par les PS : plus attentifs aux coûts des soins proposés, certains patients n'hésitent pas à reporter certaines dépenses de santé. Les PS qui sont le plus en contact avec leurs patients : médecins généralistes, chirurgiens-dentistes et vétérinaires sont les plus impactés par cette tendance.

Pour faire face à ce pessimisme économique, les PS modifient leur mode d'exercice. Ils préfèrent se regrouper,

que ce soit en cabinet avec d'autres confrères ou au sein d'une maison de santé. Ils préfèrent également le statut de salarié à celui de libéral.

Les ostéopathes, bientôt dans le panel

Ces problématiques concernent les ostéopathes. Notamment les regroupements en maison de santé qui est déjà une pratique présente en ostéopathie. Souvent pour d'autres raisons, à savoir la pluridisciplinarité. Les conclusions de cette enquête soulèvent d'autres questionnements. Face à cette autre relation au patient qui s'installe et dans la situation économique actuelle, comment les PS font-ils évoluer leur approche thérapeutique ? Comment évoluent-ils vers d'autres pratiques ? Quelles formations choisissent-ils et comment assurent-ils économiquement cette transition d'une pratique de professionnelle de santé vers une autre ? La reconversion de certains PS à l'ostéopathie illustre parfaitement cette situation.

Ces axes de recherche seront proposés à CMV Médiforce par *L'ostéopathe magazine* pour intégrer les ostéopathes dans le prochain SCAN CMV Médiforce des professionnels de santé. À suivre !

Quand la philo questionne l'ostéo, qui s'interroge le plus ?

Comment définir en effet la forme particulière de perception qui est en jeu dans l'ostéopathie ? Comment simplement décrire la manière de faire référence à l'anatomie ? Comment expliquer que l'on puisse « voir avec les mains » ?

Après plusieurs années de recherche sur l'ostéopathie, il est apparu à l'équipe du Centre interdisciplinaire d'éthique de Lyon que cette nouvelle profession pose des questions radicalement nouvelles, que ni la médecine ni la philosophie ne sont habituées à traiter. Par le dialogue avec des ostéopathes lors de stages de formation continue en ostéopathie, Jean-Marie Gueullette, docteur en médecine et en théologie, et son équipe interdisciplinaire de chercheurs ont tenté de répondre à ces questions.

D'abord à travers un séminaire de 6 journées sur la perception ostéopathique qui s'est déroulé l'année dernière. La lecture de quelques grands textes philosophiques, comme le *Discours de la méthode* de Descartes, a suscité des surprises, surtout lorsque des temps de pratique ostéopathique venaient compléter la lecture et la discussion. Peut-on en effet appliquer à la perception ostéopathique la méthode cartésienne ?

À leur grande surprise, les ostéopathes « perdaient leurs moyens », ne percevaient plus rien, lorsqu'on les guidait dans leur

perception en suivant la méthode d'analyse cartésienne. Autre expérimentation intéressante : la confrontation de la description écrite d'une même perception lors d'un même temps de perception à quatre mains.

Un dialogue entre ostéopathes et universitaires

Dans sa simplicité, une telle démarche s'est révélée originale, et difficile pour certains. Elle a permis de mieux situer la place de la comparaison et de la métaphore, omniprésentes dans le discours ostéopathique. Suite à l'intérêt de situer leur démarche dans la référence à quelques grands systèmes philosophiques, et au regard de la difficulté que beaucoup éprouvent à élaborer une expression rigoureuse et précise de leur expérience, ce dialogue entre universitaires et praticiens sera poursuivi à travers le DU *Philosophie de l'ostéopathie*. Ouverture prévue en septembre 2014 à Lyon au sein de l'Université Catholique de Lyon.

Plus d'informations sur www.univ-catholion.fr

Se former à distance : l'e-OstéoLearning

La société e-OstéoLearning, propose une solution de formation à distance. D'abord à destination des étudiants. Ensuite, à travers un ou plusieurs modules spécifiques, pour les professionnels de santé et les organismes de formation en santé.

L'e-learning, selon la Commission Européenne, est « utilisation des nouvelles technologies multimédias de l'internet pour améliorer la qualité de l'apprentissage en facilitant d'une part l'accès à des ressources et à des services, d'autre part les échanges et la collaboration à distance ». Présidée par Sara Trinh, docteur en médecine et enseignante, e-OstéoLearning a été créé en 2011 par des professionnels de santé et des ostéopathes également enseignants de matières théoriques dans les établissements de formation en ostéopathie. Un catalogue de formation est

aujourd'hui disponible sur l'ensemble des disciplines théoriques abordées en ostéopathie : anatomie, biomécanique, histologie, sémiologie, etc. Des parcours pédagogiques et un suivi individualisé sont proposés. L'objectif est d'aider les étudiants à mieux comprendre et visualiser des concepts abstraits à l'aide notamment de cas cliniques et tableaux récapitulatifs.

Des bénéfices pédagogiques... et financiers

La formation en ligne doit selon la Haute Autorité de Santé (HAS) : « développer

des compétences cognitives, et, avec des méthodes spécifiques, des compétences interpersonnelles » (source : fiche technique du 31 janvier 2013). L'e-learning s'inscrit dans cette recommandation. Il apporte un également un bénéfice pédagogique : les étudiants ont accès à des documents structurés, scénarisés, animés, interactifs, etc. Des exercices leur permettent de se situer dans leurs acquis et les enseignants bénéficient d'un suivi facilité de chaque élève avec un système d'alerte en cas de problème. Les bénéfiques sont également logistiques et financiers : libérer des salles, optimiser le planning des enseignants et des étudiants et ainsi réduire les coûts de formation.

e-OstéoLearning envisage de créer ultérieurement des modules de formation de recherche en ostéopathie en lien avec le Groupe d'étude pour la recherche en ostéopathie (GEPRO) dont les associés sont partenaires.

Plus d'informations sur www.eosteolearning.fr

20 juin

Journées de l'UFOF

À Charenton-le-Pont (94), l'UFOF (Union Fédérale des Ostéopathes de France) organise une journée de conférences scientifiques ayant pour thème : *L'approche pluridisciplinaire autour de l'ostéopathie*. Elles regrouperont professeurs, ostéopathes, médecins, philosophes, etc. qui présenteront des approches alternatives à des prises en charge ou des pensées scientifiques. Notamment, les alternatives à la chirurgie classique du rachis : les techniques mini-invasives, l'alternative à la génétique : l'épigénétique, l'alternative à la contraception classique : la symptothermie, etc.

Plus d'informationssur www.osteofrance.comEN PARTENARIAT AVEC
L'OSTÉOPATHE MAGAZINE

Du 20 au 22 juin

9^{es} rencontres**d'ostéopathie comparée**

Organisées par Vetostéo, les rencontres d'ostéopathie comparée se dérouleront comme à leur habitude, à la ferme de Saint-Ignan (09). Elles traiteront d'ostéopathie comparée, donc d'ostéopathie pour les animaux « l'homme étant un animal comme les autres » précisent les organisateurs.

Plus d'informationssur www.osteofrance.com

5 juillet

1^{er} colloque du ROF

Le ROF (Registre des Ostéopathes de France) organisera son premier colloque le 5 juillet prochain à Champagne au Mont d'Or (69). Son thème : *Ostéopathie, médecine du XXI^e siècle*. Les conférenciers exploreront la pratique de l'ostéopathie à travers l'évaluation et l'expérimentation. Des professionnels d'horizons différents interviendront. À commencer par le professeur Jean-Marie Gueulette qui se demandera si connaître l'anatomie, maîtriser des techniques et avoir une éthique sont suffisants pour être ostéopathe ? Jean-Marie Gueulette s'interroge sur la place de l'ostéopathie dans notre société à travers la philosophie. Il est à l'origine du DU *Philosophie de l'ostéopathie*. Fabien Revol, docteur en philosophie, abordera cet angle de vue à travers son intervention *De l'objectivité à l'intersubjectivité, vers une philosophie de la nature pour l'ostéopathie*. Une thématique prolongée par Cyril Clouzeau et Stéphanie Durantet Penaud, ostéopathes. Ils analyseront la perception ostéopathique à travers des réflexions basées sur des textes philosophiques. Retour à des questions techniques avec Walid Salem, ostéopathe et chargé de

recherche et d'enseignement à l'ULB ainsi que Robert Meslé, ostéopathe et rédacteur en chef de *La revue de l'ostéopathie*, qui aborderont la problématique de l'évaluation scientifique de l'efficacité des techniques ostéopathiques. Ils se demanderont si cette évaluation est possible. Enfin, Kevin Lassale, étudiant en ostéopathie, présentera la vision d'un étudiant sur l'histoire de l'ostéopathie, un concept stable, mais en mouvement.

Plus d'informationssur www.osteopathie.orgEN PARTENARIAT AVEC
L'OSTÉOPATHE MAGAZINE

4 octobre

Ateliers du SFDO

À l'occasion de son 40^e anniversaire, le SFDO (Syndicat Français Des Ostéopathes) organise à Lyon une journée de débats et d'échanges autour de problématiques socioprofessionnelles de l'ostéopathie dont notamment les réseaux de santé.

Robert Launois, agrégé des facultés de Sciences Economiques et diplômé de l'Institut d'Études Politiques de Paris, Madame Fanélie Carrey-Conte, députée du 20^e arrondissement de Paris et Monsieur Jean-François Tripodi, directeur général de Carte Blanche Partenaires, apporteront leur éclairage sur le sujet.

La deuxième partie de la journée sera consacrée à l'approfondissement des connaissances de la sphère viscérale avec notamment l'intervention du professeur Noël Mei, directeur honoraire de recherche en neurobiologie au CNRS. Enfin, Jean-Christophe Neidhart, conservateur du musée et des collections de la Société Nationale de Médecine et de Sciences Médicales de Lyon, présentera le musée d'Anatomie et d'Histoire naturelle médicale de Lyon et une visite collective du musée sera organisée.

Plus d'informationssur www.osteopathe-syndicat.frEN PARTENARIAT AVEC
L'OSTÉOPATHE MAGAZINE

17 octobre

Forum de discussion et salon du livre

La seconde édition du Salon du livre organisé par le ROF (Registre des Ostéopathes de France) aura lieu à Lyon (69). Elle sera accompagnée d'un forum de discussion. De nombreuses questions portant sur des aspects pratiques de la vie du cabinet ainsi que sur les problématiques socioprofessionnelles seront abordées.

Plus d'informationssur contact@osteopathie.orgEN PARTENARIAT AVEC
L'OSTÉOPATHE MAGAZINE**17 et 18 novembre
Congrès de gastroentérologie néonatale**

Organisé par le groupe d'étude en néonatalogie et le professeur F. Campeotto (hôpital Necker, Paris), ce séminaire se déroulera à Deauville (14) et une conférence animée par un ostéopathe est programmée. Les conférences porteront sur les caractéristiques, la mise en place et les facteurs d'influence du microbiote intestinal du prématuré (MJ Butel, Paris), sur l'inflammation de l'intestin du prématuré et les marqueurs fécaux (N. Kapel, Pitié Salpêtrière) et la modulation du microbiote des prématurés par les probiotiques et les prébiotiques (M. Baldassarre, Bari).

L'allergie aux protéines de lait de vache en période néonatale sera également abordée (F. Campeotto, O. Goulet) : quels sont les signes cliniques et que faire ? Ainsi que la prévention de l'allergie in utero et en période néonatale (C. Dupont). La problématique du RGO en période néonatale sera traitée à travers la motricité digestive du nouveau-né à terme et prématuré : haut et bas (M. Scaillon, Liège), les bénéfiques/risques des traitements anti RGO : laits épaissis, épaississants, IPP, prokinétiques, antiacides (O. Mouterde, Rouen), faut-il explorer un RGO en période néonatale ? (F. Campeotto, Necker) et le point de vue du psychiatre (M. Zannotti, Necker, CCBB) et de l'ostéopathe sur le RGO du nouveau-né. Des conférences sur les maladies digestives constitutionnelles concluront ce séminaire.

