ECOLE **N**ATIONALE **V**ETERINAIRE DE **N**ANTES

FORMATION A L'OSTEOPATHIE VETERINAIRE
Session 2003-2005

DE LA DIFFICULTE D'APPREHENDER UN ANIMAL DANS SA GLOBALITE … OU L'INSOUTENABLE IMMENSITE DE L'OSTEOPATHIE

Françoise MARZIN-KELLER
Docteur Vétérinaire

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathie vétérinaire
Juin 2006

Merci à nos professeurs et intervenants qui ont eu la persévérance et le courage de créer cette formation contre vents et marées… de la rendre passionnante, très diversifiée et espérons le pérenne…

Merci à mes associés et amis de la clinique vétérinaire pour leur soutien indéfectible au cours de ces années d'apprentissage et de découverte de l'ostéopathie

Merci aux 'patients' chevaux, chats et chiens pour la richesse de leur présence et leur…patience !

Un grand merci enfin à ma famille, qui a supporté sans 'broncher' mes absences répétées 'en vacances d'ostéopathie!' et mes soirées studieuses…

DE LA DIFFICULTE D'APPREHENDER UN ANIMAL DANS SA GLOBALITE …
OU L'INSOUTENABLE IMMENSITE DE L'OSTEOPATHIE

INTRODUCTION

I. QUELLES GLOBALITES ?

I.1 GLOBALITES INTRINSEQUES

I.1.1. De la cellule à l'universalité cellulaire et au tissu
I.1.2. Du tissu au corps

I.2. GLOBALITES SPACIALES ET TEMPORELLES

I.2.1. L'animal et son environnement
I.2.2. L'animal et son histoire

II. QUELLES AUTRES DIFFICULTES?

II.1. DICHOTOMIE, ABSTRACTION ET REALITE

II.1.1. Des points de vues différents
II.1.2. La somme des organes est-elle égale à un individu ?

II.2. SOMME DES DYSFONCTIONS SOMATIQUES ET SCHEMA GLOBAL

II.3. PAS DE VISION HOLISTIQUE SANS DIALOGUE

II.3.1. Le dialogue tissulaire
II.3.2. La communication animal/ostéopathe

III. GLOBALITE ET DIFFERENTS NIVEAUX DE DIAGNOTIC ET TRAITEMENT OSTEOPATHIQUES

III.1. HOLISME A CHAQUE NIVEAU DE TEST

III.2. COHERENCE DES DIFFERENTS TESTS OSTEOPATHIQUES OU LE SCHEMA GLOBAL DE FONCTIONNEMENT DE L'ANIMAL

III.3. UN TRAITEMENT, DES TRAITEMENTS ? OU COMMENT L'OSTEOPATHE PROPOSE UNE VOIE DE GUERISON ET LE CORPS DISPOSE…

III.3.1. Quels traitements ?
III.3.2. Les conditions du traitement ostéopathique

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

DE LA DIFFICULTE D'APPREHENDER UN ANIMAL DANS SA GLOBALITE … OU L'INSOUTENABLE IMMENSITE DE L'OSTEOPATHIE

INTRODUCTION

Le titre est un clin d'œil à Milan Kundera (22) et à son 'insoutenable légèreté de l'être'… à la dualité du corps et de l'âme et à sa riche et immense complexité. L'immensité évoquée ici pose l'une des plus grosses difficultés lorsque nous découvrons l'ostéopathie et que nous souhaitons l'utiliser au quotidien dans notre pratique vétérinaire :

Où commencer mais surtout où finir dans la découverte et la compréhension du corps de l'animal qui nous est confié ? Comment s'y prendre sans perdre le fil conducteur parfois si léger et fuyant de son fonctionnement et surtout sans s'y perdre soi même ? Car l'ostéopathie est une médecine holistique, qui doit donc par sa définition même prendre en compte l'individu ou l'animal dans sa globalité. C'est aussi une science très précise pour son fondateur Andrew Taylor Still (37) en même temps qu'une philosophie. Nous découvrons avec elle un univers infini de possibilités d'exploration d'un individu où s'entremêlent les dualités scientifiques médicales et une approche plus philosophique et universelle de la médecine et de la santé.

Qu'entendons nous par médecine holistique[1] et en quoi l'ostéopathie est-elle une médecine holistique ? Prenons un exemple concret : nous voyons en consultation d'ostéopathie les quarante cinq individus d'un troupeau de Mérens. Ils présentent pratiquement tous une dysfonction de la troisième vertèbre lombaire dont la mobilité est réduite, elle est comme attirée vers l'intérieur de l'animal, en rotation plane. Cette vertèbre n'est nullement déplacée mais restreinte dans ses mouvements physiologiques : en dysfonction ostéopathique[2]. C'est en explorant le corps et l'environnement de ces animaux que les causes à l'origine de cette dysfonction seront découvertes.

L'exploration globale du corps tout d'abord révèle un fort lien fonctionnel, anatomique, physiologique et énergétique, entre cette troisième vertèbre lombaire en dysfonction et des troubles du gros intestin. Ces troubles se présentent sous forme de défaut de mobilité ou d'une mobilité anormale de type wiplash (4), des diarrhées, des crottins malodorants, un abdomen ballonné etc.

L'exploration du lieu de vie : le sol y est très pentu car montagneux, peut expliquer les phénomènes de wiplashs verticaux, dysfonctions entre la colonne vertébrale et le contenu intestinal, fréquemment rencontrés chez ces chevaux. Chez l'homme, ce wiplash ou coup de

---

[1] **Holistique** : adj. (gr. Holos, « tout entier, complet ») Caractérise l'holisme. Global. **Holisme** : n. m. 1) Doctrine épistémologique selon laquelle face à l'expérience, chaque énoncé scientifique est tributaire du domaine tout entier dans lequel il apparaît. Doctrine ou concept s'intéressant à la globalité des choses. 2) Théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différents composants isolés les uns des autres. (38)

[2] **Dysfonction ostéopathique** : 1) fonctionnement, mobilité défectueux des composants reliés au système somatique (structures osseuses, arthrodiales, myo-fasciales et éléments vasculaires, lymphatiques et nerveux en rapport) 2) distorsion aponévrotico-fasciale due à un changement de gravité au cours d'un mouvement, à l'accélération d'une pièce d'une articulation par rapport à une autre, en considérant que toute contiguïté tissulaire se définie comme une articulation (foie/diaphragme, rein/psoas, utérus/vessie etc.)

fouet, dû à un choc physique ou émotionnel violent est en général sur le plan du mouvement respiratoire primaire un asynchronisme entre le crâne et le sacrum, la nature de la dysfonction étant liquidienne. Ces wiplashs chez les chevaux apparaissent au cours de chutes, d'arrêts brusques, ou de roulades. Ils entraînent des perturbations proprioceptives et des troubles aussi divers que de la raideur, de l'apathie ou des perturbations du transit digestif suite à l'étirement par la masse intestinale et son contenu liquidien, des ligaments les reliant à la voûte lombaire. En effet, cette 'masse liquidienne' poursuit son mouvement après l'arrêt brusque du cheval (4).

Les conditions d'élevage et la saison sont intéressantes à analyser et expliquent également les troubles rencontrés : la nourriture d'hiver est essentiellement à base de foin et de plantes de montagne relativement pauvres en cette saison. Il y a très peu de pâturage car celui-ci doit être préservé pour la repousse printanière.

Les éleveurs, par choix d'élevage biologique, ne vermifugent qu'une fois par an, ce qui peut sembler insuffisant sur un espace volontairement réduit en hiver par ce même souci de préservation des pâturages de printemps. Ceci entraîne un déséquilibre entre le milieu de vie et l'animal, ce dernier subissant une très forte pression parasitaire qui participe ainsi au dysfonctionnement intestinal et aux modifications observées sur la troisième vertèbre lombaire.

Dès lors plusieurs questions nous sont posées : quelles globalités intégrer pour appréhender 'ostéopathiquement' l'animal présenté en consultation ? Nous voyons sur ce premier exemple que la prise en compte seule du cheval est loin d'être suffisante dans une approche globale. Quelles difficultés s'opposent à nous en tant que vétérinaires issus de formation dite classique ? Quelles nouvelles complexités rencontrons nous dans l'approche ostéopathique ?

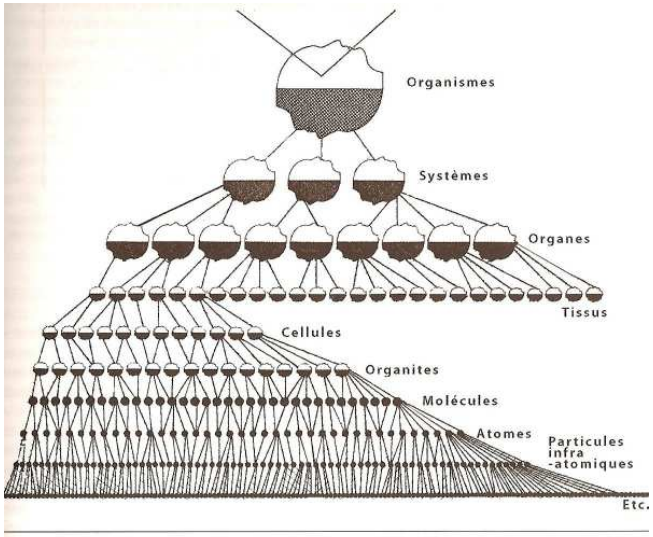
I <u>QUELLES GLOBALITES ?</u>

Si l'on souhaite rester cohérent par rapport à la définition même de l'ostéopathie et son concept holistique, il faut donc appréhender l'animal dans sa globalité et c'est là que toute la complexité apparaît.

De quelle globalité ou plutôt de quelles globalités parlons-nous ? Qu'allons nous appréhender et englober dans nos mains en les posant sur l'animal qui nous est présenté dans un but bien précis de diagnostic et de traitement ostéopathiques ?

En effet comme le précise Pierre Tricot (38) : '*…nous devrons nous préoccuper d'envisager l'organisme vivant comme une globalité évoluant au sein d'autres globalités en interactions mutuelles permanentes. Et cela n'est pas si facile…*'

Plusieurs modèles rendent compte de cette complexité dans la vision globale d'un individu. Arthur Koestler (20) notamment représente les interactions des diverses globalités entre elles en créant un système appelé holarchie où les éléments le constituant sont nommés des holons (du grec *holos* le tout).



ıre 1. La hiérarchie des holons, selon Arthur Koestler (Hampden Turner, 1990, 164-165).

Un holon est un tout pour les parties situées en dessous de lui et en même temps une partie d'un holon situé au-dessus de lui. Il est comme Janus, un ancien dieu romain du Panthéon, gardien des portes, regardant des deux côtés : vers 'les parties' et vers 'les tous', vers le passé et vers l'avenir.

Ce système nous montre bien la multiplicité des interactions de chaque partie avec les autres et la difficulté d'en appréhender une dans sa globalité.