Plus d'informationssur www.perinat-france.org**Du 20 au 22 novembre
Colloque international de périnatalité**

Organisé par l'ARIP (Association pour la Recherche et l'Information en Périnatalité) ce 11^e colloque aura pour thème : *L'empathie dans la relation de soin - Naissance de l'empathie, empathie autour de la naissance*. L'ARIP a été fondée en 1995 par des soignants de l'unité de traitement des troubles de la relation précoce du centre hospitalier de Montfavet (84). Son objectif : partager auprès des professionnels de la périnatalité les réflexions et questionnements concernant la toute petite enfance et la parentalisation dans le champ de la périnatalité psychique. L'empathie est au cœur du soin (du soigner comme du prendre soin) et de l'engagement des soignants. Comment soutenir l'apparition de l'empathie chez le bébé et la favoriser entre les (futurs) parents et l'enfant (né ou à naître) ? Comment l'utiliser dans la relation de soin, l'entretenir chez chaque soignant, à l'intérieur des équipes, et entre les

partenaires du travail en réseau ?

Les acteurs concernés sont nombreux : sages-femmes, gynécologues, obstétriciens, auxiliaires de puériculture, puéricultrices, pédiatres, médecins généralistes ... mais aussi « psys », infirmiers, éducateurs, assistantes sociales, etc. Les disciplines qui font évoluer cette approche de la relation de soin vont des neurosciences et de la psychologie à la philosophie et la sociologie en passant par l'éthique. Entrée libre.

Plus d'informations sur <http://arip.fr>

Vous pouvez relire notre reportage Douleur du patient : l'empathie programmée du praticien paru dans L'ostéopathe magazine numéro 12

21 et 22 novembre

10^e Symposium

International

Ostéopathique de Nantes

L'I.O.R. (International Osteopathic Research) et l'IdHEO Nantes (école d'ostéopathie) organisent le 10^e Symposium International Ostéopathique. Avec comme partenaire l'Université de Nantes et l'École Vétérinaire ONIRIS de Nantes, le thème retenu cette année est *Homme, animal : Ostéopathie comparée*. Des conférences et des ateliers permettront d'explorer ce thème.

À commencer par les interventions des docteurs Didier Schmitt et Jean-Claude Colombo sur l'approche animale en ostéopathie, celle de Patrick Chêne et Dominique Prin Conti qui tenteront d'explorer l'interrelation Cavalier-Cheval André Mergui et Patrick Lecollinet présenteront respectivement l'importance de la dentisterie en ostéopathie humaine et en ostéopathie animale. Alors que Stephan Cayre s'intéressera à l'approche tissulaire en ostéopathie animale. Des conférences centrées sur l'ostéopathe seront également au programme : *Approche de l'évolution du concept de la science de l'ostéopathie* par Bruno Josse, *Quelle Evidence-Based Medicine pour l'Ostéopathie ?* par Bruno Falissard et *Maîtriser les paramètres de la palpation du bassin* par Laurent Marc.

À noter également : *La post-génomique ou la recherche en ostéopathie de demain* par Gilles Toumanoantz et *Les effets techniques de pompage lymphatique sur le cancer du sein primaire et le processus de métastase au niveau des nœuds lymphatiques sentinelles* par Lisa Hodge Enfin, quatre ateliers seront proposés pour mettre en pratique les thèmes abordés au cours des conférences : cheval, chien, bovin et humain.

Plus d'informations sur www.ior-nantes.com

EN PARTENARIAT AVEC L'OSTÉOPATHE MAGAZINE

22 et 23 novembre

10^e symposium

international

d'ostéopathie

de Lausanne

Organisée par la FSO (Fédération Suisse des Ostéopathes) à Lausanne (Suisse), cette 10^e édition aura pour thème : *L'adolescence dans tous ses états*. Programme à venir.

<http://www.symposium-osteos-lausanne.ch/>

EN PARTENARIAT AVEC L'OSTÉOPATHE MAGAZINE

Vous pouvez relire notre reportage Prématurité et douleur du nourrisson : de la prévention à la prise en charge paru dans L'ostéopathe magazine numéro 11.

L'ostéopathe magazine 2.0

Vous l'avez sans doute remarqué, votre magazine évolue.

De nouvelles rubriques ont étoffé le sommaire. Elles vous apportent une information complète. Le courrier des lecteurs vous donne la parole. Nous sommes à votre écoute. Les petites annonces permettent d'échanger entre ostéopathes. Elles vous relient. La maquette n'est pas en reste : plus claire et dynamique, elle rythme et colore votre lecture.

Bientôt, vous découvrirez un nouveau site internet. Riche en actualités, vous serez informés les premiers. Interactif, vous pourrez réagir sur tous les sujets. Relié aux réseaux sociaux, vous partagerez vos informations avec vos confrères. Participatif, vous ferez partie de la rédaction de L'ostéopathe magazine.

Tournez la page, connectez-vous!
Bientôt sur www.losteopathe.fr

Les mots de l'ostéo

Par Stéphane Beaume, ostéopathe et auteur du Dictionnaire de médecine ostéopathique à paraître au mois d'octobre aux éditions Elsevier-Masson.

Une rubrique qui se joue des mots et qui vous proposera régulièrement de tester vos connaissances. Des jeux réalisés spécialement et soigneusement pour les ostéos. Alors, tous à vos stylos et venez croisez les mots avec nous !

| SB | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | 3 |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | 6 | | | | | 4 |
| 8 | | | | | | | | | 1 |
| 9 | | | | | 2 | | | | |

HORIZONTALEMENT

- Tissu de soutien de la dent.
- Rotation interne - Os du membre supérieur.
- Partie de l'ulna.
- Début de l'extrémité Céphalique - Fixer.
- Anagramme de Minier.
- Matériel médical destiné à explorer les conduits - Pronom personnel.
- Anagramme de Reins - Entre jeu et match à Roland Garros.
- Coutume - Embout pour bébé.
- S'oppose à une force.

VERTICALEMENT

- Apophyse.
- Structures de maintien de la patella.
- Relief osseux.
- Inflammation du testicule.
- Début de Dartre - Pères et...
- Anagramme de Nodal - Titanium.
- Expression péjorative d'Ostéopathe exclusif - Divinité égyptienne.
- Morte - (Mouvement) calme.
- Restes - Inchangée.

| | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|
| Mot mystère | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|

Indice : Je suis une zone d'équilibre entre deux mouvements antagonistes.

Retrouvez la solution de ces mots croisés et du « Mot mystère » dans le prochain numéro.

solution des mots cachés du numéro 21

- | | |
|-------------|--------------|
| cocon | base |
| évaluer | voûte |
| anamnèse | sensorialité |
| luxation | ossification |
| synostose | foetus |
| palpation | flexion |
| restriction | postural |
| mobilité | syndrome |
| prévalence | prévention |
| endognathie | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| p | e | c | u | r | v | i | m | e | t | r | e | r | p | e |
| o | v | i | a | v | s | c | m | e | b | a | s | t | e | r |
| s | r | e | l | w | r | i | s | o | u | l | u | a | l | t |
| i | z | u | r | a | o | e | l | j | c | n | t | s | l | e |
| t | r | z | n | t | h | l | r | o | f | s | u | y | e | m |
| i | l | e | v | t | e | p | l | p | c | m | r | m | n | i |
| o | r | n | r | v | s | x | e | n | q | i | e | e | a | r |
| n | s | o | o | q | h | r | a | c | s | o | t | t | e | |
| n | m | a | s | s | a | g | e | w | o | a | u | r | n | p |
| e | p | r | e | d | i | s | p | o | s | i | t | i | o | n |
| m | d | i | a | g | n | o | s | t | i | c | g | e | f | t |
| e | s | o | t | s | o | n | y | s | o | i | n | a | r | c |
| n | r | u | e | t | n | a | s | e | p | m | i | o | l | b |
| t | e | n | i | b | u | r | i | l | i | b | n | d | i | p |
| v | i | e | s | o | t | s | o | n | y | s | k | n | h | a |

La solution " Qui suis-je ? " du numéro précédent est : *La rate*



CENTRE DE FORMATION
PROFESSIONNELLE
CONTINUE EN OSTÉOPATHIE

Une offre de formations
post-graduées représentatives
de la tradition et de l'innovation
ostéopathique



- Gagnez en efficacité thérapeutique
- Profitez des dernières recherches
- Bénéficiez de l'expertise de professionnels internationaux

PEDAGOGIE

Effectifs réduits / Tables ostéo réglables /
Supports de cours / Etudes de cas cliniques

Inscription à J-90 = - 15 % sur la plupart des stages

Tel : 01 42 30 75 86 - Mail : contact@cfpc.fr

Site : www.cfpc.fr

Plus de 2 500 professionnels de santé
nous font déjà confiance

Bol d'air Jacquier®



Comprendre la nécessité
d'une meilleure oxygénation cellulaire
Journée de formation scientifique

Evolis®



Découvrir la 1^{ère} méthode
d'étirement progressif et
de musculation en excentrique
Initiation pratique

FORMATIONS 2014 : le programme des séminaires
sur demande ou sur www.holiste.com

Le Port • 71110 ARTAIX • France
Tél. : +33 (0)3 85 25 29 27
Email : contact@holiste.com



vous êtes
organisme de formation,
association,
ostéopathe...

ici

votre

emplacement

publicitaire



**UFOF Formation
ostéopathes**

*La matière, le mouvement,
l'esprit de l'Homme*

2 formations en 2014

Un programme
élaboré pour vous
par des professionnels
avec pour ambition
l'interdisciplinarité et
le respect de la **tradition**
ostéopathique.

Plus d'informations et inscriptions sur :

www.ufoformation.fr

La Formation Professionnelle
pour les **Ostéopathes**

Avec l'ESO

+ de 20 ans d'expérience

Valorisez votre compétence

avec l'un de nos Certificats d'Études Spécialisées
ou nos formations courtes

- 6 Certificats d'Études Spécialisées
- 10 Formations Courtes

Inscriptions et renseignements :
Ecole Supérieure d'Ostéopathie
formation.continue@eso-suposteo.fr
+33 (0)1 64 61 69 81 • www.eso-suposteo.fr



Devenez thérapeute
de **K-Taping®** !

Formations dans toute la France !
Pour connaître les dates et les
lieux consultez notre site web
www.k-taping.fr

Formations spécialement
dédiées aux ostéopathes !

www.k-taping.fr



Académie de K-Taping®
18 bis chemin du pilon - 06520 Magagnosc - Tél: 04.92.60.43.80 - Fax: 04.92.60.43.83
info@k-taping.fr • www.k-taping.fr

LILLE OSTÉOPATHIE POST-GRADUATE



Organisme agréé de formation continue
pour les ostéopathes.
Formations qualifiantes pour
une ostéopathie référente.

www.post-graduate.fr



**FORMATION
CONTINUE
OSTÉOPATHIE**

**Développer et actualiser
les compétences
des ostéopathes en exercice**

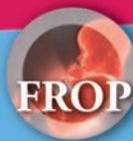
Une offre de formation continue
en ostéopathie adaptée et innovante



Différentes thématiques :

crânien, périphérique, vertébral, viscéral,
tissulaire, périnatalité

<http://www.bretagne-osteopathie.com/fc/>



**Formation et Recherche
en Ostéopathie Périnatale
et Pédiatrique**

Une nouvelle session de formation va
commencer en Octobre 2014.
Informations et inscriptions
sur notre site :

www.frop.fr



Découvrez nos stages,
séminaires et formations
en milieu aquatique.

DOSSIER

DOULEURS CHRONIQUES ET DIFFUSES

UNE AUTRE LECTURE DU CORPS HUMAIN

L'ENQUÊTE ET LE REPORTAGE DE CE DOSSIER VOUS FERONT EXPLORER UNE NOUVELLE MANIÈRE D'ABORDER LE CORPS HUMAIN ET LE MOUVEMENT. UNE APPROCHE QUI VOUS RAMÈNERA À NOTRE ORIGINE EMBRYOLOGIQUE POUR NOUS PERMETTRE D'ENVISAGER UNE AUTRE LECTURE DE L'ANATOMIE. UN CONCEPT COMPLÉTÉ PAR DES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT POUR MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES DOULEURS CHRONIQUES ET DIFFUSES DE VOS PATIENTS.

28 ENQUÊTE

Oublier les distinctions anatomiques classiques

Les postures archétypales : un outil d'évaluation thérapeutique

L'essentiel à retenir en 10 points clés

Traitement au sol : une approche terre à terre

Et l'ostéopathie dans tout ça ?

34 REPORTAGE

Quand un modèle prend forme ou la genèse d'une théorie

Les sept blocs de construction

Un projet de recherche appliquée en ostéopathie

Les douleurs diffuses à travers des citations de Phillip Beach



REDÉCOUVRIR
LE CORPS HUMAIN ET
EXPLORER
D'AUTRES CHEMINS
THÉRAPEUTIQUES

LES DOULEURS MUSCULO-SQUELETTIQUES DIFFUSES CONCERNENT TOUT TYPE DE PATIENT. QUELS QUE SOIENT SON ÂGE, SON SEXE, SON POIDS, SA CONDITION PHYSIQUE, ETC. SANS CAUSES STRUCTURELLES APPARENTES, RECHERCHER UN DIAGNOSTIC PRÉCIS SE RÉVÈLE SOUVENT INFRACTUEUX. UNE NOUVELLE APPROCHE DE CE PROBLÈME DEVIENT NÉCESSAIRE. LAQUELLE ?

PAR MATHIEU SCHLACHET, OSTÉOPATHE, JÉRÉMIE COGAN, ÉTUDIANT EN OSTÉOPATHIE, ET REZA RC.

Phillip Beach, ostéopathe et acupuncteur néo-zélandais, propose une approche novatrice permettant une lecture cohérente et globale de ces douleurs*. Si l'on ne peut pas caractériser leur origine, alors pourquoi ne pas chercher une autre vision de ces douleurs ? Par l'observation du mouvement Phillip Beach nous propose aujourd'hui un concept qui permet d'envisager le corps humain sous un angle différent. Il s'est intéressé à la forme du corps humain en observant tout particulièrement sa « modulation cohérente » lors du mouvement et pendant les phases de repos. Il a étudié les capacités de ses patients douloureux à adopter certaines postures à travers des mouvements pour s'asseoir par terre et se relever. Il a appelé ces positions « postures archétypales », car elles sont utilisées depuis le début de l'histoire de notre espèce pour vivre au sol et nous reposer. Il s'agit de toutes les positions assises au sol : en tailleur, jambes écartées, etc. Dès la naissance, nous utilisons ces postures et mouvements archétypaux pour nous déplacer au sol, y rester, nous en relever et y revenir. La répétition quotidienne de ces mouvements et postures est selon Phillip Beach le mécanisme intrinsèque de l'autorégulation de notre biomécanique. Celui par lequel les tensions de notre corps s'accordent de façon optimale.

OUBLIER LES DISTINCTIONS ANATOMIQUES CLASSIQUES

Pour aller de ces positions assises à la position érigée de manière harmonieuse, le travail physiologique est d'une complexité impressionnante. Observer ces mouvements permet donc d'évaluer tout le corps d'un patient. La palpation qui suit est également très globale. Elle est particulière car elle s'intéresse aux structures anatomiques par rapport à leur appartenance respective aux différents territoires cellulaires de l'embryon : l'ectoderme, le mésoderme et l'endoderme. Les distinctions anatomiques classiques ne sont plus prises en considération.

Cette continuité tissulaire entre chaque partie de notre corps correspond à la dynamique d'émergence des bourgeons embryonnaires à partir desquels vont croître les membres périphériques dont les pieds et les mains seront les organes sensoriels. À l'état normal, toutes ces régions sont indolores et agréables au toucher. Lorsqu'une dysfonction d'un membre supérieur s'installe, elle concerne un ensemble de tissus allant jusqu'au sternum lui-même. Des apophyses et des bords osseux faciles à palper émergent à la surface du corps. Des douleurs y seront souvent présentes, expression du dérèglement

tensionnel d'un champ contractile.

Cet abord embryologique de l'anatomie est très intéressant pour tous les thérapeutes manuels. Il permet une palpation plus large, plus confortable, plus englobante et plus porteuse de sens pour le patient.

TOUTE DOULEUR DIFFUSERA DANS L'ENSEMBLE DU CORPS

Lors des consultations, les patients ont l'impression que le traitement se diffuse en « étalant la douleur et les tensions ». Appuyer sur le méridien estomac au niveau de la cuisse par exemple est un fulcrum très puissant qui permet de travailler la rotation interne de l'ensemble du membre inférieur. Pour Phillip Beach la douleur d'un patient, même localisée à un endroit, concerne l'ensemble de la structure ou des tissus et générera des attitudes antalgiques. La médecine relie quant à elle les causes des douleurs musculo-squelettiques diffuses à des étiologies multiples :

- le mode de vie,
- les conditions de travail,
- le degré de sollicitation et de récupération du corps,
- des activités physiques inadaptées (port de charge),
- des variables en fonction du sexe et de l'âge,
- des facteurs aggravants d'ordre psychosocial et l'état de santé général,
- la biomécanique.

Phillip Beach observe plutôt un dénominateur commun à toutes ces douleurs : la perte de « d'aise » dans les postures archétypales de repos. Le degré d'aise dans les postures archétypales permet alors d'évaluer « le bon réglage » du système musculo-squelettique de chacun. Notamment la posture accroupie. C'est le « dérèglement » et la fréquence des douleurs musculo-squelettiques diffuses ainsi que l'usure ostéo-articulaire qui conduisent par exemple à la pose de prothèse.



LES POSTURES ARCHÉTYPALES : UN OUTIL D'ÉVALUATION THÉRAPEUTIQUE

LA POSITION ASSISE SUR UNE CHAISE PEUT ÊTRE SOURCE DE DÉRÈGLEMENT BIOMÉCANIQUE MAJEUR. POURTANT, ELLE NE FAIT PAS ENCORE PARTIE DES STANDARDS D'ÉVALUATION ACTUELS EN OSTÉOPATHIE. POURQUOI ?

L'anatomie ayant été principalement étudiée sur des cadavres en position horizontale, la majorité des tests et techniques ostéopathiques n'est pas réalisée sur des positions ou lors de mouvements fonctionnels. Les positions debout et décubitus ou procubitus servent toujours de position de référence pour le diagnostic ostéopathique. Les postures archétypales permettent d'évaluer en un mouvement une multitude de paramètres. Si l'un de ces paramètres devenait dysfonctionnel, une compensation et/ou une usure biomécanique s'installeront. Les postures s'apprécient dans leur phase statique (la posture elle-même) et dynamique (phases de rentrée et de sortie de posture). La phase dynamique permet d'observer le fonctionnement des groupes musculaires et articulaires entre eux.

Des capacités oubliées

Ces postures font partie d'un patrimoine ontophylogénétique gestuel que nous avons tous adopté lors des phases d'acquisition de la marche (accroupissement, reptation, etc.). Cette série de mouvements ancestraux permet de nous redresser à partir du sol (ou d'y aller). Les capacités liées à ces postures se perdent dans les pays développés dès le plus jeune âge. La cause provient de la surutilisation de la chaise qui nous éloigne du sol et nous rend statiques.

La prise de posture de squat illustre cette démarche diagnostic car elle permet d'évaluer :

- les amplitudes articulaires de la hanche, du genou et de la cheville,
- l'adaptation du bassin et des lombaires,
- la souplesse des grands groupes musculaires lombo-pelvi-fémoraux et jambiers,
- l'adaptation cardio-vasculaire à la mise en verticalité ainsi que l'équilibre.

Si cette posture est maintenue plusieurs minutes, elle permet :

- de récupérer de l'amplitude articulaire,
- d'expulser la masse sanguine contenue dans les muscles et d'ainsi contribuer à leur drainage,
- de favoriser la circulation du bol alimentaire et à la circulation sanguine dans le système digestif par un automassage des organes et des viscères. Accroupi, la face antérieure des cuisses vient bloquer l'abdomen. Ainsi, à chaque inspire, le ventre ne peut plus sortir vers l'avant et la poussée diaphragmatique viendra générer un effet massage dans le ventre.

Faire émerger des parties spécifiques du corps

En marge des postures archétypales elles-mêmes, Phillip Beach explique que chaque posture de travail permet de faire émerger une partie spécifique du corps à la surface pour qu'elle devienne accessible à la main du praticien, ou à son pied lors du travail au sol. Cette posture de travail fait appuyer au sol une autre partie du corps afin d'utiliser la table ou le sol comme point d'appui spécifique pour le traitement d'une région. Le latérocubitus, par exemple, permet de faire émerger la partie latérale du grill thoracique soumise

à contrainte chez les patients qui ont un embonpoint ventral. Dans cette position, le ventre se détend vers l'avant mais la cohérence de la structure est maintenue par une hypertonie réactionnelle au niveau de cette partie thoracique du champ contractile latéral. Cette région est peu touchée en ostéopathie, car elle ne contient pas beaucoup de tissu et elle est éloignée des articulations sternales et vertébrales.

Combiner travail manuel (manipulations, modelages, etc.) avec des postures corporelles permet de rendre le traitement d'une région plus précis, plus agréable et souvent de mieux s'intégrer dans le schéma corporel du patient, car la posture pourra être reconnue ou appréciée.

Vers une réharmonisation biomécanique naturelle

Sur le plan technique, chacun peut continuer à utiliser les outils thérapeutiques de son choix et combiner travail au sol et sur table. Cette dernière servant à appliquer des manipulations spécifiques qui ne peuvent se faire sur table. L'objectif du travail de Phillip Beach est de guider le corps vers une réharmonisation biomécanique « originelle ». Il utilise ainsi un mix de mobilisations harmoniques, étirements, compressions transversales, techniques sur les tissus mous et « os contre os » sur les régions sous-cutanées riches en insertions (occiput, sacrum, calcanéum, etc.), techniques d'acupuncture, etc.

La palpation recherche des points de contrôle moteur (en rapport ou non avec la plainte du patient) capables de générer des changements de la forme du corps qui se superposent bien souvent à des triggers points ou des points d'acupuncture. Ce modelage musculaire permet de « prendre en main » la structure du corps.

Régler le système par les postures : les « erectorcises »

Le traitement ne s'arrête pas à la consultation ni à la revalorisation de la vie au sol. En effet, pour restaurer la fonction du système d'autograndissement (érecteurs du rachis), Phillip Beach associe les « erectorcises », exercices « érecteurs du rachis » qui correspondent à des sorties de posture ancestrales, à de la marche pieds nus sur terrain irrégulier. L'idée est de marcher lentement sur des cailloux ou racines qui stimulent la voûte plantaire. Cela génère ce qu'on appelle des « formes de corps » antalgiques, un type de mouvement particulier principalement créé par les muscles courts. Ce type de marche (possible même à la maison sur un tapis de pierres d'une longueur de 1m50) « réactivera » le système d'autograndissement et sera bénéfique pour toutes les pathologies fonctionnelles dans lesquelles il y a un affaissement de la structure (hernie discale, ostéoporose, épaules enroulées vers l'avant, etc.).

Après plusieurs mois de ce type de vie et quelques séances de soins utilisant cette approche, les amplitudes articulaires s'améliorent sur l'ensemble du corps. La plupart des points douloureux disparaissent et la tension du corps est réglée de manière optimale pour contribuer à l'élaboration d'un mouvement unifié.



Posture assise au sol



1



2



3



4



> Exemple d'un travail au sol sur les membres inférieurs

L'objectif principal est de faire émerger à la surface toute la partie interne d'un membre inférieur pour travailler dessus manuellement. Ce travail manuel est combiné à l'un des mouvements fondamentaux du membre inférieur : la combinaison flexion-rotation externe qui permet un enroulement pour aller vers le sol et s'y mouvoir. Ouverture de la hanche droite ++ Un travail sur les tissus est également effectué : sur le quadriceps et les adducteurs à droite et sur la partie inféro-interne du quadriceps gauche. La partie externe de cheville droite est également travaillée. Sur le plan articulaire notamment, l'ouverture de la hanche droite en rotation externe est réalisée ainsi que l'assouplissement de la cheville droite. Le genou droit est protégé pour ne pas créer de surpression méniscale et tout l'axe du 1^{er} rayon droit (articulation et périoste) est travaillé. À noter les 3 points de contact du praticien avec le patient : sécurité et confort dans la technique, diffusion de la douleur éventuelle par contre-irritation.