I.1. GLOBALITES INTRINSEQUES

Les globalités intrinsèques peuvent être de nature phylogénétiques, embryologiques, anatomiques, histologiques ou fonctionnelles…Si l'on se réfère au modèle de l'holarchie et que l'animal est le holon, alors toutes ses globalités intrinsèques sont situées en dessous de lui allant des systèmes de son organisme, aux organes, aux tissus, aux cellules et jusqu'au-delà des particules infra-atomiques le constituant. Nous sommes dans le monde du 'je' ou monde du dedans, dans le monde 'des parties'. Et nous pouvons étendre cette définition à chaque 'je' de l'organisme par rapport à ses holons 'inférieurs'.

I-1-1 De la cellule à l'universalité cellulaire et au tissu

La cellule prise en compte individuellement apparaît comme une unité déjà très complexe et relativement autonome avec ses systèmes de production et de transformation d'énergie, de synthèses et d'élimination de déchets, mais aussi de transfert d'information. Certaines de ses fonctions se réalisent à travers la paroi cellulaire, zone de continuité et de contiguïté, lieu de passage et barrière protectrice garante de l'unité cellulaire.

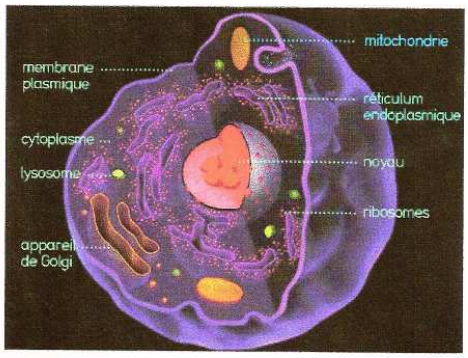
§ **La membrane cellulaire** est un lieu de vie et d'échanges. Elle est la limite du 'je' intérieur de la cellule par rapport au milieu extra cellulaire, comme la peau et les épithéliums qui sont les frontières et les lieux d'échanges du 'je' intérieur du corps par rapport au monde extra corporel. Cette cellule communique et réalise de nombreux transferts d'information et de matière avec son milieu de vie, le milieu extracellulaire. La membrane plasmique participe ainsi au maintien global de l'homéostasie indispensable à la survie cellulaire donc à la survie de l'individu.

Ces échanges sont à la base du mouvement cellulaire global d'inspir (entrée d'organites dans la cellule) et d'expir (sortie de la cellule) applicable à tout l'organisme et perceptible par des mains entraînées, le mouvement respiratoire primaire (MRP) (13). Il y a une continuité, une globalité dans le mouvement, un cycle de mouvement au sein de la cellule : la cellule transforme la communication et l'échange, en mouvement. Chaque cellule 'immobile' qui échange avec l'extérieur, subit un cycle d'expansion/rétraction, une communication entre les milieux intra et extra cellulaire et produit un mouvement.

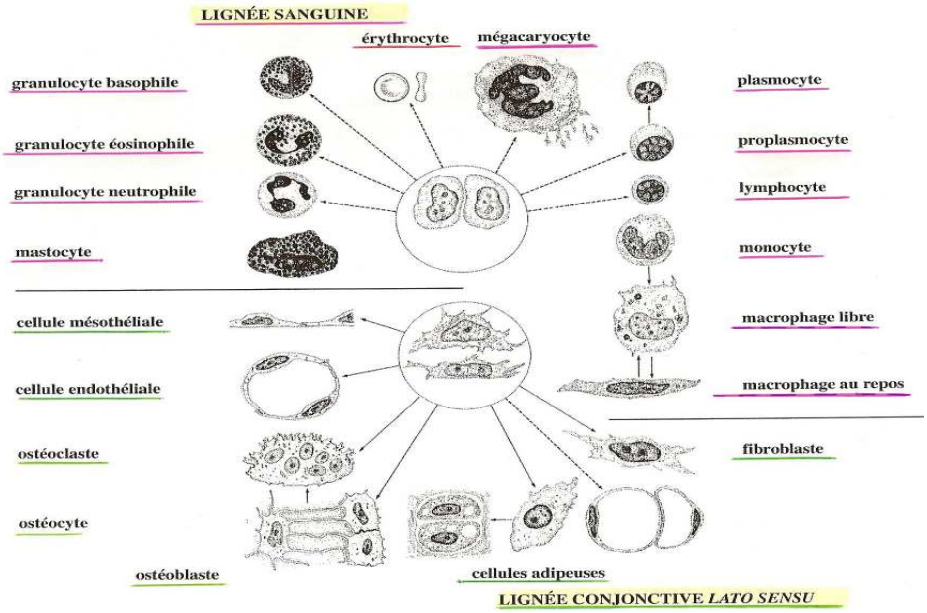
Ces échanges permettent de passer d'un holon cellulaire immobile à un organisme pulsatile sur une fréquence bien précise (environ 7 par minute pour le MRP) et stable chez un individu en bonne santé. Ce phénomène cellulaire est comparable à celui rencontré chez les lucioles qui scintillent en rythme la nuit, (32) sur la même fréquence de pulsation, comme contrôlées par le même oscillateur neuronal.

§ Nous observons une **universalité cellulaire**, indépendante de toutes les spécialisations subies par les lignées cellulaires lors des différenciations organiques. Ainsi pour Duval (15): *'Toutes les cellules ont deux choses en commun : 1/ une philosophie, 2/ un but. En tant que philosophie, elles sont universelles : elles obéissent aux même lois ; en tant que but, elles ont simplement une action spécifique (cellules du foie, du système nerveux, etc.). Et nous, en tant qu'ostéopathes, nous acceptons leur action spécifique, mais nous travaillons avec leur universalité.'*

Le terme de philosophie peut surprendre rattaché à une cellule !…Sauf si nous considérons que la cellule par le simple fait d'exister est un 'je' entraînant un 'non je' extérieur et donc une dualité, une individuation et par-là même une conscience : celle d'être, d'exister tout simplement. Attention, cette conscience de la cellule en tant que holon est très différente de la conscience d'être conscient qui ne semble être rencontrée que chez l'homme…



LA CELLULE ANIMALE



§ L'unité cellulaire se retrouve aussi chez toute cellule animale dans **ses éléments intra-cytoplasmiques** : ribosomes, mitochondries, réticulum endoplasmique, lysosome, appareil de golgi, noyau, réticulum endoplasmique etc. comme pour sa paroi ou membrane plasmique. L'unité et la continuité cellulaire n'empêchent cependant pas la variété et le

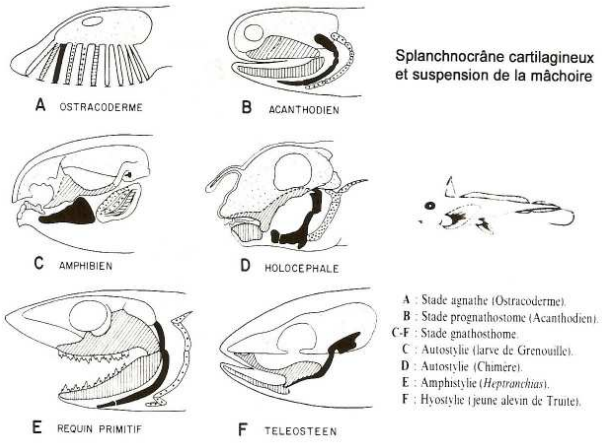
développement d'une multitude de lignées cellulaires différentes, base de l'apparition des pluricellulaires les plus simples jusqu'aux mammifères supérieurs : par exemple ci-dessus les diverses spécialisations cellulaires des lignées sanguine et conjonctive au sens large issues du développement des cellules mésodermiques du troisième feuillet embryologique (14).

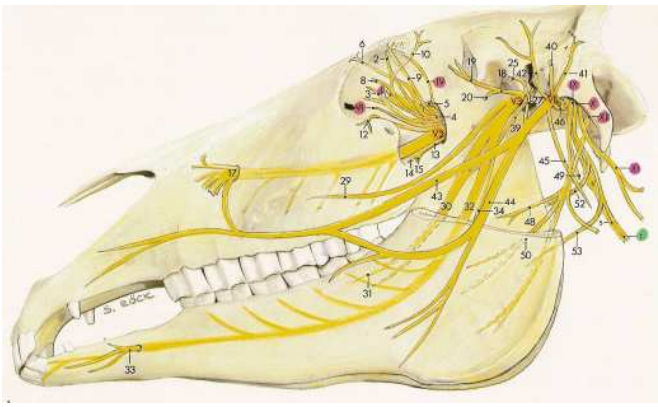
Toute cette évolution se réalise embryologiquement comme elle s'opère phylogénétiquement. Nous devons donc garder à l'esprit que le vertébré qui est sous nos mains a malgré sa complexité apparente une unité en lui, un même fil conducteur issu d'un même processus évolutif qui s'est déroulé de l'unicellulaire au pluricellulaire ultra spécialisé. Nous pouvons retrouver l'histoire phylogénétique des organes et remonter ainsi à leurs dispositions chez les êtres moins différenciés. Ceci peut nous aider dans notre compréhension de certaines adaptations morphologiques constatées sur nos vertébrés supérieurs, ou de liens phylogénétiques entre des organes visiblement éloignés tant anatomiquement que dans leurs fonctionnalités.

§ Si nous prenons l'exemple de la **phylogenèse** du système nerveux autonome (SNA) et de ses grands nerfs viscéro-moteurs parasympathiques que sont les nerfs vagues ou dixième paire de nerfs crâniens.

Nous observons une distance chez les tétrapodes entre la distribution du nerf vague qui est thoraco-abdominale et son noyau qui se situe dans le tronc cérébral. Ceci s'explique par la phylogenèse de ce nerf : dès les agnathes, vertébrés primitifs, la colonne viscéro-motrice essentiellement parasympathique est bien représentée par la dixième paire de nerfs crâniens. Puis elle migre entre les centres somato-moteurs et les centres sensitifs chez les poissons, Gnathostomes primitifs, chez qui elle se dédouble en donnant une colonne ventrale branchio-motrice. Cette colonne évolue parallèlement au remaniement de la tête et à l'apparition de la mâchoire. Les centres moteurs du SNA crânien et donc celui du vague appartiennent aux nerfs branchiaux.