1 2

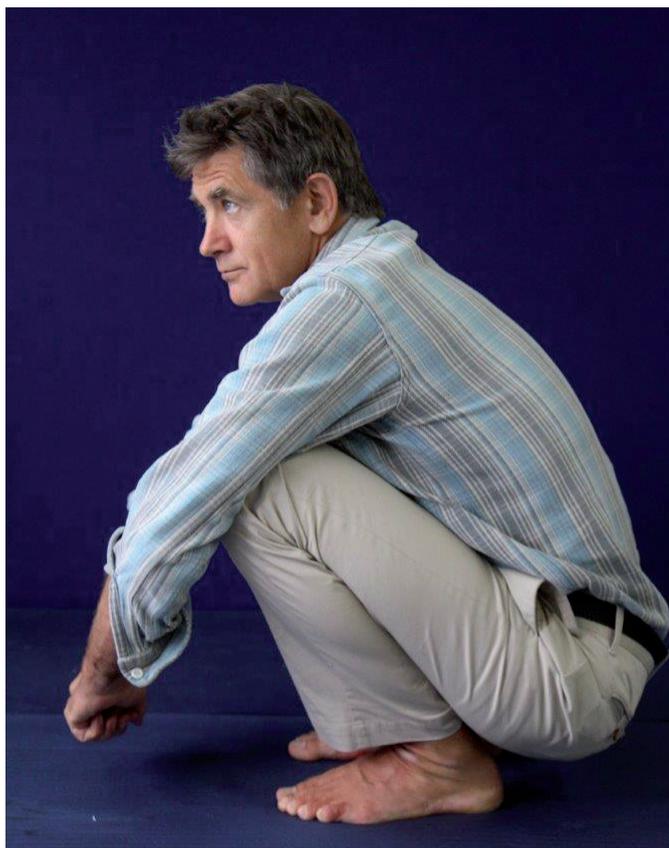
Posture assise au sol
Posture en « stand-by », prêt à partir. Toutes les chaînes musculaires du membre inférieur sont prêtes à entrer en action. À l'opposé de la posture à la japonaise où elles sont au repos.

3 Observation clinique de la position naturelle des orteils d'un patient au repos et en décubitus

Normalement, les orteils devraient être en position neutre, ni en flexion, ni en extension. Ici, ils sont en flexion. Cela reflète un déséquilibre tensionnel dans le champs contractile des membres inférieur, dont les conséquences sont systémique (usure prématurée des téguments des pieds, modifications des appuis plantaires, perturbation de l'entrée plantaire, etc.).

4 Posture en tailleur

Ouverture de hanche, automassage des bords et faces internes des 2 tibias l'un contre l'autre. Cette région est très sensible, siège des périostites des coureurs, abrite également l'un des points d'acupuncture les plus importants de la médecine traditionnelle chinoise : Rate 6, en rapport avec la santé du petit bassin.



L'essentiel à retenir en 10 points clés

1. Imaginer une nouvelle lecture globale du corps dans un système basé sur l'ingénierie du développement embryonnaire : le concept des champs contractiles.
2. Dans cette approche, les postures archétypales sont un outil diagnostic et thérapeutique.
3. Ce modèle permet de ne pas figer la notion de bonne santé dans un système normatif.
4. Il apporte des repères propres à chacun sur des capacités fonctionnelles communes à tous.
5. Ne pas associer la palpation à l'anatomie classique et éviter la réductionnisme tissulaire dans le diagnostic.
6. Ne pas se précipiter sur la zone douloureuse : elle s'inscrit dans un champ global et peut-être le reflet d'un dérèglement général.
7. Traiter les patients au sol permet d'élargir le périmètre d'action des thérapies manuelles.
8. Cela permet d'utiliser un nombre de fulcrums plus important dans le soin : genoux, pieds, coude, avant-bras.
9. Cette approche s'adresse aux patients présentant des douleurs diffuses et chroniques aux étiologies complexes.
10. Accorder plus d'importance au traitement des extrémités du corps : pieds et mains

UN EXEMPLE : LE SQUAT

Pour y remédier, il propose de retrouver cette aise par la répétition quotidienne des mouvements qui permettent l'acquisition des postures archétypales. Le squat est un exemple parfait pour illustrer son raisonnement thérapeutique. Le squat consiste à s'accroupir au sol, les pieds à plat, sans affaissement de la voûte plantaire, ni genu valgum, ni craquement articulaire. L'exécution de ce mouvement permet d'agir à quatre niveaux :

- 1 - Sur le plan articulaire : le squat permet de travailler sur la cheville, le genou et la hanche et les adaptations pelvienne et rachidienne correspondantes.
- 2 - Sur le plan cardio-vasculaire : le squat contribue à maintenir une adaptabilité optimale dans la gestion de la tension artérielle (tension orthostatique). La distance parcourue par le cœur entre le passage de la position assise sur une chaise ou au sol à la verticalité complète est importante. Elle requiert une adaptation physiologique qui peut se perdre ou se dérégler si elle n'est pas utilisée.
- 3 - Sur le plan digestif : le squat génère un automassage de la masse digestive. Les faces antérieures des cuisses, au contact de l'abdomen, empêchent la sortie du ventre dans les phases d'inspiration. Le piston diaphragmatique va ainsi provoquer un massage « de l'intérieur » des organes et viscères abdominaux lors de chaque cycle respiratoire. Cette posture sera même thérapeutique dans les cas d'antélisthésis lombaires (déplacement en avant d'une vertèbre par rapport à la vertèbre sous-jacente) car elle provoque une pression dirigée vers l'arrière qui aura tendance à faire reculer les corps vertébraux.
- 4 - Sur le plan périnéal : le squat induit une ouverture du périnée postérieur et une optimisation des angles de l'utérus (accouchement), du côlon sigmoïde et du rectum (défécation). Mais elle permet surtout d'utiliser la gravité comme force d'attraction naturelle plutôt que de compenser cette absence de force d'attraction par une poussée en apnée délétère (apparition d'hémorroïdes).

LA SOMME DES PARTIES EST INFÉRIEURE AU TOUT

La sortie de posture de squat met en marche de façon harmonieuse toute la chaîne d'autograndissement du corps humain. Utilisée correctement, elle a notamment un effet de décompression sur les structures articulaires portantes. Et aucune manipulation ne peut avoir en un seul geste autant d'effet que le squat. C'est un effet systémique : la somme des parties est inférieure au tout.

Tous les effets observés lors de l'acquisition de ces positions (squat, assis en tailleur, etc.) impliquant les membres inférieurs sont une conséquence de l'ingénierie très précise du développement embryologique. Les muscles des membres se développent autour des axes osseux de façon spiralée. Cet enroulement permet alors une alternance intelligente des muscles des groupes ventraux (fléchisseurs) et dorsaux (extenseurs). Ainsi le quadriceps est de la même origine embryologique que les muscles paravertébraux (groupe extenseurs et grandisseurs), mais il est placé devant la cuisse... Les muscles extenseurs du rachis sont quant à eux derrière le dos.

Traitement au sol : une approche terre à terre

En thérapie manuelle, travailler au sol offre de multiples possibilités. L'incidence majeure sur le patient est de lui faire attribuer plus de valeur à la vie au sol.

Le patient augmentera progressivement le nombre d'aller-retour quotidiens entre la position au sol et la posture debout. Que ce soit pour jouer avec ses enfants, prendre le thé à la japonaise, les occasions ne manquent pas. Pour le praticien, l'idée est d'utiliser progressivement le sol comme support de modelage du corps du patient, en lui faisant faire des mouvements et des postures archétypales au sol ou sur un tapis de soin. Travailler au sol modifiera le rapport à l'espace du praticien ainsi que sa gestuelle thérapeutique. Il sera obligé de rapprocher son centre de gravité du patient, travaillera sur ses propres postures (notamment l'ouverture de hanche). Résultat : moins de dépenses d'énergie et un dos qui aura été moins sollicité en fin de journée. Le praticien entretient alors son corps pendant sa pratique thérapeutique.

Autres avantages du travail au sol : les modifications de la qualité du toucher. En effet, cette nouvelle façon d'utiliser son centre de gravité génère un mouvement plus unifié chez le praticien (la ceinture scapulaire travaille moins en tant que générateur de mouvement), ce qui permet d'obtenir plus de détente dans les mains, une palpation plus douce et progressive et une connexion de meilleure qualité avec le patient.

Et l'ostéopathie dans tout ça ?

La philosophie de l'ostéopathie est par nature holistique. Mais dans les faits, même si l'état d'esprit du thérapeute est tourné vers la globalité, les techniques utilisées sont majoritairement réductionnistes en ce sens qu'elles ciblent un tissu particulier.

Techniques facettaires, viscérales, etc. : l'ostéopathie dispose d'un arsenal de techniques très étoffé pour aborder les douleurs diffuses. Par son approche, Phillip Beach alerte simplement sur le fait que la plupart des thérapies manuelles ne disposent pas d'un modèle qui permet d'avoir en quelques minutes une image globale de ce qui va et ne va pas chez un patient par rapport à ses fonctionnalités originelles. Ce modèle permet de ne pas figer la notion de bonne santé dans un système normatif dont on connaît les limites et que justement l'ostéopathie permet de dépasser. Il permet de donner des repères propres à chacun sur des capacités fonctionnelles communes à tous. Il questionne sur le positionnement fonctionnel des traitements ostéopathiques et il s'adresse essentiellement aux patients qui souffrent de douleurs chroniques, diffuses et récidivantes.

Un traitement au pied levé

Pour illustrer d'un point de vue pratique l'intérêt de ce modèle, prenons l'exemple d'un patient souffrant d'une lombalgie. Un ajustement spécifique de la facette gauche du segment L5-S1 pourra être indiqué et bénéfique. Une plainte douloureuse de cette région résulte selon Phillip Beach du dérèglement des champs contractiles qui la traversent. C'est pourquoi ce dernier s'intéressera d'abord à la qualité des récepteurs qui fournissent des informations à la région lombo-pelvienne. Le pied notamment et particulièrement la voûte plantaire (dont l'innervation correspond à L5-S1). Il fait remarquer que laisser huit heures par jour les pieds dans des chaussures, qu'il appelle chambre de privation sensorielle, aura une incidence sur cette région lombaire. La fonction de propulsion des orteils sera alté-

rée au fil des années et des tensions sur la région du fascia plantaire s'installeront.

Récupérer un équilibre biomécanique

La priorité thérapeutique consistera donc, par des techniques actives (postures) et passives (palpation, modelage des tissus mous, ponçage périosté, etc.) à récupérer :

- un équilibre biomécanique dans la dorsiflexion de cheville (témoign d'un équilibre musculaire entre champs musculaires dorsal et ventral),
- une palpation indolore du fascia plantaire dans toutes circonstances,
- une fonctionnalité des orteils (palpation, modelage, ponçage, dé-compression, mobilisation, etc.) .

Nous devrions pouvoir marcher pieds nus et sans douleur sur des terrains accidentés (rocaillieux) ainsi qu'aller au sol sans aucun problème comme le font naturellement les enfants en bas âge.

Ce raisonnement peut s'appliquer sur toutes les autres régions remarquables qui émergent de ce modèle : les mains, toutes les bordures osseuses, le sternum, le sacrum, le complexe sous-occipital, l'aîne et la région de l'aisselle.

D'autres postures de travail

Hormis la lecture corporelle et les principes de restauration fonctionnelle associés qu'il propose, Phillip Beach invite également les ostéopathes à travailler au sol. La surface de contact étant plus large que sur une table, le patient peut y prendre plus de postures de travail. La dureté sert de support d'automassage et le praticien peut utiliser plus de points d'appui (pieds, mains, coudes, genoux, avant-bras, partie externe de jambe et de cuisse, etc.). Si l'homme a su descendre de l'arbre, l'ostéopathe descendra-t-il de sa table ? Une évolution à suivre !

LA BONNE FORME

Tout le monde est concerné par ces douleurs diffuses : de l'enfant au vieillard, du sédentaire au sportif. Pour J. Kingdon (2003), « s'accroupir est une préadaptation qui prépare la position debout. Car cela facilite une position érigée de la colonne vertébrale ». Cette position est utilisée dans des activités primaires comme l'agriculture, la chasse, etc. Elle répond également à un besoin fonctionnel, la défécation. Les postures archétypales correspondent à des acquisitions neuro-motrices incontournables. Avant de marcher, l'enfant

s'allonge, puis s'assoit dans les postures archétypales et réalise un grand nombre de transitions du sol à la position debout. Observer un enfant d'un an s'accroupir donne une idée évidente de la « bonne forme » dans cette posture.

** Beach P (2011) Muscles et Méridiens ; manipulation de la forme (Churchill Livingstone Elsevier) Page 54*

Découvrez les bases théoriques de l'approche de Phillip Beach dans le reportage à suivre page 34 *Quand un modèle prend forme ou la genèse d'une théorie*

Quand un modèle prend forme

ou La genèse d'une théorie

Observer le mouvement a été le point de départ de la démarche de Phillip Beach qui, 30 ans plus tard, le conduira au concept des champs contractiles dont nous vous avons présenté l'application pratique.

Par Mathieu Schlachet, ostéopathe, Jérémie Cogan, étudiant en ostéopathie, et Reza RC

En plaçant la forme du corps humain au cœur de sa réflexion, son observation s'est focalisée sur la « modulation cohérente » de cette forme humaine. Lors du mouvement, mais également pendant les phases de repos. Ce travail lui a permis d'établir le modèle des champs contractiles et de proposer une voie thérapeutique utilisant les postures archétypales (voir l'enquête de ce numéro *Douleurs chroniques et diffuses : une autre lecture du corps humain*). Ces postures représentent un processus actif de restauration du corps notamment lors des phases de va-et-vient entre la verticalité et le repos au sol.

Lorsque nous réalisons un mouvement, voire, dès que nous le concevons, ce ne sont pas uniquement les parties et organes du corps concernés qui bougent. C'est tout le corps qui est mobilisé lors de chaque mouvement. C'est également le cas au repos.

Pour construire son modèle, Phillip Beach a tout naturellement commencé par l'étude approfondie de l'anatomie du corps humain. Mais pas l'anatomie classique. Trop analytique et descriptive, elle ne permet pas de comprendre les relations entre les structures anatomiques. Il préfère l'anatomie dite « fonctionnelle » dont l'approche est aujourd'hui partagée par de plus en plus de scientifiques. Plus proche de la réalité, elle permet d'envisager l'être humain comme un système vivant dans un modèle systémique où le tout est plus que la somme des parties.

La forme et le réglage optimal

Ainsi, ce qui intéresse Phillip Beach, ce sont les propriétés émergentes des interactions entre les différentes parties anatomiques. Nos capacités de mouvements sont alors ces « propriétés émergentes » de notre système. Phillip Beach parle donc plutôt de « forme » humaine pour illustrer cette vision dynamique de l'interaction entre structure et fonction.

La modulation de la forme caractérise le mouvement. Il s'agit d'un changement cohérent de cette dernière et « lorsque l'on est en bonne santé, en bonne « forme », c'est que notre matrice faite de besoins contradictoires (mouvement,

stabilité, circulation, protection, communication, etc.) est en équilibre » précise Phillip Beach. La forme, c'est la vision biodynamique de l'interaction structure-fonction à laquelle se réfère ce dernier pour traiter ses patients. Mais comment intégrer l'analyse de cette forme dans une démarche thérapeutique ?

Pour y parvenir, Phillip Beach introduit le concept de « réglage optimal » qui représente l'interaction harmonieuse de milliers de structures anatomiques distinctes (NDLR : le terme anglais employé par Phillip Beach est « fine tuning », soit littéralement « réglage fin »). Un réglage biomécanique optimal constitue alors la propriété émergente de notre système musculo-squelettique. Selon Phillip Beach, « s'il n'y avait qu'une seule chose à chercher en ostéopathie, ce serait ce réglage optimal. À l'image d'un instrument bien accordé, prêt pour produire une magnifique mélodie, l'accord c'est ce qui donne vie aux systèmes complexes ».

Les blocs de constructions

Pour poser les bases d'un modèle de système décrivant le mouvement à travers les concepts de forme et de réglage optimal, Phillip Beach oriente ses réflexions vers les origines profondes de l'homme. Il croise plusieurs disciplines scientifiques dont notamment :

- la biologie de l'évolution (phylogénèse) : pour comparer les schémas de mouvements interspèce et leur contexte d'apparition,
- l'embryologie : pour comprendre l'organisation de la « forme » humaine et la naissance,
- la biologie du développement (ontogénèse) : pour déterminer les structures qui caractérisent le « plan de construction » des vertébrés et de l'être humain,
- et enfin, le développement de l'enfant : pour analyser la mise en place des acquisitions motrices.

Il extrait des notions fondamentales de chaque discipline et son concept prend forme. En premier lieu, il définit les éléments

essentiels ou « noyaux » de son modèle qu'il nomme « blocs de constructions ». Ce sont des structures tissulaires, des schémas moteurs propres à chaque espèce, des structures fonctionnelles, etc. Il y en a sept en tout (voir encadré page 36). C'est à travers les interactions entre ces blocs que les propriétés émergentes évoquées précédemment peuvent se manifester. Toutes ces propriétés participent à la régulation du corps humain pour l'empêcher de se déstructurer. On pourra citer notamment les propriétés émergentes des entités cœlome/reins/mouvements péristaltiques et pulsatiles qui vont contrôler toute la circulation des fluides corporels et du tube digestif.

Les relations entre les blocs de constructions définissent quant à elles des « champs contractiles » qui constituent un ensemble de sous-systèmes à la base du mouvement humain. L'interaction fluide entre ces champs garantit l'harmonie de nos mouvements complexes.

Éviter le réductionnisme tissulaire

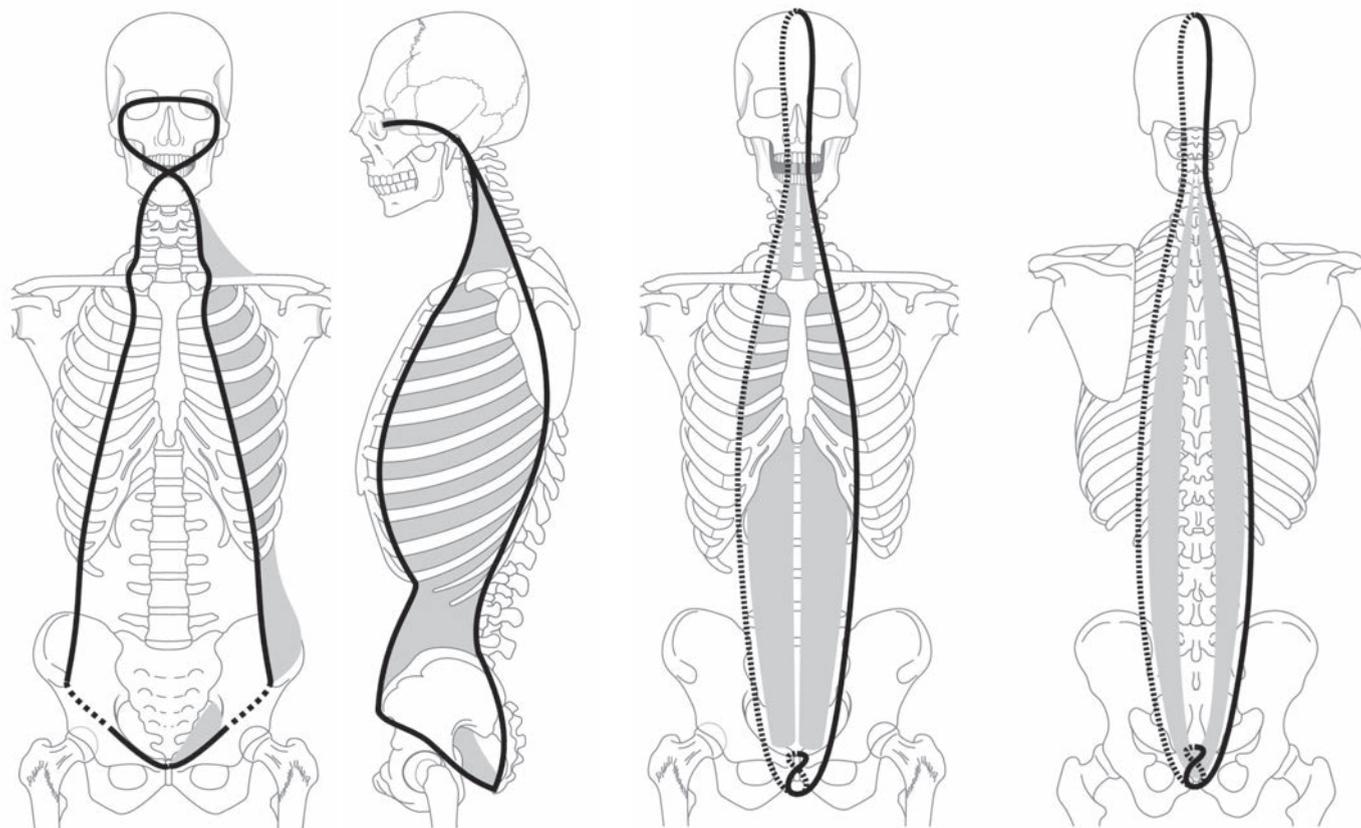
Phillip Beach constate qu'en cas de douleur, il est bien souvent difficile de pouvoir incriminer un tissu anatomique précis. Il prend en compte l'ensemble des tissus sans séparation artificielle pour s'opposer à ce qu'il appelle « le réductionnisme tissulaire » que l'on observe chez de nombreux thérapeutes manuels lorsque la recherche de l'origine d'une douleur passe par l'association d'une structure anatomique particulière.

Ainsi, en dépassant le côté analytique de l'anatomie, les champs contractiles peuvent sans doute mieux aider à soigner les douleurs diffuses qui résulteraient plutôt d'un dérèglement de l'ensemble du système et non pas de la détérioration d'un seul tissu anatomique. Phillip Beach a donc modélisé sept

champs contractiles qui peuvent être regroupés en deux catégories. La première rassemble les champs qui représentent nos capacités musculo-squelettiques et nous permettent d'interagir avec notre environnement :

- Le champ contractile latéral : il parcourt les faces latérales du corps depuis le périnée jusqu'à la région otique. On lui associe l'oreille (audition/équilibre) et la latéro-flexion.
- Le champ contractile dorso-ventral : ce champ parcourt les faces ventrale et dorsale depuis le rostre (apex du crâne) jusqu'au plancher pelvien. On lui associe le nez en tant qu'organe sensitif et la flexion-extension.
- Le champ hélicoïdal : il combine les champs dorso-ventral et latéraux pour encercler le corps humain de ses propriétés contractiles. À mesure que ce champ croise la ligne médiane, une alternance neurologique entre la gauche et la droite s'opère. Il est schématisé comme prenant son origine aux organes génitaux externes pour ensuite remonter le torse et se terminer aux yeux qui est l'organe sensoriel de ce champ.
- Le champ hélicoïdal est particulièrement employé par l'être humain dans son schéma de la marche et pour le mouvement du lancer.
- Le champ des membres : les membres émergent comme de petits bourgeons sur la paroi antérolatérale du corps avec un champ distinct, car le système musculo-squelettique des membres diffère de celui du tronc.

Phillip Beach décrit globalement un compartiment ventral et un compartiment dorsal à partir duquel on peut retracer une origine embryonnaire ventrale pour les os et dorsale pour les muscles. Pour ce dernier, les membres sont une unité cellulaire issue des domaines ventral et dorsal, du viscéral et du somatique.



Champ contractile latéral

Domaine dorsal des champs contractiles dorsal et ventral

Les sept blocs de construction

1 - Le mésoderme

Ce bloc de construction regroupe l'ensemble des tissus qui rendent le mouvement possible (le système musculo-squelettique), du tissu conjonctif, du sang, des reins et des organes génitaux.

2 - Les schémas moteurs des mammifères

Pour se déplacer, les poissons se penchent d'un côté à l'autre. Les dauphins d'avant en arrière. Alors que les humains effectuent une contre rotation entre l'épaule et la hanche opposée pour marcher, courir et lancer. Chacun de ces schémas moteurs favorise un champ contractile.

3 - Les organes des sens

Ils produisent les signaux nécessaires à la réalisation des mouvements élémentaires et primitifs. Phillip Beach parle de « plates-formes sensorielles » : « on ne peut pas se faire appeler un vertébré sans avoir le nez (donc l'olfaction) en avant, la vision de part et d'autre (mais toujours en avant) et l'audition (donc l'équilibre) latéralement ». Chaque champ contractile possède une relation privilégiée avec un organe des sens. En effet, tout champ contractile a besoin d'une forme d'innervation supra-segmentaire.