Chez les tétrapodes, l'évolution de la tête et de l'encolure ainsi que la disparition des arcs branchiaux, éloignent le territoire de distribution du nerf vague de son noyau. Il passe d'un nerf essentiellement branchio-moteur chez les poissons (chez qui le territoire viscéro-moteur est très réduit) au grand nerf viscéro-moteur parasympathique, ne conservant qu'une petite distribution branchio-motrice sur le pharynx et le larynx, chez les tétrapodes (12).





t : tronc vago-sympathique ,X : nerf vague, s' :gg cervical crânial

Lien phylogénétique entre splanchocrâne et mâchoire (24) Nerfs crâniens du cheval. (2)

Un autre exemple remarquable d'évolution phylogénétique est celui de la glande pinéale qui, d'organe photorécepteur se transforme en organe endocrine (7). Elle correspond chez les vertébrés inférieurs à l'épiphyse cérébrale à laquelle s'ajoute l'œil médian qui est un organe parapinéal chez les poissons cyclostomes, un organe frontal chez certains amphibiens et un œil pariétal chez certains reptiles. Puis elle évolue et est principalement sensorielle chez les poissons, épiphyse cérébrale chez les amphibiens munis de queue, sécrétoire chez les reptiles et chéloniens, photoréceptrice chez les anoures, mixte chez les oiseaux (chez qui apparaît son branchement au système nerveux autonome).

Chez les mammifères, la glande pinéale est endocrine, les pinéalocytes qui ont suivi l'évolution phylogénétique de la glande, étant sécrétoires. Il n'est pas surprenant de constater que les cellules épendymaires, elles, bordant la lumière de l'épiphyse, ressemblent à des cellules sensorielles.

L'unité ne se retrouve pas que dans la phylogenèse, les lignées cellulaires ou les mouvements cellulaires, mais aussi dans les structures et maintiens du holon, notamment dans les similitudes observées au sein du cytosquelette, dans sa composition, son organisation et sa conformation jusqu'au macro squelette du vertébré : ou la notion de tenségrité.

§ Les systèmes de **tenségrité**[3] proposent des modèles holistiques très intéressants de biomécaniques cellulaire et tissulaire (27).

Le concept de tenségrité est appliqué du niveau infra-cellulaire, depuis l'organisation du cytosquelette et de la matrice extra cellulaire, jusqu'au niveau macroscopique du corps dans sa globalité (voir plus bas l'unité ostéoarticulaire).

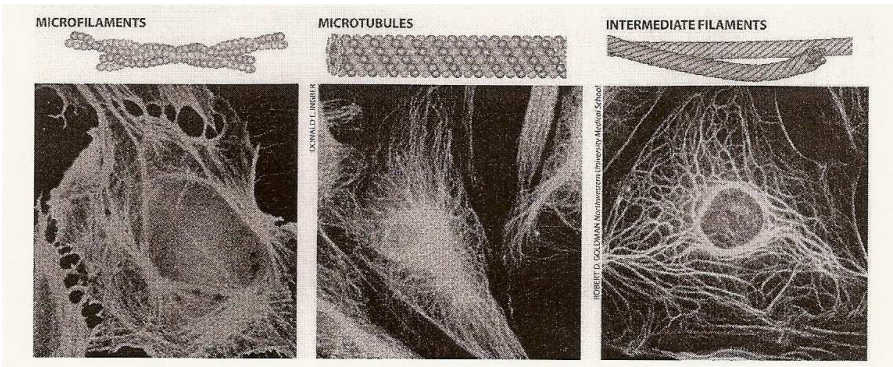
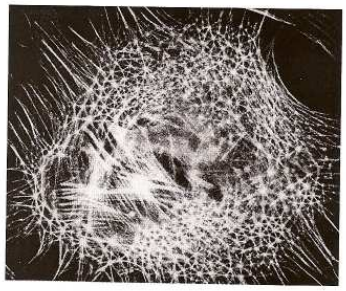
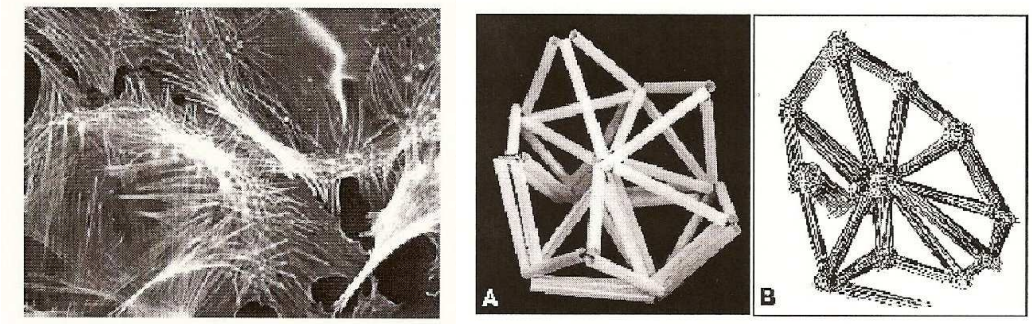


Figure 2.5 :Filaments du cytosquelette [43].



Cytosquelette d'une cellule de mammifère



[3] **Tenségrité** : 'Un système de tenségrité est un système dans un état d'auto équilibre stable, comprenant un ensemble discontinu de composants comprimés à l'intérieur d'un continuum de composants tendus' (33)

Microfilaments d'actine d'un fibroblaste en dômes géodésiques ; Modèle de tenségrité en A et disposition de microfilaments d'actine en B (27)

La tenségrité comme biomécanique ostéopathique permet, une approche globale et cohérente du fonctionnement d'un individu. Elle révèle dès le niveau moléculaire une universalité biomécanique cellulaire et cela malgré la diversité apparente des lignées cellulaires.

La composition et l'organisation du cytosquelette et de la matrice extra cellulaire expliquent l'attachement et l'étalement cellulaire : le cytosquelette, loin d'être une structure passive, active une tension centripète. En effet, la cellule devient ronde si ses sites d'ancrage sur la matrice extra cellulaire (MEC) sont inactivés.

Le cytosquelette (CSK) est l'élément central de la tenségrité cellulaire par le biais de ses trois types de filaments : microfilaments d'actine (MF), microtubules et filaments intermédiaires, et leur rapport au noyau. Les MF sont capables d'un remodelage rapide et réversible et génèrent le prestress (ou tension interne initiale ou précontrainte) exhibé par le CSK : ils s'alignent suivant les axes de tensions cellulaires, comme un réseau de tenségrité continu. Les microtubules, eux, supportent une partie de la compression, équilibrant ainsi le prestress jusqu'à 50 % chez certains fibroblastes. Les filaments intermédiaires (IF) relient les complexes d'adhésions focales (molécules d'adhérence, intégrines et nombreuses protéines) et de jonctions (desmosomes, zonula adhaerens), donc la surface cellulaire, à la surface nucléaire. Ils sont les haubans, encore appelés raidisseurs ou intégrateurs mécaniques.

Ce système de tenségrité révèle une tension continue créée par les microfibrilles et équilibrée par les éléments en compression que sont les microtubules et les endroits de la matrice extra cellulaire reliés aux complexes d'adhésion focale.

La matrice extra cellulaire, elle, est un continuum ramifié omniprésent, un réseau de fascias enveloppant tout (cellules et tissus). Elle est reliée par des récepteurs au cytosquelette. L'ensemble de ces récepteurs forment les 'chemins moléculaires de transferts' à travers la surface de la cellule (27), voies de la sensibilité et des réponses cellulaires au stimuli mécaniques, voies finales d'action de l'ostéopathe…

§ L'unité et la globalité se retrouvent également lors de l'**embryocinèse** (9), dans la 'mémoire' des tissus, le mouvement intrinsèque des organes et la notion de motilité : dans la potentialité de mouvement d'un organe.

L'embryocinèse ou cinésiologie embryonnaire est l'étude des mouvements migrateurs caractéristiques de la structuration de l'embryon, le véhicule du mouvement étant l'eau. L'eau est omniprésente. C'est une molécule majeure tant par son importance qualitative (entre autre par son aspect bipolaire hydrophobe et hydrophile) que quantitative par son ubiquité : partout dans et autour de la cellule, dans et autour de l'embryon : de l'eau, de l'eau, de l'eau !... Elle est le vecteur des échanges cellulaires ioniques à travers les pompes membranaires elles mêmes organisées en systèmes de tenségrité avec le cytosquelette interne. Elle est le substrat dans lequel les cellules migrent et se comportent comme des éléments huileux, adhérant les unes aux autres et formant tissus puis organes.

Ces organes se mettent progressivement en place chez tous les embryons par une série de rotations, d'enroulements et de plicatures. Dès la deuxième semaine de gestation,

l'embryon s'oriente par la mise en place des membranes pharyngienne et cloacale puis subit une rotation du septum transverse de 180° avant un enroulement céphalocaudal puis longitudinal. Dès le 5ème mois, apparaissent le MRP, la communication cerveau droit/cerveau gauche avec l'apparition du corps calleux et la régulation hypophysaire. Chaque organe gardera après la naissance la marque des mouvements subis lors de l'embryogenèse et aura une motilité propre et spécifique qui pourra être testé par l'ostéopathe.

Par exemple, le septum transverse plongeant à la dixième côte caudo-dorsalement et aboutissant aux piliers du diaphragme, imprime à ce dernier un mouvement propre caudo-dorsal qui sera testable après la naissance. De même, la vessie issue de l'allantoïde subit le même mouvement de rotation postérieur (ou ventro-dorsal sur les quadrupèdes) que lui lors de la plicature caudale de l'embryon.

Ce mouvement de motilité propre sera un outil de test et de diagnostic ostéopathiques et il est intéressant de prendre en compte toute cette cinétique embryologique si nous souhaitons comprendre les motilités organiques ressenties au cours de la consultation d'ostéopathie.

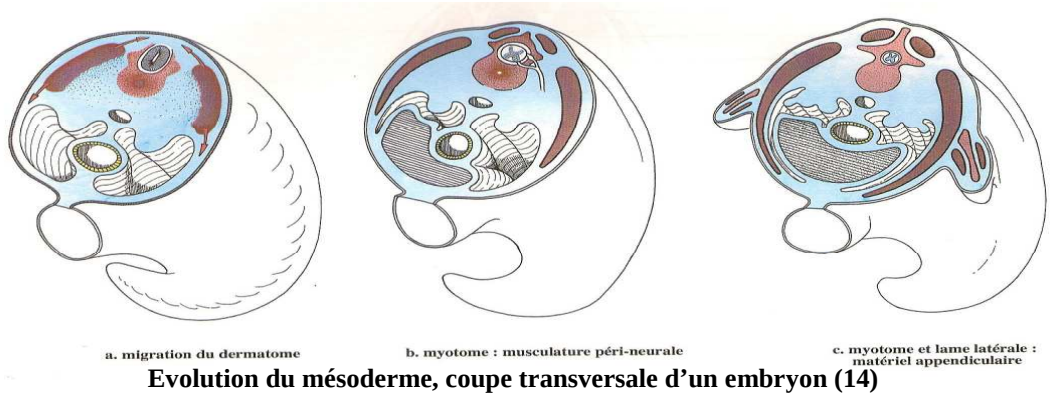
Nous sommes donc passés d'une cellule apparemment immobile, à une universalité cellulaire et à un ensemble pulsatile mobile, (aqueux ?), puis à des tissus cellulaires et à des organes ayant leur propre motilité tout en exprimant le MRP. Trouverons-nous une même unité à l'échelle macroscopique du corps?

I-1-2 Du tissu au corps

§ Embryologie et unité

L'unité tissulaire apparaît dès le début du développement embryonnaire, de la morula à l'apparition des trois feuillets tissulaires lors de la gastrulation (l'endoderme, l'ectoderme et le mésoderme) et aboutissant aux triblastiques coelomates que nous sommes…

L'évolution du mésoderme, par exemple, qui se forme par invagination de l'ectoderme, et le formidable développement du soma nous montre l'unité embryologique et l'importance quantitative et qualitative des tissus d'origine mésodermique. Notamment parce qu'il a des rôles à la fois d'union et de séparation des tissus. Selon ses directions migratoires, il devient mésoderme chordal, latéral ou caudal.



Evolution du mésoderme, coupe transversale d'un embryon (14)

Le mésoderme latéral fournit les somites, la pièce intermédiaire et les lames latérales.

Les somites se séparent en deux parties. La partie interne est divisée en sclérotome, fournissant vertèbres et dure-mère, et en mésenchyme à l'origine des fibroblastes, ostéoblastes ou myoblastes. La partie externe : le dermo-myotome génère le dermatome qui fournit le tissu sous cutané et le myotome qui donne les muscles épi et hypo-neuraux et une partie des muscles appendiculaires.

La majeure partie de l'appareil uro-génital est issue de la pièce intermédiaire, alors que les lames latérales, elles, séparées par le coelome, donnent la somatopleure recouvrant l'intérieur de l'ectoderme et la splanchnopleure accompagnant les viscères du coelome (14).

Les bourgeons des membres, induits par la somatopleure, mais issus de l'ectoblaste qui provoque chez eux la différenciation du sclérotome et du myotome, sont de bons exemples des interactions entre feuillets embryologiques et de l'unité histologique des tissus et organes. En effet, muscles, os et tissu conjonctif ont la même origine embryologique : myoblastes, ostéoblastes et fibroblastes étant tous issus du mésoderme.

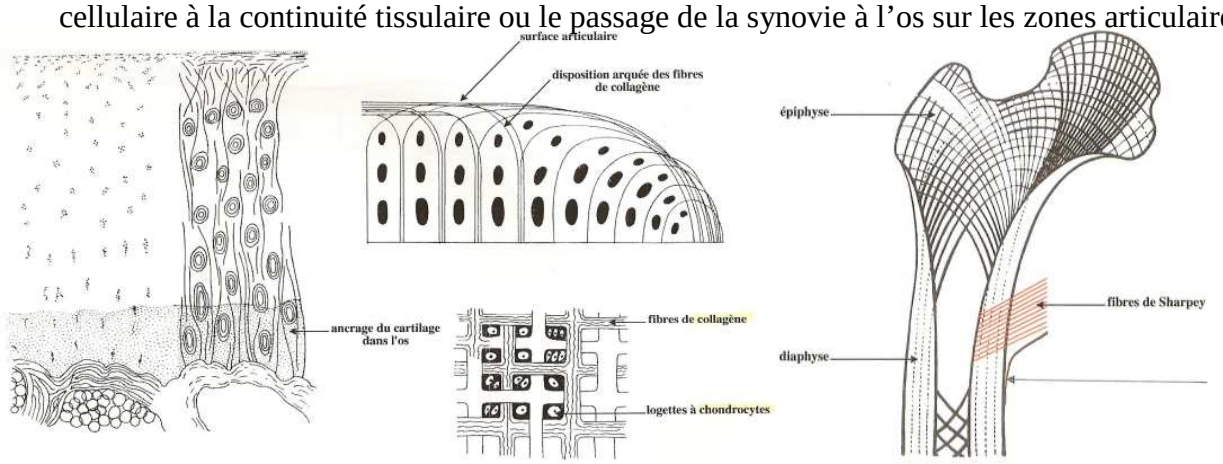
La splanchnopleure produit des éléments très différents anatomiquement bien que de même origine embryologique : les feuillets viscéraux du péritoine, du péricarde et de la plèvre d'une part et l'appareil circulatoire et son sang d'autre part.

Tout le soma est donc issu de ce même feuillet embryologique qu'est le mésoderme qui fournit des tissus de soutien et nourricier et souligne une fois de plus l'unicité et la continuité des tissus 'fascio-musculo-ostéo-articulaires' de l'organisme.

§ L'unité dans la composition et la continuité tissulaires

Unité et globalité se retrouvent aussi dans la composition de structures adjacentes en continuité ou en contiguïté. Continuité et unité tissulaire des tissus conjonctifs et du système sanguin toujours : lorsque les synoviocytes d'origine extra mésenchymateuse gagnent par le biais du système sanguin la cavité articulaire.

Prenons un autre exemple autour du tissu ostéo-articulaire : celui de la différenciation cellulaire à la continuité tissulaire ou le passage de la synovie à l'os sur les zones articulaires :



Coupe longitudinale Cartilage épiphysaire (14)

Vue proximale

→Continuité du tissu conjonctif de revêtement du tendon et du périoste Et faisceaux de collagène insérés dans le tissu osseux (fibres de Sharpey)

Coupe longitudinale d'un os long (14)

Le passage de l'os à la synovie ne se fait que par variation progressive de la quantité respective des composants les constituants. Des coupes successives des zones étudiées ne permettent pas de définir une limite nette entre synovie et os qui se fondent l'un dans l'autre.

Un autre exemple de la continuité tissulaire est le passage progressif aux zones d'insertions sur l'os (les enthèses) d'un tissu tendineux, ligamentaire, capsulaire ou d'un fascia à un tissu osseux (30). En effet, une enthèse fibro-cartilagineuse révèlera successivement sur le plan histologique un tissu tendineux, une zone fibro-cartilagineuse non calcifiée, puis une zone calcifiée et enfin du tissu osseux.

Une enthèse fibreuse, zone d'insertion métaphysaire ou diaphysaire d'un tendon ou d'un ligament correspond, elle, à l'entrée directe de fibres de collagène dans le tissu osseux encore appelées fibres pénétrantes ou fibres de Sharpey, schématisées ci dessus.

De même, les muscles et tendons ne sont-ils pas que des fascias différenciés ? (31) Nous verrons plus bas que les exemples de continuité tissulaires se multiplient et soulignent toujours l'unité du corps que nous avons sous les mains.

§ L'unité anatomique et les différents niveaux de sensations palpatoires

& L'unité dans la notion de mouvement respiratoire primaire, rôle de la dure mère et des fascias

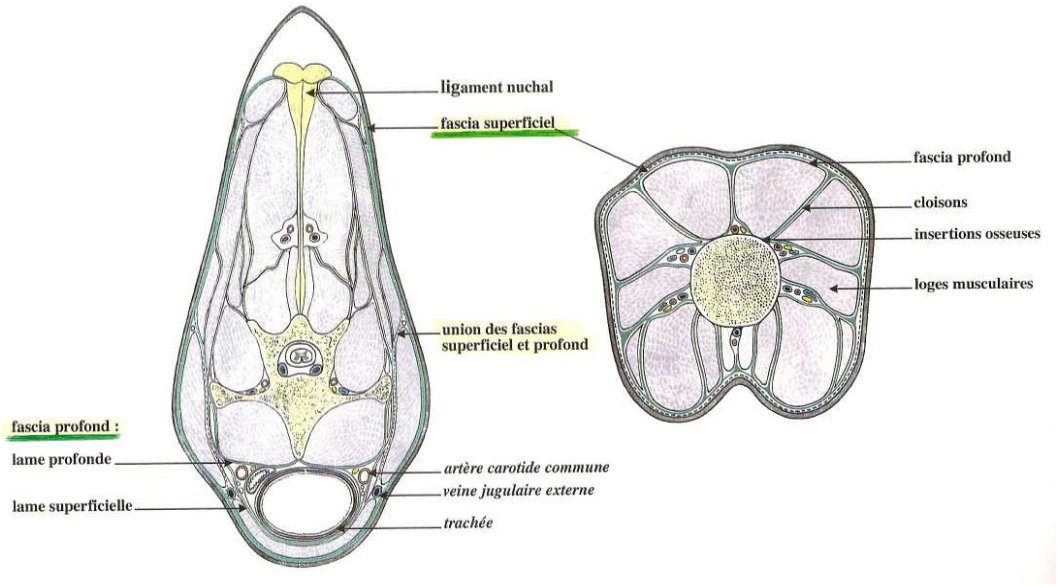
Le corps est donc un ensemble liquidien pulsatile, avec des cloisons que sont les fascias et un pilier mécanique : la dure mère (38). Selon le docteur Patrick Chêne (13) :

'Le mouvement respiratoire primaire est un mouvement ressenti dans la main du praticien, de flexion/extension ou gonflement-dégonflement alternatif dans le crâne et le sacrum, la dure mère servant de courroie de transmission à un mouvement qui serait initié au niveau du crâne par les cellules gliales et transmis au os de la boite crânienne par le liquide céphalorachidien.'

Continuité tissulaire et unité se retrouvent encore tant anatomiquement que fonctionnellement au sein des fascias. Le fascia au sens large correspond donc à la plus grande partie des tissus mésodermiques, il se divise en un fascia externe (dédoublé en fascias superficiel et profond) et en des fascias internes et des séreuses.

Les séreuses sont nommées en fonction de leur localisation en péritoine pariétal, plèvre pariétale et péricarde pariétal respectivement liés et en continuité avec les fascias transversalis et endothoracique, et avec le péricarde fibreux.

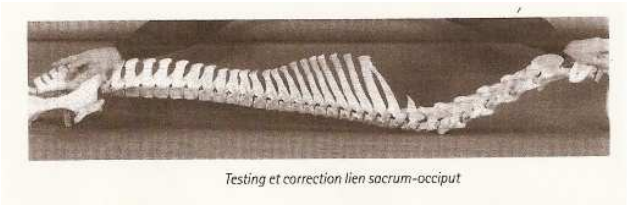
Les méthodes de tests et de traitements ostéopathiques peuvent s'appuyer sur l'écoute des dysfonctions fasciales, notamment sur les défauts de mobilité de ces enveloppes, sur leurs orientations et leurs densités.

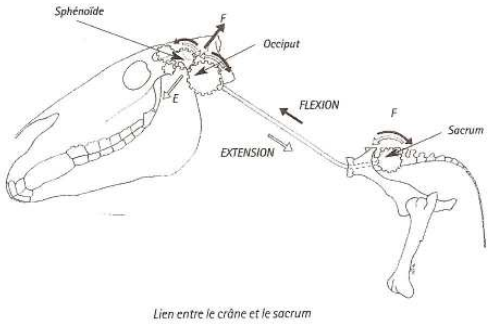


Exemples de l'encolure et de la queue, coupes transversales
Organisation générale des fascias chez le cheval (14)

Les fascias et tissus matriciels permettent au geste ostéopathique de se prolonger jusqu'aux cellules, ultimes cibles du traitement ostéopathique, notamment par le biais des systèmes de tenségrité déjà cités.