4 - Le complexe sous-occipital

Par sa grande interaction neurologique avec les organes des sens et par sa spécificité biomécanique, il permet l'indépendance de la tête et des organes des sens par rapport au reste du corps. Phillip Beach précise que « dissocier la tête du tronc et des cervicales basses est essentiel à tous nos schémas moteurs ».

5 - La rotation des membres

Les membres amplifient nos capacités de torsion ce qui permet de produire des mouvements complexes.

6 - Le cœlome et les reins

Ces deux structures sont regroupées dans un champ dit « fluïdique ». Leur activité maintient l'homéostasie des liquides internes. Les besoins et capacités de ces structures déterminent aussi nos possibilités de mouvement. (NDLR Au stade embryonnaire, une cavité fluïdique appelée cœlome se développe entre les deux feuillets du mésoderme latéral. Plus tard, les reliquats de cette structure seront à l'origine de la plèvre, du péricarde et du péritoine.)

7 - Les mouvements pulsatiles et péristaltiques

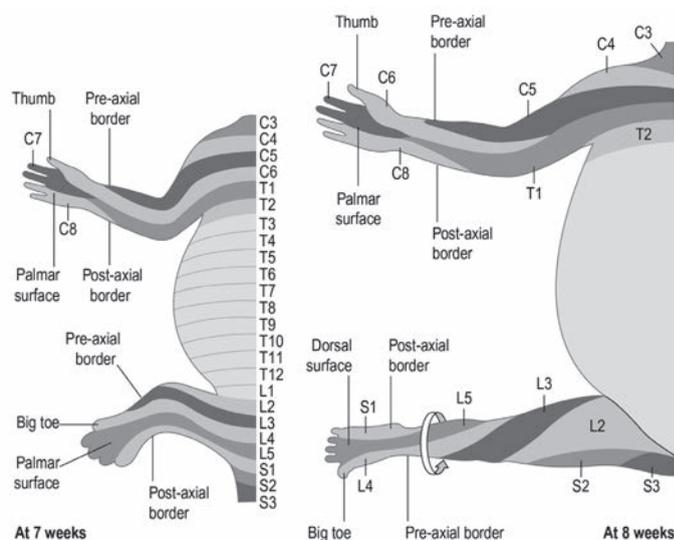
La musculature des systèmes cardio-vasculaire et digestif a pour origine embryologique le mésoderme splanchnique (feuillet interne du mésoderme latéral). Alors que la musculature de la paroi externe du corps provient du mésoderme somatique (feuillet externe du mésoderme latéral). Les muscles striés squelettiques ont une organisation symétrique distincte des muscles lisses viscéraux dont l'organisation est dite asymétrique. C'est deux systèmes n'en sont pas moins indissociables eux aussi de nos capacités motrices.

De plus, la localisation antérolatérale des bourgeons des membres doit être associée avec la dynamique embryonnaire biodynamique hélicoïdale. Comme si les membres se « branchaient » sur le champ hélicoïdal pour assurer l'une de leur fonction primordiale : l'amplification des mouvements du tronc. Les pieds et les mains sont ici les organes des sens intégrés au champ des membres.

Une vision élargie des tissus anatomiques

La seconde catégorie regroupe les champs qui contribuent indirectement au mouvement et qui intègrent nos grands systèmes physiologiques fondamentaux. Il s'agit du :

- **Champ contractile radial** : il permet de conserver la longueur de la colonne vertébrale constante par un effet de compression ou de décompression sur les parois du tronc. Il intègre les lèvres et la marge anale comme étant les deux régions dont la musculature permet de contrôler cette pression. Les capacités de succion et d'inspiration/expiration du diaphragme permettent d'augmenter ou de diminuer le diamètre transversal du tronc (« radial »). Les sportifs simplifient habituellement cette capacité en parlant de gainage. Mais finalement, les muscles externes du tronc n'interviennent qu'en second lieu. Le nouveau-né assure déjà sa survie par cette capacité de succion.
- **Le champ contractile chiral** : il possède des fonctions pulsatiles et péristaltiques et concerne donc les systèmes cardio-respiratoire et digestif. Son organisation est asymétrique par opposition aux champs dorso-ventral, latéraux et hélicoïdaux qui sont symétriques.
- **Le champ fluïdique** : la paroi externe du corps permet les mouvements visibles. Mais les reins et le cœlome également issus du mésoderme maintiennent dans les bonnes conditions physiologiques les fluides interstitiels de notre corps. L'embryologie et la biologie de l'évolution mettent toutes deux en lumière l'importance d'une profonde interaction entre le cœlome et les reins. Dans les premiers stades de développement, les fluides du cœlome parcourent et entourent l'embryon.



Rotation des bourgeons des membres

Le coude et le genou se font face littéralement au jour 50 du développement embryonnaire. Au cours des 10 jours qui suivent, le membre supérieur est amené à tourner à l'extérieur alors que le membre inférieur tourne à l'intérieur de sorte que le coude et le genou se rapprochent l'un de l'autre.

Chaque champ exprime des propriétés distinctes :

- Flexion
- Extension
- Latéroflexion
- Rotation et torsion
- Équilibre fluïdique
- « Gainage » du tronc
- Péristaltisme
- Activité pulsatile

Cette description de l'anatomie en champs contractiles peut faire penser au concept des chaînes musculaires. Elle est cependant très différente pour deux raisons majeures. D'abord, elle propose une vision élargie et « multicouche » des tissus anatomiques pris en compte en incluant les organes des sens et les systèmes physiologiques. Ensuite, elle permet de sortir des approches et techniques réductionnistes, car « il n'y a pas de limites figées entre les champs contractiles » précise Phillip Beach. C'est leur interaction qui intéresse la prise en charge correspondante. Si les champs sont décrits de manière isolée, c'est uniquement pour mieux visualiser le modèle.

Modéliser la forme au repos : les postures archétypales

Cette quête d'un « réglage optimal » du mouvement a donc conduit Phillip Beach à modéliser le mouvement en champs contractiles. Mais il s'est également intéressé aux postures de repos, car il s'agit selon lui « des deux faces d'une même pièce ».

Et pour modéliser la « bonne forme » des postures de repos, il s'est intéressé aux origines des postures intrinsèques à notre espèce à travers l'étude du développement embryonnaire. Le membre inférieur de l'embryon s'organise en rotation interne et en torsion longitudinale. Les différentes postures archétypales permettent l'enroulement ou le déroulement de la musculature des membres inférieurs. Ce qui permet d'équilibrer les tensions entre les compartiments musculaires antérieurs et postérieurs. Si l'on transpose ces conclusions à l'homme adulte, la posture accroupie par exemple correspond à un enroulement complet de la musculature. C'est aussi la position du fœtus à terme : membre inférieur en triple flexion et chevilles en dorsiflexion maximale.

L'autonomie du patient : une autre globalité

À travers son expérience de thérapeute manuel et par la remise en question des modèles classiques, Phillip Beach nous propose une lecture originale du corps humain. Son modèle théorique est complexe, car il veut relier anatomie, organisation fonctionnelle et sensibilité extéroceptive en un même système. L'application pratique qui en découle relève en revanche d'une simplicité déconcertante. Elle propose surtout de redonner au patient le contrôle sur sa santé, sur sa bonne forme dans tous les sens du terme. L'ostéopathie n'est pas diminuée par cette autonomie. Au contraire, elle renforce sa position de thérapie holistique en éclairant ses patients sur leur physiologie... dans cette autre globalité.

Un projet de recherche appliquée en ostéopathie

Peut-on utiliser la posture accroupie pour reproduire des douleurs ou comme test prédictif de la survenue de certaines pathologies ?

Jérémie Cogan, étudiant en ostéopathie, a entamé la traduction française du livre de Phillip Beach : *Muscles et méridiens*. Dans le cadre de son projet de recherche de fin d'année, il s'est intéressé aux critères d'objectivation qualitatifs et de facilitation de la posture accroupie. Un travail qui facilitera l'intégration du travail de Phillip Beach dans la prise en charge ostéopathique. Voici ci-contre les critères retenus. À suivre.

| Critères d'objectivation qualitatifs de la posture accroupie | |
|--|---|
| Mise en place | Pieds quasiment parallèles Écartement de la largeur du bassin |
| Entrée de posture | Sans douleur, sans craquement, sans perte d'équilibre, contrôler la descente |
| Posture idéale | Les talons sont posés au sol Les genoux sont à l'aplomb des deuxièmes orteils L'arche interne du pied ne s'affaisse pas Le tendon du muscle tibial antérieur est relâché Le dos est droit |
| Sortie de posture | Sans douleur, sans craquement, sans perte d'équilibre, contrôler la remontée |
| Défauts de posture observables | Talons surélevés Genoux positionnés trop médialement Arches internes effondrées Dos voûté vers l'avant Tibial antérieur tendus |
| Défauts dans l'entrée et la sortie de posture | Impossibilité, douleur, craquement, perte d'équilibre |
| Critères de facilitation | |
| Mise en place | Écart de jambe supérieur à celui des hanches Pieds légèrement tournés vers le dehors |
| Entrée de posture | S'accroupir doucement Possibilité d'aide extérieur (support solide), mais garder le dos droit les épaules en arrière |
| Posture | Les genoux à l'aplomb des deuxièmes orteils laissez les talons se relever |

Les douleurs diffuses

à travers des citations de Phillip Beach

POUR COMPRENDRE LA DÉMARCHE DE PHILLIP BEACH, IL FAUT LA PLACER DANS UN CONTEXTE :

« Les douleurs de dos sont récurrentes pour beaucoup d'entre nous. Nous avons donc besoin de nouveaux concepts pour aborder leur genèse et leur traitement. Trop souvent, il semble en effet que les conséquences d'un système musculo-squelettique dérégulé sont traitées plutôt que les causes sous-jacentes de son origine ».

Il s'agit de douleurs diffuses et Phillip Beach les définit comme :

- des douleurs aux localisations variées,
- diffuses, sous forme de gênes, peu précises et changeantes,
- auxquelles il est difficile d'y associer un tissu anatomique précis donc difficile à définir,
- souvent chroniques avec des épisodes plus aigus,
- et dont les symptômes peuvent paraître sévères sans cause structurelles apparentes.

ELLES CONCERNENT UN GRAND NOMBRE DE PERSONNES ET SES CONSÉQUENCES SONT IMPORTANTES :

« Les « douleurs musculo-squelettiques diffuses », aussi appelées syndrome de douleur localisée, sont devenues une affection endémique dans notre société. Il est difficile d'en repérer les causes sous-jacentes, car une grande variété de patients semble en souffrir, qu'ils soient hommes ou femmes, jeunes ou plus âgés,

en forme ou pas, raides ou souples, minces ou gros, etc. Cette gêne musculo-squelettique chronique qui se réveille périodiquement par poussée douloureuse affecte de la même manière toutes ces nuances individuelles. Le coût, tant pour l'individu que pour la société, est tout simplement stupéfiant ».

MAIS POURQUOI LES OUTILS DIAGNOSTICS COURAMMENT UTILISÉS NE SONT-ILS PAS SUFFISAMMENT PERTINENTS ? LA RÉPONSE DE PHILLIP BEACH :

« Le modèle de l'anatomie de dissection utilisé pour diagnostiquer et construire notre traitement (...) ainsi que les tests utilisés sont habituellement dirigés vers un tissu que l'on considère comme étant le responsable. Par exemple (...), l'articulation sacro-iliaque pourra être responsable d'une lombalgie (...). Conclure qu'un tissu précis est source à lui seul des symptômes diagnostiqués dans une lombalgie, des maux de tête ou une gonalgie par exemple est très difficile*. Quand la symptomatologie est plus complexe, chronique et diffuse, la quête qui mène à un diagnostic précis se révèle donc souvent infructueuse ».

POUR CONTOURNER CET ÉCUEIL, PHILLIP BEACH CONSTATE QU'UN ENSEMBLE DE DOULEURS SE MANIFESTANT AVEC UN TABLEAU ET UN DIAGNOSTIC PRÉCIS A UNE ORIGINE COMMUNE. CETTE ORIGINE, C'EST LA PERTE D'AISE DANS LES POSTURES QU'IL CONSTATE CHEZ SES PATIENTS. IL L'APPELLE LE DÉRÈGLEMENT QUI À LONG TERME CONDUIT À UN VIEILLISSEMENT ACCÉLÉRÉ :

« D'année en année, être dérégulé « déformera » notre structure musculo-squelettique et conduira à un vieillissement prématuré des jambes et du bas du dos en particulier. Ce n'est pas un hasard si c'est notre culture qui a inventé les prothèses de genou et de hanche ».