La dure-mère ou le 'pilier mécanique du corps' permet donc avec les fascias, la transmission du mouvement respiratoire primaire (MRP). Elle est un lien entre les mouvements de la symphyse sphénobasilaire (SSB) qui subit des cycles de flexion ou inspir et extension ou expir et ceux du sacrum. Elle est l'exemple d'une continuité anatomique et fonctionnelle entre le crâne et le sacrum.





La base du mouvement respiratoire et le lien crânio-sacré (16)

Ce système crânio-sacré nous ramène aux notions de tenségrité évoquées ci-dessus avec leurs principes de tension réciproque et de précontrainte. Il a son mouvement propre, le MRP, qui est palpable à tout endroit du corps et permet de détecter des anomalies de fréquence et d'amplitude de ces cycles de flexion/extension (ou inspir/expir) associés à des rotations externes/rotations internes des os pairs. Plusieurs modèles et hypothèses sont avancés afin d'expliquer le MRP : mobilité inhérente du système nerveux central, motilité des cellules gliales, variations de pressions du liquide céphalo-rachidien ou de la vasomotricité…

Le MRP peut aussi être perçu comme la résultante de toutes les interactions vibrationnelles des structures biologiques, elles-mêmes systèmes de tenségrité et peut donc

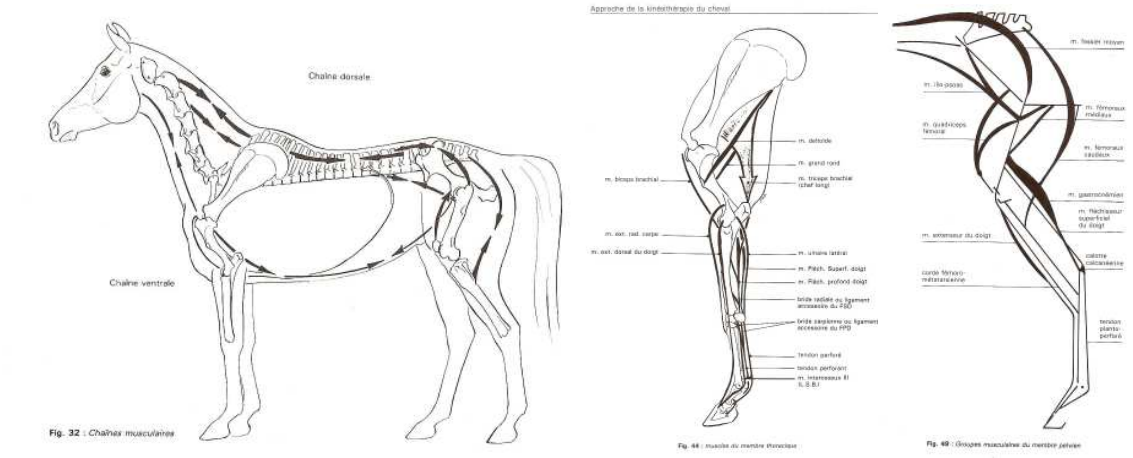
être modulé par tous les facteurs d'autocontrainte. Ces facteurs sont très variés et rendent compte de la complexité d'appréhension du mouvement respiratoire primaire de l'animal en consultation. Ils s'étendent des mouvements musculaires, notamment les mouvements cardiaques et ceux de la respiration thoracique, aux mouvements liquidiens, en passant par les forces de tractions cellulaires (action du cytosquelette et interactions avec la matrice extra-cellulaire) et les forces intra-moléculaires…le tout étant soumis à la gravité, facteur d'autocontrainte majeur !…Nous constatons à nouveau qu'holisme et globalité, bases de l'ostéopathie vont de pairs avec immensité et complexité !…

& Chaînes musculaires et unité

Le muscle n'étant qu'un 'fascia différencié', nous pouvons soupçonner pour les muscles l'existence de cette même continuité tissulaire rencontrée chez les fascias et l'organisation de groupes et chaînes musculaires continues et/ou contiguës. Nous pourrons rechercher en tant qu'ostéopathe la fluidité et l'équilibre de ces chaînes musculaires et les troubles trophiques associés aux dysfonctions somatiques musculaires.

Le tissu musculaire lisse issu de la splanchnopleure, fournit les tuniques musculaires des viscères creux, alors que les muscles striés issus des myotomes sont comme des cylindres tendus entre deux os, de tissu conjonctif fibreux orienté. Le tissu musculaire strié toujours recouvert d'une aponévrose, signe unité et diversité en fonction de la quantité des fibres musculaires striées le composant.

Les muscles peuvent être divisés en muscles mono-articulaires ou muscles poly-articulaires. Les muscles poly-articulaires sont à l'origine des grands mouvements. Ils sont aussi les liens des différents segments osseux entre eux. Les muscles mono-articulaires garantissent l'intégrité des articulations grâce à leur action conjointe avec le système capsulo-ligamentaire.



Exemples de chaînes musculaires (11)

Les chaînes musculaires ventrales et dorsales schématisées ci-dessus chez le cheval sont de bons exemples de continuité anatomo-fonctionnelle.

La chaîne dorsale comprend les muscles cervicaux dorsaux, ceux de la masse commune, les multifides, les fessiers et les fémoraux caudaux. Elle présente de puissants points d'ancrage : les processus épineux du garrot, à la charnière cervico-thoracique et le

bassin. Ce point d'ancrage pelvien est le lien unissant les chaînes musculaires fémorales caudales et vertébrale.

Les muscles cervicaux ventraux, abdominaux et fémoraux crâniaux qui sont respectivement fléchisseurs de l'encolure ; de la colonne thoraco-lombaire, des articulations lombo-sacrale et coxo-fémorale ; et de la hanche, forment la chaîne musculaire ventrale. Celle-ci est tendue pour sa partie abdominale entre l'ancrage costo-xiphoïdien et l'ancrage pubien et inguinal. Sa partie cervicale ventrale s'attache, elle, entre le crâne et l'ancrage sterno-costal. Le relais entre ses deux parties est donc thoracique et les deux chaînes travaillent en synergie.

& Structures osseuses et unité

« La position normale et la relation de chaque os depuis le sommet de la tête jusqu'à la plante du pied étant une condition indispensable à la bonne santé… » Still (36).

La continuité tissulaire évoquée ci-dessus au sein et autour des tissus osseux se poursuit macroscopiquement par le biais des articulations et des rayons osseux. Le terme même de vertébrés souligne l'importance de l'axe vertébral, véritable pilier de transmission des forces et protecteur des voies d'informations nerveuses qu'il renferme.

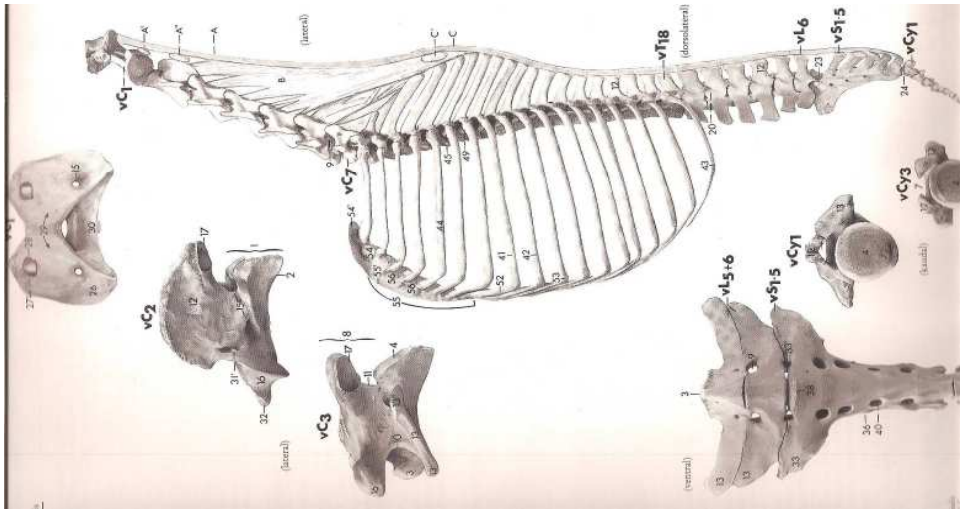
La vertèbre est l'exemple parfait de l'unité et de la continuité d'une structure osseuse. En plus d'être un manchon protecteur de la moelle épinière et des artères vertébrales la traversant, elle est un support viscéral (notamment lors de l'insertion du péricarde sur la paroi thoracique) et une structure d'insertions ligamentaires et musculaires.

Cette dernière qualité toujours dans l'optique d'une des règles majeures de l'ostéopathie : '*la structure gouverne la fonction*' (36), lui confère de multiples formes suivant les contraintes qui lui sont appliquée, que se soit au sein de la même espèce sur des endroits différents de l'axe vertébral ou au même niveau de cet axe mais dans des espèces différentes. Elle est le pivot du mouvement de l'axe vertébral en s'associant aux vertèbres qui l'entourent (et éventuellement aux côtes) par ses facettes articulaires et au disque intervertébral, sans oublier son lien avec la dure-mère, véritable courroie de transmission des forces et des contraintes.

Un autre point de vue englobe la vertèbre dans son unité embryologique de métamère, vision plus transversale et 'dichotomique' du corps mais non moins intéressante. Elle entretient alors des liens 'intra métamérique' avec les muscles épi et hypo neuraux et par contiguïté avec les parties splanchniques du métamère (contiguïté toute relative histologiquement si nous nous référons au paragraphe précédent sur les interactions notamment entre tendons, muscles et os).

Elle est en lien de continuité avec le système vasculaire qui irrigue tout à la fois moelle épinière, os, muscles et plèvre dans le cas notamment des artères intercostales. Elle rassemble aussi de façon indissociable les systèmes nerveux autonome et de relation.

Anatomie des vertèbres chez le cheval (2)



Les différences anatomiques vertébrales représentées ci-dessus soulignent l'énorme adaptabilité de la structure à la fonction…ou inversement en même temps qu'une unité physiologique de la première vertèbre cervicale à la dernière vertèbre caudale.

Le corps dans son entier peut être appréhendé comme un modèle de tenségrité avec une correspondance entre les nœuds des modèles de tenségrité et les articulations. Comme un modèle, le corps ne peut donc se concevoir que dans sa globalité ostéo-articulaire. Les ligaments sont les premiers supports de l'autocontrainte basale et les liens entre les segments osseux. Ils sont donc fondamentaux à tester et à traiter en gardant à l'esprit une autre règle fondamentale de l'ostéopathie : *'les petits mouvements gouvernent les plus grands'*.

Tout comme le tissu osseux peut être appréhendé par une approche intra-osseuse et par une recherche de dysfonctions intra-osseuses et un questionnement sur l'orientation et de la densité de ses fibres, les os et articulations seront explorés et écoutés dans leur globalité jusqu'à leurs limites physiologiques de fonctionnement, jamais seuls mais toujours en rapport aux autres éléments ostéo-articulaires contigus ou plus éloignés.

§ Les systèmes vasculo-nerveux, hormonaux et lymphatique : interactions et unité

Pour Still, clairement, systèmes nerveux et vasculaire sont d'une importance capitale et il l'exprime ainsi dans son ouvrage d' « Ostéopathie, recherche et pratique » (36). Tous deux 'nutritifs', ils doivent être libres de toutes entraves mais sont liés l'un à l'autre :

'Je pense que l'importance de la loi de liberté du système nerveux nutritif est égale sinon supérieure à celle de libre circulation du sang.' ou encore *'l'artère est reine'* et'*…des substances dont les propriétés soient supérieures à celles de l'électricité…'*.

Les systèmes nerveux autonome et de relation, les systèmes vasculaires et lymphatiques ne sont qu'interrelations constantes au sein de l'organisme et peuvent être analysés et testés en tenant compte de ces liens.

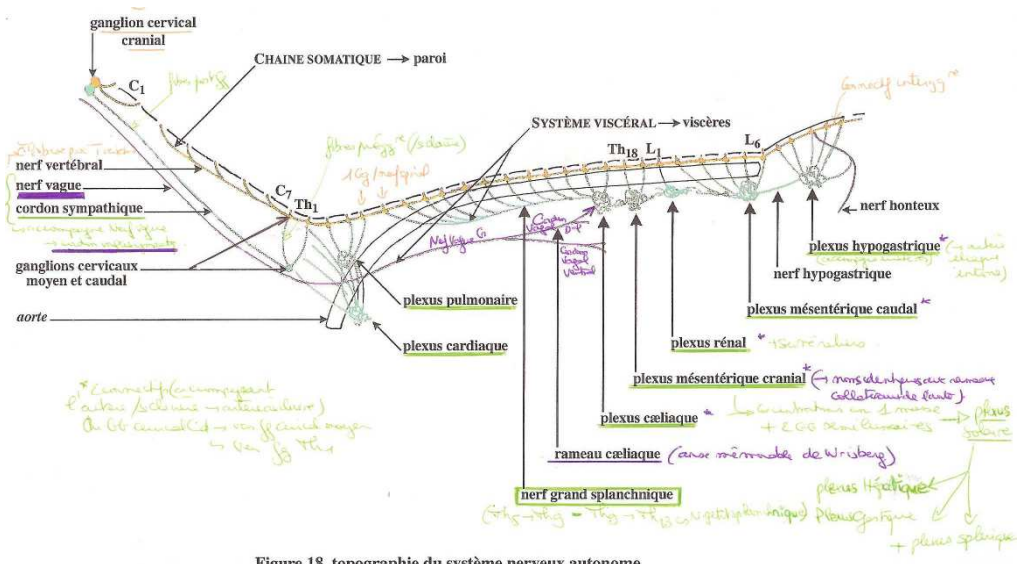


Figure 18. topographie du système nerveux autonome
- vue latérale gauche -

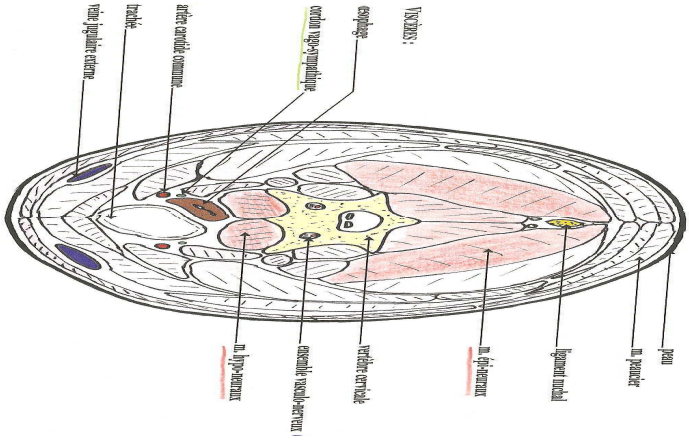
Topographie du système nerveux autonome, continuité et contiguïté longitudinales et relation paroi/viscères (12)

- La continuité et la contiguïté tissulaire se situent partout dans l'organisme et tout particulièrement au sein des systèmes nerveux. La chaîne caténaire est l'ensemble des ganglions nerveux latéro-vertébraux ou ganglions autonomes orthosympathiques somatiques moteurs. Elle est schématisée ci-dessus et est un bon exemple de continuité longitudinale du SNA. Les nerfs hypogastriques ou le rameau coeliaque sont eux des preuves de continuité viscérale.

Les deux systèmes nerveux autonomes somatique et viscéral sont eux-mêmes unis par le biais des rameaux communicants qui contiennent les voies pré et post ganglionnaires de la chaîne somatomotrice orthosympathique. Ils vont de la sortie du nerf spinal jusqu'au ganglion latéral vertébral. Le nerf spinal, porte, lui, des fibres viscéroceptives cutanées en même temps que les fibres post ganglionnaires orthosympathiques somatomotrices des ganglions de la chaîne somatique qui activent les glandes sébacées et sudoripares, la vasomotricité et la piloérection.

La continuité et la contiguïté (nerveuse, vasculaire, fasciale etc.) sont donc longitudinales mais aussi 'transversales', métamériques comme le décrit le schéma ci-contre :

Le métamère cervical, coupe transversale passant par la cinquième vertèbre cervicale chez le chien (5)

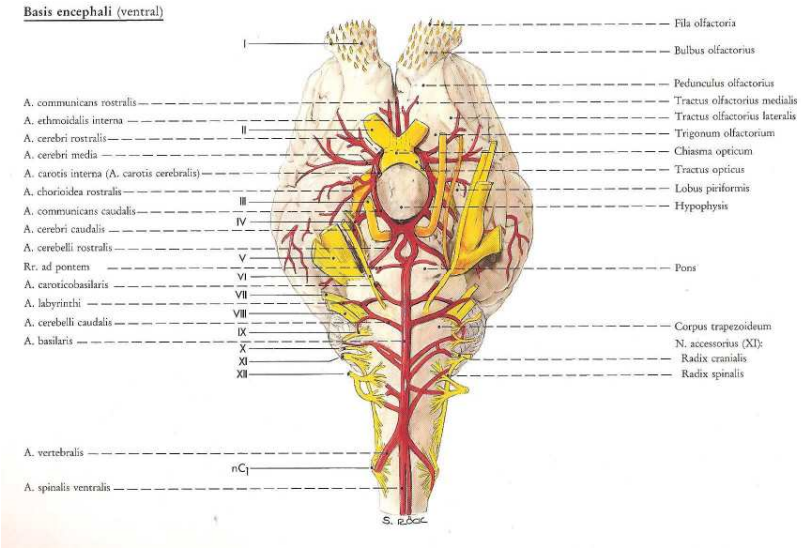


Le métamère, issu de l'origine chordale et sclérotomiale des vertèbres signe la contiguïté de ces dernières avec les muscles puis avec les parties splanchniques. Les artères, elles, sont en lien de continuité (notamment les artères vertébrales sur le schéma ci-dessus) comme tout le système vasculaire au sein du métamère.

- **Les systèmes vasculaire et nerveux** sont intimement liés anatomiquement dans tout le corps : veines, artères et nerfs formant les cordons vasculo-nerveux.

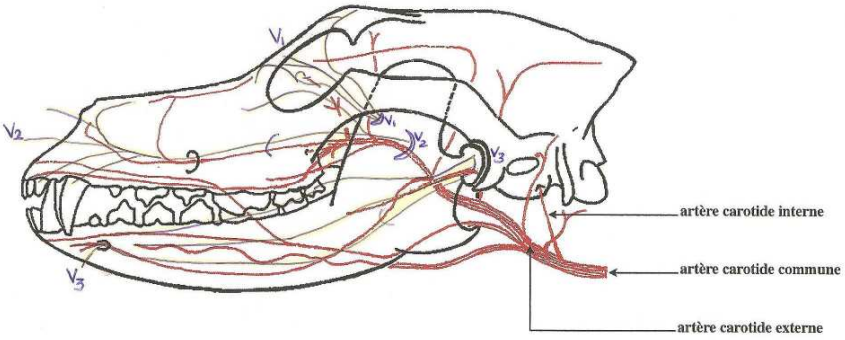
Des connectifs nerveux issus par exemple du ganglion cervical caudal rejoignent en suivant l'artère sous-clavière, les ganglions cervicaux moyens et premiers thoraciques.

L'aorte et ses collatérales suivent le SNA : la chaîne somatique est accompagnée par les artère lombaires et intercostales alors que les plexus viscéraux sont suivis des artères caeliaque et mésentériques craniale et caudale.



Topographie des nerfs crâniens chez le cheval et continuité artérielle longitudinale tête/tronc (2)

Les artères vertébrales et carotides communes unissent par des liens de continuité le tronc et la tête. Elles se relient successivement grâce aux artères occipitales, carotides internes et enfin carotides externes grâce à l'artère ophtalmique externe (non représentée ci-dessus et issue de l'artère carotide externe et passant autour des bulbes olfactifs).



Contiguïté du système vasculaire et du système nerveux : distribution du système parasympathique au long du trajet de l'artère carotide externe et continuité des systèmes nerveux de relation et autonome, continuité tête/tronc : la distribution du nerf trijumeau (5)

La distribution au niveau de la tête, schématisée ci-dessus chez le cheval, des nerfs ophtalmique (V1), maxillaire (V2) et mandibulaire (V3) issus de la cinquième paire de nerfs crâniens (ou nerfs trijumeaux) soulignent bien la continuité des systèmes nerveux de relation et autonome en même temps que la contiguïté des systèmes vasculaires et nerveux. Le système parasympathique crânien emprunte en effet les voies de distribution de l'artère carotide externe.

Le système nerveux, unissant tous les tissus et tout particulièrement le système nerveux autonome (SNA) nous intéresse en ostéopathie, de par sa continuité anatomique mais également par sa neurophysiologie.

Le système orthosympathique notamment, qui par le biais de la '*lentille de Korr*' (21) explique le 'mystère' du maintien de la dysfonction ostéopathique et les résultats obtenus par

les manipulations ostéopathiques. Le segment médullaire en dysfonction devient une lentille neurologique en ce sens qu'il fait converger toutes les irritations du métamère (du dermatome au myotome en passant par le viscérotome) de façon centripète. Il est 'facilité' et les voies motrices qui s'en échappent transmettent de façon exacerbée toutes les irritations et excitations aux zones innervées correspondantes. Comment cela se met-il en place et se maintient-il ?

La facilitation est la coopération des fibres présynaptiques entraînant la décharge d'un motoneurone. En effet, la réciprocité de l'influence entre neurones et la convergence des divers stimuli vers les neurones moteurs de la corne ventrale de la moelle épinière placent ces derniers dans un état constant d'équilibre dynamique.