SE REPOSER DANS LES POSTURES ARCHÉTYPALES PERMET DE RÉGLER DE MANIÈRE OPTIMALE DES CENTAINES DE MUSCLES ET ARTICULATIONS. COMMENT ?

« Lorsqu'un muscle (...) a été sollicité pendant une course à pied d'une heure (...), un étirement des mollets pendant trente secondes est plutôt insignifiant. Ce qui est important, c'est de s'asseoir sur le sol dans les nombreuses postures archétypales, celles-là mêmes qui rétablissent les relations fondamentales entre les compartiments musculaires à mesure qu'ils se refroidissent et se réorganisent ».



PHILLIP BEACH INSISTE SUR LA POSITION ACCROUPIE COMME POSITION ARCHÉTYPALE ESSENTIELLE. POURQUOI ?

« Être à l'aise en position accroupie « règle », ajuste, la relation interactive entre les muscles des compartiments antérieurs et postérieurs de la jambe (...) Une bonne dorsiflexion de la cheville met en place une relation entre le dorsal et le ventral qui aura un effet élargi à tout notre système musculo-squelettique. (...) La posture accroupie s'apparente à un enroulement complet de la musculature du membre inférieur ». **En définitive, cette posture « autocorrige » nos capacités d'enroulement et nous informe sur l'état du système.**

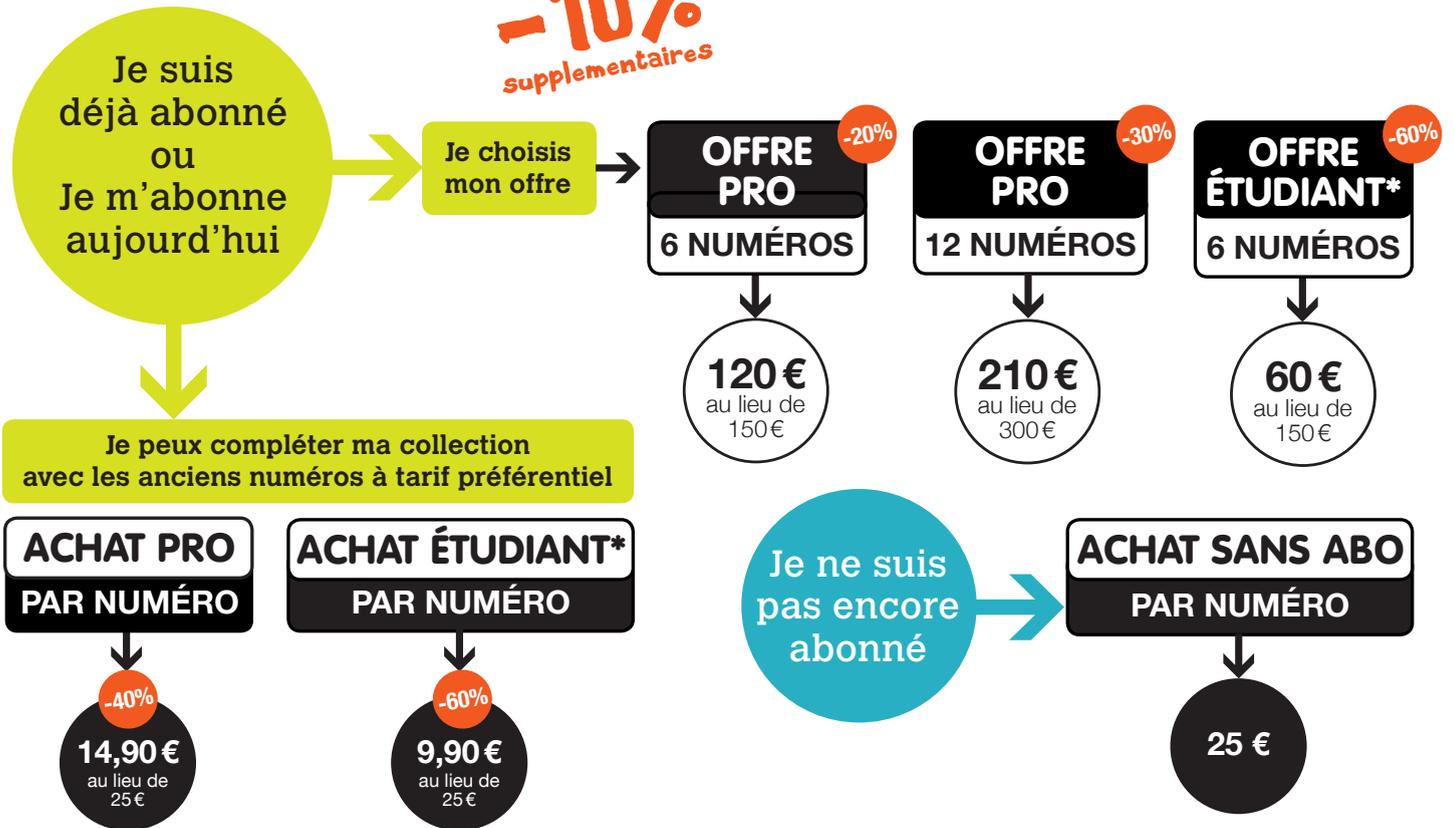
** Jensen et al 1994, Jensen et al 1994 Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. New England journal of Medicine 331(2) : 69-73 : « Des symptômes relativement sévères peuvent apparaître sans cause structurelles apparentes, et vice versa. Un trouble marqué du système musculo-squelettique peut ne pas être accompagné de douleur. »*

L'OSTÉOPATHE

REVUE INDÉPENDANTE

MAGAZINE

re-abonnement
-10%
supplémentaires



Je souhaite recevoir les numéros suivants dans l'offre choisie (Retrouvez les sommaires des anciens numéros sur www.losteopathe.fr)

- | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> n°1 | <input type="checkbox"/> n°4 | <input type="checkbox"/> n°7 | <input type="checkbox"/> n°10 | <input type="checkbox"/> n°13 | <input type="checkbox"/> n°16 | <input type="checkbox"/> n°19 |
| <input type="checkbox"/> n°2 | <input type="checkbox"/> n°5 | <input type="checkbox"/> n°8 | <input type="checkbox"/> n°11 | <input type="checkbox"/> n°14 | <input type="checkbox"/> n°17 | <input type="checkbox"/> n°20 |
| <input type="checkbox"/> n°3 | <input type="checkbox"/> n°6 | <input type="checkbox"/> n°9 | <input type="checkbox"/> n°12 | <input type="checkbox"/> n°15 | <input type="checkbox"/> n°18 | <input type="checkbox"/> n°21 |

BULLETIN D'ABONNEMENT À RETOURNER À RCR ÉDITIONS - 176 RUE SAINT-MAUR - 75011 PARIS

Si mes coordonnées n'ont pas changé, j'indique uniquement mon n° abonné →
(Retrouvez votre n° abonné sur votre précédente facture)

M^{ME} M^{LLE} M. PROFESSION _____

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

VILLE _____ CODE POSTAL _____

PAYS _____ TÉL. _____

E-MAIL _____

- Je règle par chèque bancaire ou postal à l'ordre de RCR éditions
- Je règle par virement bancaire (zone euro uniquement) : BRED - Paris Saint-Fargeau
RIB 10107 00651 00127018074 83 / IBAN FR76 1010 7006 5100 1270 1807 483

Je règle par : CB VISA mastercard AMEX

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| expire fin ____|____|

3 derniers chiffres au verso ____|____|

- Je souhaite recevoir une facture

Date : _____
Signature : _____

Votre abonnement est déductible
de vos frais professionnels

VOTRE COMMANDE

Mon abo s'est terminé, Je me ré-abonne

- RE-ABO PRO 6 N° 108€ TTC
 RE-ABO PRO 12 N° 189€ TTC

- OFFRE PRO 6 N° 120€ TTC
 OFFRE PRO 12 N° 210€ TTC
 OFFRE ÉTUDIANT 6 N° 60€ TTC

* joindre une copie de la carte d'étudiant

ACHAT AU N° (ABONNÉ PRO)
14,90 € TTC / N°

NBRE : ____ SOIT _____ € TTC

ACHAT AU N° (ABONNÉ ÉTUDIANT)
* joindre une copie de la carte d'étudiant
9,90 € TTC / N°

NBRE : ____ SOIT _____ € TTC

ACHAT AU N° (SANS ABO)
25 € TTC / N°

NBRE : ____ SOIT _____ € TTC

TOTAL _____ € TTC

Tout abonnement débute par le dernier numéro paru à la date de souscription.

Garder l'ostéopathie en tête



Un séjour prévu à Chicago ? Un détour de 400 miles s'impose alors pour un pèlerinage sur le site du berceau de l'ostéopathie à Kirksville, aux États-Unis. Là-bas se trouvent le Musée de médecine ostéopathique et le Centre international d'histoire de l'ostéopathie. Son directeur, Jason Ross Haxton, nous ouvre les portes de ce bâtiment regroupant l'héritage ostéopathique mondial.

Par Chloé Hiriart, ostéopathe

L'ATSU aujourd'hui

Chaque année, à travers les États-Unis, l'ATSU rassemble plus de 3 100 étudiants, de 35 nationalités différentes. Ils partagent et développent à travers le monde la philosophie d'A.T. Still : traiter la cause de la maladie et non juste les symptômes. De nos jours, l'Andrew Taylor Still University inclut :

- The Kirksville College of Osteopathic Medicine (ATSU-KCOM) - 1892,
- The Arizona School of Health Sciences (ATSU-ASHS) - 1995,
- The School of Health Management (ATSU-SHM) - 1999,
- The Arizona School of Dentistry & Oral Health (ATSU-ASDOH) - 2003,
- The School of Osteopathic Medicine in Arizona (ATSU-SOMA) - 2006,
- The Missouri School of Dentistry & Oral Health (ATSU-MOSDOH) - 2013.

Si vous avez l'opportunité de visiter ce musée, vous serez immédiatement conquis par la richesse des collections uniques au monde qui y sont exposées. Lors de la visite, prenez le temps de vous assoir dans l'Andrew Taylor Still Memorial Library. Cette bibliothèque donne accès à des centaines de documents, livres et photographies. Les non anglophones auront l'opportunité de lire un des numéros de *L'ostéopathe magazine*, qui a intégré la collection depuis juin 2013.

Le Musée de médecine ostéopathique regroupe quant à lui l'héritage du fondateur de l'ostéopathie, Andrew Taylor Still. Son objectif est de promouvoir et de mettre en valeur l'histoire internationale de l'ostéopathie de 1880 à nos jours.

Sur les traces d'A. T. Still, le « ramancheur de la foudre »

La vie de celui qui est devenu peu à peu l'« Old Doctor » y est détaillée. De son service au sein de l'armée du Kansas pendant la guerre civile aux décès de quatre de ses enfants qui l'ont conduit à chercher des réponses au-delà de la médecine tradi-

tionnelle, en passant par la création de notre superbe métier et de sa première école, toute la vie et l'œuvre d'Andrew Taylor Still est retracée dans ce musée. Grâce aux documents et photos d'époques, le musée nous fait voyager à travers plusieurs états américains, et nous plonge dans cette page de l'histoire qui a permis au docteur Still de redécouvrir et de promouvoir un nouveau type de médecine préventive, manuelle et non médicamenteuse qu'il nomma l'ostéopathie.

C'est à Kirksville, en mars 1875, qu'il ouvrit son premier cabinet d'ostéopathie. Il y pratiquait alors sous les titres de guérisseur magnétique et de « lightning bonesetter ». Comprendre « rebouteux de la foudre », et en québécois... « ramancheur de la foudre ». Il ne se fera « osteopath » qu'en 1885.