Deux types de motoneurones issus de la corne antérieure de la moelle épinière sont présents : les motoneurones gamma innervant les fibres intrafusales des fuseaux neuro-musculaires (FNM) et les motoneurones alpha d'axone plus large (14 au lieu de 5 microns pour les gamma) contrôlant une unité motrice de 3 à quelques centaines de fibres.

Les influx afférents sont envoyés principalement par les récepteurs articulaires (leurs terminaisons de Ruffini et corpuscules de Pacini renseignant sur la position des composants de l'articulation), les récepteurs tendineux de Golgi (informant de la tension exercée sur le tendon) et les FNM rendant compte de l'allongement du muscle (35).

Le FNM émet constamment des influx afférents excitateurs qui ont un rôle majeur dans le maintien de la dysfonction somatique. Lorsque le FNM est 'trompé' (lors de faux mouvement par exemple), il continue à envoyer en permanence des influx qui par le biais du système nerveux central et des motoneurones aggrave les contractions musculaires et gardent les fibres intrafusales en raccourcissement chronique.

La lésion ostéopathique (ou dysfonction somatique plutôt) comprend donc un ensemble de neurones alpha dans un état d'hyperexcitabilité permanente et son segment médullaire correspondant est lui 'facilité', dans un état d'hyper réceptivité aux influx venant de zones viscérales, de la peau, des articulations, du cortex etc., arrivant par la racine dorsale de la moelle épinière.

Le segment médullaire 'en dysfonction' provoquera une inhibition ou excitation excessive des tissus qu'il innerve, l'origine principale de ces afflux afférents est les propriocepteurs des muscles et tendons et surtout les fuseaux neuromusculaires. La dysfonction somatique correspond donc physiologiquement à un ensemble de modifications des fonctions viscérales, végétatives, circulatoires, de modifications également des tissus mous, tout ceci associée à de l'hyperesthésie, à de l'hyper irritabilité et à une restriction de mobilité articulaire.

- **Le système lymphatique** n'échappe pas à la règle de la continuité et de la contiguïté tissulaire. Les nœuds lymphatiques poplités par exemple se trouvent sur le trajet de la branche descendante de l'artère fémorale caudale, à la surface du muscle gastrocnémien. Les nœuds lymphatiques poplités profonds se situent près de l'origine du rameau artériel et les superficiels sont sous la peau (31).

Les nœuds lymphatiques ilio-fémoraux et inguinaux profonds sont sur les trajets des artères iliaques externes et fémorales, alors que les nœuds lymphatiques sacraux sont, eux, au niveau de l'artère sacrale médiane. Les exemples sont infinis et soulignent une fois de plus les liens anatomiques des différents systèmes.

La circulation de la lymphe, centripète, traverse chaque nœud lymphatique et chaque lymphocentre en 'remontant' jusqu'à la citerne du chyle puis le conduit thoracique et la circulation sanguine à laquelle elle se mêle.

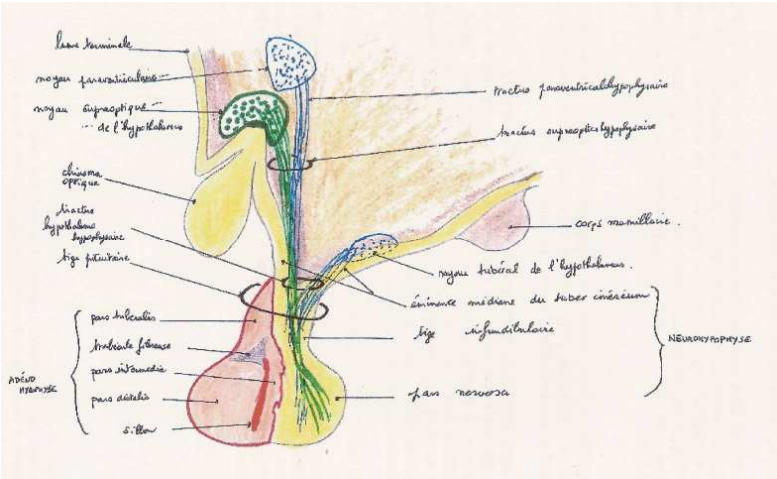
- **Les systèmes hormonaux et nerveux** sont le siège de multiples interactions entre tissu nerveux et tissu endocrine, sur le plan physiologique, anatomique ou embryologique :

→ L'innervation de la glande pinéale des mammifères, organe endocrine dont la principale sécrétion est la mélatonine, est principalement orthosympathique. Elle reçoit par exemple des fibres nerveuses orthosympathiques cheminant à travers le plexus carotidien interne, les corps cellulaires des neurones post ganglionnaires étant situés dans les ganglions cervicaux supérieurs (7).

Elle est également innervée par le système nerveux autonome parasympathique par le biais de fibres issues des ganglions sphénopalatins, trigéminés et otiques. Contrairement aux autres glandes endocrines qui peuvent produire leurs hormones même lors d'une atteinte de leur innervation sympathique, la glande pinéale, elle, verra sa fonction endocrine altérée si son innervation sympathique n'est plus intègre.

→ La glande médullosurrénale à fonction endocrine, est issue des crêtes neurales d'origine ectodermique (14).

→ Des hormones, telles que la vasopressine ou l'ocytocine sont synthétisées, avant leur passage par la neurohypophyse (lobe postérieur ou neural de l'hypophyse), par des neurones de l'hypothalamus et non par une structure glandulaire (7).



Relations hypothalamo/hypophysaires (7)

→Le complexe, qui porte bien son nom, hypothalamo-hypophysaire est encore un superbe exemple d'inter relations neuro-hormonales et d'unité fonctionnelle.

L'hypophyse se partage en une neurohypophyse et une adénohypohyse, faisant cohabiter et co-agir systèmes nerveux et endocriniens.

L'hypothalamus et la neurohypophyse sont reliés par du tissu nerveux à deux noyaux (supraoptique et paraventriculaire) hypothalamiques responsables de la sécrétion de

nombreuses substances neuroactives dont la vasopressine et l'ocytocine grâce des neurones magno et parvocellulaires.

Les terminaisons de ces neurones 'endocrines' donnent sur les capillaires et permettent par ce nouvel exemple d'interrelation et de contiguïté tissulaire 'neuro-endocrino-vasculaire' un largage rapide dans la circulation des substances sécrétées (7).

& Chakras, plexus et système nerveux

Il est intéressant de noter le parallélisme existant entre les plexus du système nerveux autonome et certains centres énergétiques encore nommés chakras en Yoga…ou les rencontres entre deux mondes, le palpable et le ressenti, l'anatomique et l'énergétique, le corps et l'âme ?...

Les plexus sont la rencontre entre les systèmes nerveux orthosympathique et parasympathique en même temps qu'une ouverture au monde extérieur par les 'portes' que sont les chakras. Ils sont au nombre de sept et placés anatomiquement ou ressentis sur le corps à des endroits similaires :

Plexus et système nerveux	**Chakras, Yoga tantrique hindouiste et bouddhiste**	**Couleur associée**	**Fonction**
Encéphale (mésencéphale et diencéphale)	Sahasrâra-Chakra, sommet du crâne, **7**	violet	
Epiphysaire, fibres orthosympathiques issues du GG (ganglion) cervical cranial, **1**	Ajnâ-Chakra, racine du nez, '3ème œil', front, glande pinéale, **6**	indigo	
Laryngé, GG cervical cranial, **2**	Visuddha-Chakra, 5ème cervicale, gorge, **5**	bleu	Expression
Cardio-pulmonaire, plexus pulmonaire et cardiaque, **3**	Anâhata-Chakra, 5ème dorsale, entrée de la poitrine, **4**	jaune	Circulation, respiration
Caeliaque, 4 Et Mésentérique cranial, **5**	Manipûra-Chakra, plexus solaire, nombril et 1ère lombaire, postdiaphragmatique, **3**	vert	Digestion, sommeil
Mésentérique caudal, **6**	Svâdisthaâna-Chakra, Entrée du bassin, jonction sacrum lombaire, **2**	rouge	Centre excréteur génital
Hypogastrique, **7**	Mûlâdhâra-Chakra, base de la colonne, moelle lombo-sacrée et plancher du bassin, périnée, col de l'utérus, **1**	cramoisi	Energie vitale et embryonnaire
Névraxe	Sushuma		Liaison de tous les centres

Ce tableau résume les centres d'énergies du tronc ou de la tête, encore dénommés champs de cinabre (28). Ces champs, correspondent dans les arts martiaux japonais aux Haras, dans le Yoga hindoux aux Chakras et sont très fréquemment mentionnés dans la doctrine taoïste. Nous entrapercevons ici l'immensité des domaines qui s'ouvrent à nous par le biais d'une approche plus énergétique et philosophique de l'animal.

L'acupuncture, que nous développerons plus bas, comme l'ostéopathie, est une science très précise qui permet l'ouverture à la philosophie orientale et à ses conceptions vitalistes[4], mais qui peut aussi être pratiquée sur des bases anatomiques et énergétiques sans faire appel à la philosophie orientale.

La philosophie orientale ainsi que les conceptions vitalistes sont en effet, assez éloignées de 'nos' propres conceptions occidentales (cf. plus bas, les points de vue différents et les démarches inductives et déductives). Cependant si nous souhaitons approfondir ces domaines d'investigations plus énergétiques et spirituelles d'un animal et les utiliser dans notre pratique, ces écarts philosophiques seront à surmonter et à comprendre…

En résumé, malgré l'immense complexité organique et fonctionnelle des vertébrés supérieurs, nous avons pu observer une très forte unité à chaque niveau étudié qu'il soit cellulaire, tissulaire, fonctionnel ou organique jusqu'à l'assemblage cohérent de systèmes et l'obtention d'un corps. Tout ceci ne peut se réaliser sans échanges avec le monde extérieur et sans équilibre physiologique et maintien actif de cet équilibre donc de l'homéostasie.

§ Echanges, homéostasie et globalité

L'homéostasie est une recherche constante d'équilibre au sein d'une cellule, d'un système organique ou d'un corps et ceci en dépensant le moins d'énergie possible. Elle s'exprime partout dans l'organisme.

Le réflexe myotatique avec sa boucle gamma, est un bon exemple de conservation tissulaire et d'homéostasie (7). Si un élément articulaire s'accélère par rapport à un autre, les éléments péri-articulaires sont étirés et la contraction réflexe 'myotatique' provoquant spasme articulaire et contracture musculaire empêche l'articulation d'aller trop loin.