Un développement rapide

Fort de sa réputation, le docteur Still forma d'abord plusieurs de ses enfants ainsi que quelques assistants. La demande étant croissante, il fonda en 1882 la première école d'ostéopathie : l'American School of Osteopathy (ASO). Son développement est très rapide : en janvier 1895, le bâtiment de l'infirmerie, lieu de pratique, est ouvert. La même année, plus de 30 000 traitements sont dispensés soit environ 80 par jours ! En 1897, la superficie du bâtiment principal triple avec l'ajout de deux ailes supplémentaires. En ce lieu, ont étudié tour à tour de grands noms de l'ostéopathie. Entre autres, William G. Sutherland, Rolling E. Becker, Harrison H. Fryette ou encore John M. Littlejohn. Ce dernier apporta l'ostéopathie en Angleterre.

Une maquette du bâtiment d'origine de l'ASO, composé de deux pièces, est visible dans l'atrium du musée. L'école est aujourd'hui connue sous le nom Andrew Taylor Still University / Kirksville College of Osteopathic Medicine (ATSU-KCOM). Plus surprenant, la cabane en rondin où naquit A.T. Still en 1828 a été transférée de sa Virginie natale en 1929 jusqu'à Kirksville.

Une collection unique

C'est Blanche Laughin, fille d'A.T. Still, qui eut l'idée en 1934 de fonder un musée de l'ostéopathie en exposant dans le bâtiment administratif de l'ATSU une quarantaine d'objets légués par ses frères et sœurs. Les étudiants de l'ATSU ainsi que des bénévoles ont par la suite réalisé un immense travail de collecte et d'archivage pour enrichir les collections du musée. Mais c'est en 1978 que des financements ont été débloqués pour développer le musée dans des locaux plus grands. De 1980 à 2000, la croissance du musée fut plus faible, mais constante. Depuis 2001, Jason Ross Haxton, directeur du musée, et son équipe collectent, conservent et rendent visibles les documents et pièces uniques du musée afin de transmettre au grand public l'histoire et la philosophie des principes ostéopathiques. Des objets provenant d'autres musées ou de collections particulières d'ostéopathes comme Harold I. Magoun, Georges M. Laughlin ou de Jason R. Haxton reflètent également cette histoire.

Dans la galerie principale du musée, vous pourrez également observer quelques-uns des 50 000 objets, livres, documents et photographies. Par exemple, le travail de William G. Sutherland sur l'ostéopathie crânienne, ou encore, l'exposition *Despite the*

Ils ont pensé à tout !

Vos enfants ne seront pas mis de côté lors de votre visite. Au sein même du musée se trouve la « Mini Medical School ». On leur enseignera, sous forme de six petites activités ludiques, quelques bases anatomiques ainsi que des principes sur l'hygiène ou la nutrition. Les kids ressortiront diplômés du musée !

Body of Evidence (NDLR : malgré la preuve du corps) retraçant l'histoire de l'étude anatomique de l'ancienne médecine grecque à nos jours. De plus, les collections du Centre International d'Histoire de l'Ostéopathie comprennent de nombreux titres des collections spéciales de la bibliothèque de l'ATSU-KCOM. Le musée possède aussi une des quatre dissections intégrales existant au monde du système nerveux humain. Un véritable chef-d'œuvre qui, à lui seul, vaut le détour.

Depuis 2013, un jardin met en vedette les plantes médicinales utilisées par le Dr Still, on y trouve aussi des sculptures originales en bronze et même un étang de pêche. Ce jardin est vite devenu le lieu de prédilection des étudiants, visiteurs du musée, et de la communauté ostéopathique internationale qui viennent se détendre dans cet environnement calme et paisible.

La contribution de l'Académie française d'ostéopathie

L'Académie française d'ostéopathie (AO) a fourni les premiers fonds privés pour le traitement, l'analyse et la numérisation des collections. La subvention de l'AO, associée au fonds de conservation du Musée, a permis de numériser toutes les éditions de la revue *The Journal of Osteopathy* publiées par l'American School of Osteopathy entre 1894 et 1900. Ce journal représente une mine d'informations concernant les principes et la pratique ostéopathique au fil des années.

Dans ce lieu unique, nous naviguons entre passé et présent. Le musée établit un lien entre un héritage ostéopathique et une époque moderne qui remet en question les théories et dogmes du passé par des études scientifiques et randomisées. Le Musée de médecine ostéopathique reçoit en moyenne 6 000 visiteurs par an. Dans les années à venir, il ne tient qu'à vous de faire augmenter ce chiffre, et de partager votre expérience personnelle avec Jason Haxton et les autres ostéopathes présents sur le site.

« The Legacy Project »

Ce projet réunit une équipe qui effectue une veille permanente pour identifier des membres influents de la communauté ostéopathique, qu'ils soient ostéopathes ou chercheurs, dont la carrière a fait évoluer la profession ostéopathique. L'objectif est de minimiser les pertes potentielles de données relatives à l'ostéopathie et de contribuer à leur diffusion vers les futurs praticiens dans le monde entier. Ce projet a permis de préserver des ouvrages appartenant à Irvin Korr, William Johnston, Harold Magoun Jr., ou encore Viola Frymann.

Plus d'informations sur www.atsu.edu/museum/legacy_project/

Cinq questions

à Jason R. Haxton,
directeur du musée

Bonjour Jason. Tout d'abord, comment devient-on conservateur du musée de l'ostéopathie ?

Je suis arrivé à Kirksville en 1981 afin d'y poursuivre mes études en administration universitaire. Après avoir administré le collège pendant vingt ans, j'ai postulé pour devenir le directeur du musée. Ma candidature était basée sur mes connaissances de l'histoire de l'art, ma formation initiale et mon expérience dans l'administration. De plus, durant toutes ces années, j'ai été bénévole actif du musée d'ostéopathie et j'ai fait don de plusieurs objets.

Quelles sont les missions du musée ?

Le Musée de la Médecine Ostéopathique est une institution mondiale unique pour les ostéopathes. C'est le seul musée reconnu par l'American Osteopathic Association. Il préserve le matériel historique et propose une programmation culturelle sur l'histoire de la médecine ostéopathique. Notre mission peut se résumer ainsi : préserver et promouvoir l'histoire et les principes ostéopathiques et servir la recherche. Nous nous adressons aussi à un public mondial.

Quel est aujourd'hui le travail accompli ?

Grâce au soutien financier de l'ATSU, les dons du public et d'importantes subventions du gouvernement, un tiers de la collection a été numérisé en 12 ans. Elle est disponible en ligne sur le site du musée. Au cours des six dernières années,



nous avons recueilli un demi-million de dollars permettant de mettre en ligne les écrits personnels inédits du fondateur de l'ostéopathie, 20 000 objets de la collection qui en compte 65 000 et d'employer du personnel afin de conserver et de traiter la collection. Notre objectif est également de publier un minimum de quatre livres ostéopathiques par an. Ainsi, en 2012, j'ai copublié le livre *L'avantage de la Médecine Ostéopathique*.

Pouvez-vous nous parler de cette programmation culturelle ?

Afin de promouvoir les principes de la médecine ostéopathique, j'effectue chaque année plusieurs voyages à l'étranger (Russie, Allemagne, Japon, Nouvelle-Zélande, Australie, Canada, Portugal, Espagne, Italie, Écosse, Suède, Brésil et Royaume-Uni). Je présente des expositions et j'anime des conférences pour apporter l'information historique nécessaire aux recherches de certains ostéopathes.

Par ailleurs, la structure du musée permet à de nombreux étudiants d'utiliser les concepts et les premiers écrits du docteur Still comme base pour leurs recherches.

Enfin, le musée traduit en d'autres langues les livres et les écrits d'A.T. Still et d'autres figures de l'ostéopathie.

Qui visite le musée ?

Le musée est visité par un très large public. Mais son site internet l'est également. J'accueille également à Kirksville des professeurs des écoles internationales d'ostéopathie et j'aide les ostéopathes qui le souhaitent à faire une thèse de deux ans de recherche clinique.

Le musée

en quelques chiffres entre 2012 et 2013

Visiteurs pour le musée : 5 829

Demandes d'informations : 788

Visiteurs pour les expositions et lectures à travers le monde : 1 976

Portée totale : 8 593 personnes

Visiteurs sur le site internet du musée : 13 527

ACTUALITÉS rencontres

Printemps-été 2014

L'ostéopathe magazine sera présent pour couvrir les rencontres des conférences et congrès annoncés dans notre agenda. Notamment le symposium d'ostéopathie de Montréal et le 1^{er} colloque du ROF (Registre des ostéopathes de France) dont le thème sera Ostéopathie, médecine du XXI^e siècle. Nous vous proposerons des comptes-rendus complets pour chacun de ces événements.

MÉTIER enquête

Accompagner la grossesse et préparer à la naissance

Dans ce dossier, nous aborderons toutes les possibilités de prise en charge ostéopathique de la femme enceinte à travers les témoignages d'ostéopathes et de spécialistes.

Nous verrons également comment intégrer une approche interdisciplinaire dans cette prise en charge. Les témoignages d'ostéopathes, de sages-femmes et de gynécologues exerçant conjointement vous permettront de partager leur expérience. Retrouvez également une technique d'évaluation de la femme enceinte originale ainsi que tous les éléments de diagnostic différentiel pour prendre une prise en charge en première intention en toute sécurité.

Un dossier qui complètera nos deux précédents numéros sur la plagiocéphalie. À ne manquer sous aucun prétexte !

MÉTIER reportage

Psychosomatique intégrative : établir des liens entre psychanalyse, médecine, neurosciences ... et ostéopathie ?

La psychosomatique s'applique également aux bébés et cette idée rassemble des chercheurs et cliniciens de compétences différentes : psychanalyse, neurosciences, haptonomie, etc. Le professeur Jean-Benjamin Stora, responsable du DU de Psychosomatique intégrative à Paris a su réunir ces compétences et les conclusions de leurs travaux doivent intéresser tous les thérapeutes qui prennent en charge des nourrissons.

CARNET livres

Nouveautés et ouvrages incontournables, retrouvez la sélection de L'ostéopathe magazine et de Vladimir Sekelj dans cette nouvelle rubrique. Chaque ouvrage sera commenté et analysé. Et pour vous accompagner dans votre choix, un résumé vous sera proposé ainsi qu'une fiche technique avec des critères pertinents : théorique ou pratique, public concerné, qualité de l'iconographie, etc.

RECHERCHE revue de presse

Retrouvez la revue de presse scientifique des principales revues internationales d'ostéopathie et de médecine manuelle. International Journal of Osteopathic Medicine (IJOM), The Spine Journal, Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics (JMPT), Clinical Biomechanics, Manual Therapy, Journal of Pain, Complementary Therapies in Clinical Practice, Journal of Bodywork & Movement Therapies, etc. Une revue de presse complète indispensable pour vous tenir à jour des dernières découvertes scientifiques vous concernant.

FICHE CLINIQUE repères

Simple et applicables immédiatement, les fiches cliniques de L'ostéopathe magazine font le lien avec nos enquêtes pour vous apporter des réponses pratiques à la prise en charge de vos patients au quotidien.

*Et bien évidemment,
retrouvez toute l'actualité
de votre profession à travers nos brèves,
l'agenda des formations
et des événements à ne pas manquer.
Sans oublier nos jeux Spécial ostéos
et le courrier des lecteurs.*

*N'attendez plus
Complétez votre collection,
et commandez les anciens numéros
de L'ostéopathe magazine
sur www.losteopathe.fr*

DANS LE PROCHAIN NUMÉRO

DES IDÉES LUMINEUSES
POUR VOS PROJETS
PROFESSIONNELS ?

SI LES SYMPTÔMES PERSISTENT,
PARLEZ-EN À VOTRE
CONSEILLER CMV MÉDIFORCE



Découvrez nos solutions de financement :

- > Immobilier/Travaux
- > Développement d'activité
- > Véhicule professionnel
- > Trésorerie
- > Matériel médical

En vous connectant sur www.cmvmediforce.fr

ou grâce à nos conseillers à votre écoute au **N° Vert 0 800 13 12 84**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Financements sous réserve d'acceptation par CMV Médiforce

CMV Médiforce - SA au capital de 7 568 320 € - 123 rue Jules Guesde - TSA 51 111
92083 Levallois-Perret Cedex - Siège Social - 1 bd Haussmann - 75009 Paris
RCS Paris 306 591 116 - SIRET 306 591 116 00034 - ORIAS 07 02 88 60 - APE 6491 Z
Document non contractuel