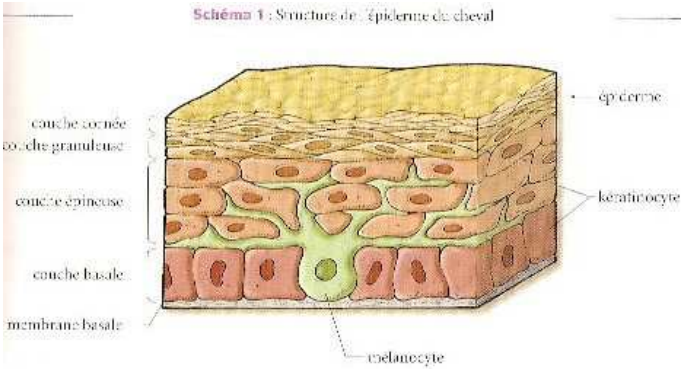
Or il n'y a pas d'homéostasie, sans échanges…et pas d'échanges sans différences de milieux, ni de différences de milieux sans frontières…La peau et les épithéliums, frontières des mondes intra et extracorporels sont d'autres exemples de l'université dans la diversité. Ils participent à l'homéostasie au même titre que la barrière cellulaire.

La peau, issue de l'ectoderme est l'organe nerveux le plus important du corps, c'est le lieu d'échange, notamment d'informations, par excellence, la base du dialogue entre l'ostéopathe et son patient.

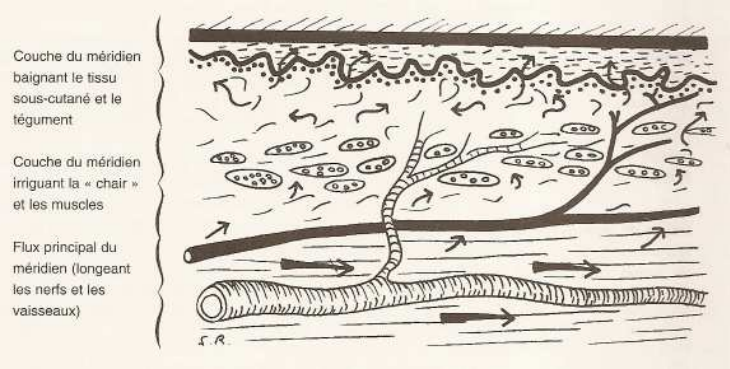
Elle est donc organe des sens et de la communication (25) tout en assurant protection, forme et consistance au corps, elle est aussi un organe de stockage, de sécrétion et d'excrétion, un acteur de l'homéostasie corporelle participant entre autre à sa régulation thermique et aux défenses immunitaires, elle est 'le miroir de la santé interne'. Nous verrons plus bas avec les interactions ostéopathie/médecine traditionnelle chinoise (MTC), que la peau est recouverte de 'points spéciaux'. Ces points 'sensibles' sont un outil de plus dans notre pratique vétérinaire pour poser diagnostics et traitements.

---

[4] **Le vitalisme** se réfère au principe vital ou principe d'animation du vivant, c'est une doctrine biologique qui attribue aux phénomènes vitaux des lois particulières issues d'un principe vital.



La peau comme organe de communication et miroir de la santé interne (25)



Les méridiens d'acupuncture ont un axe principal et une zone périphérique plus superficielle au niveau des tendons, des muscles et du tégument avoisinant. (28)

La peau, le plus grand organe du corps, n'est donc pas seulement une barrière physique entre le 'je' et le 'non-je', elle est aussi un miroir de l'état physiologique de l'individu qui s'exprime grâce notamment à ses zones de projections organiques, à la notion de dermatome et à son rôle majeur dans la réflexothérapie de la MTC. Les épithéliums digestifs et respiratoires issus de l'endoderme sont les autres lieux majeurs d'échanges avec le monde extérieur.

La peau reçoit l'innervation de fibres sensitives somatiques dont les terminaisons libres sont associées aux cellules de Merkel de la couche basale de l'épiderme et aux structures corpusculaires spécialisées de Meissner et Pacini (25). Elle est richement vascularisée au sein du derme par trois plexus communicants profond, médian et superficiel et parcourue de vaisseaux lymphatiques.

Ses annexes épidermiques, glandes sudoripares sous influence béta-adrénergique, glandes sébacées exocrines et follicules pileux sont autant de signes de la santé cutanée mais aussi de la santé organique par liens avec tout le dermatome, le myotome et la zone viscérale associés.

Pour Tricot *'La nécessité de l'échange fait de la structure vivante un système ouvert, ce qui la rend vulnérable, mais capable d'évolution.'*

L'homéostasie est liée à l'ouverture et à l'échange avec le monde extérieur qu'il soit le milieu extra cellulaire ou l'environnement dans lequel vit l'animal. Sans échanges avec l'extérieur, il n'y a pas de vie. Dès que les échanges sont entravés, de mauvaise qualité par exemple lors de l'altération des faisceaux vasculo-nerveux lors de dysfonction ostéopathique, ou présentent un danger, l'homéostasie est menacée, la survie est compromise pour la cellule comme pour l'individu.

Tous les mécanismes de protection et de survie vont alors être enclenchés au niveau du corps (fuite, lutte, etc.) et de la cellule (soumise à l'action du système nerveux, de la redistribution du sang dans les territoires privilégiés pour la fuite etc.). Des échanges, naissent les équilibres structurels et liquidiens cellulaires, grâce aux maintiens actifs des concentrations moléculaires et flux liquidiens de part et d'autre des parois cellulaires. D'eux naissent aussi l'équilibre global tissulaire et organique et la notion d'homéostasie corporelle.

Or l'ostéopathie n'a-t-elle pas pour but essentiel de rétablir l'harmonie et la qualité des échanges tissulaires, donc cellulaires et de donner au corps un moyen de se traiter …ou la notion d'auto guérison si chère à Still? Elle ne peut cependant s'appliquer que lorsque les échanges corps/environnement et donc ostéopathe/animal sont sereins.

Tout échange considéré comme dangereux avec l'environnement entraînera les réflexes de survie de l'animal (voir plus bas les notions de *'champ détendu'*, de stress et d'homéostasie) et rendra impossible la communication entre le thérapeute et le patient. A partir du moment où il y a échange avec ce non-je, l'influence des diverses propriétés et qualités de ce monde extérieur sur 'le holon' apparaît donc considérable.

Ces notions d'influences et d'échanges avec le monde extérieur sont fondamentales dans la médecine traditionnelle chinoise, que nous ne pouvons ignorer quand nous nous intéressons à l'ostéopathie.

En plus d'être confrontés à la difficulté d'appréhender l'animal en entier, dans toute son 'universalité cellulaire', nous devons intégrer à notre approche globale de son corps, son environnement tant spatial que temporel.

I-2 GLOBALITES SPACIALES ET TEMPORELLES

'Le monde du dehors ou le non-je' ou comment intégrer 'les tous' du '*holon-Janus*'

I-2-1 L'animal et son environnement

§ Influence du temps qui passe et du temps qu'il fait …, des rythmes circadiens et saisonniers : le maintien de l'homéostasie et l'apport de la médecine chinoise traditionnelle

& L'influence des saisons et de la photopériode dans le cercle de maintien de l'homéostasie.

Le complexe pinéal, voisin au sein du système nerveux central du cortex cérébral, de l'hypothalamus, de l'hypophyse (dont sa neurohypophyse), est régulé par la photopériode. Il initie et maintient le système neuroendocrinien dans son rôle essentiel d'homéostasie (7). Il est le cerveau du système de synchronisation de l'organisme au cycle circadien et à la photopériode.

La mélatonine est sécrétée par ce complexe et par la rétine, les cônes de la rétine et les cellules photoréceptrices de l'épiphyse des vertébrés inférieurs ont d'ailleurs la même structure.

Elle est la clé du complexe équilibre neuro-hormonal mettant en jeu entre autre l'axe hypothalamo-hypohysaire régissant de nombreuses fonctions organiques. Elle est produite et excrétée immédiatement la nuit et son pic nocturne signe l'information photopériodique. Tout le cycle du système de reproduction, entre autre, dépendant de cette hormone est ainsi lié à la photopériode. (7)

GLANDE PINEALE, MELATONINE 1→ par inhibition → HYPOTHALAMUS, CELLULE CIBLE NEURALE : GNRH → HYPOPHYSE, PARS DISTALIS : FSH → GONADE (et toutes ses hormones gonadiques stéroïdiennes : OESTROGENE, PROGESTERONE, TESTOSTERONE)

2 → par inhibition → HYPOPHYSE, PARS TUBERALIS, CELLULE CIBLE SPECIFIQUE : TUBERALINE : PROLACTINE (action sur la peau et les phanères, les muscles, les os et le tissu adipeux, les gonades, le foie, les reins, le cerveau etc.)
(: sécrétion de ; → action sur)

Même si certains animaux domestiques subissent des périodes d'éclairages modifiées par rapport aux rythmes nycthéméraux, comme leurs maîtres !... Ils restent très liés sur le plan neurovégétatif à ces rythmes, comme aux déroulements des saisons.

Les juments par exemple, qui poulinent au printemps, s'adaptent au lieu de vie grâce au système neuroendocrinien précité : dans l'hémisphère nord, leurs chaleurs apparaissent vers mars, alors qu'elles surviennent en septembre dans l'hémisphère sud.

Ces influences externes sur les rythmes biologiques doivent donc être prises en compte.

& Omniprésence de la médecine traditionnelle chinoise et interactions avec le non-je

Médecine traditionnelle chinoise (MTC) et ostéopathie partagent un même lieu d'exploration et de travail : la peau puis successivement les structures sous-jacentes. L'une comme l'autre par ailleurs s'intéresse aux dysfonctionnements, le *'lésionnel'*, lui, ne relevant ni de l'acupuncture, ni de l'ostéopathie. L'acupuncture s'adresse surtout aux affections d'origine externe, localisées au niveau des couches superficielles de l'organisme, des méridiens.

Des similitudes s'établissent entre ostéopathie et acupuncture notamment entre les points sentinelles évoqués par le Docteur Dominique Giniaux (17) et les points moteurs et points de tension ou points d'acupuncture utilisés en médecine traditionnelle chinoise (26 ; 28). Les points d'acupuncture sont des territoires cutanés, des lieux d'échanges et d'interconnections entre le milieu extérieur et les organes internes.

Les points d'acupuncture sont, nous le verrons, en fonction de l'état des milieux intérieur et extérieur, des saisons, du moment de la journée ou du temps qu'il fait, des 'portes ouvertes ou fermées'. Ils contrôlent et régulent par ailleurs les grandes fonctions organiques grâce aux méridiens qui sont en relation avec le milieu extérieur grâce à eux.

Les méridiens situés sous le tégument sont des lignes de force, des flux d'énergie spatialement orientés, rattaché à une fonction et aux organes associés. Ils suivent des lignes de force de champs magnétiques et l'énergie circulante serait l'ensemble des ondes électromagnétiques guidées par ces champs magnétiques.

Les points '**Yu**' (encore appelés points 'Shu' ou points d'Assentiment ou de Résonance Paravertébraux) sont les voies de relation entre le corps et l'extérieur, ils traduisent l'état des grandes fonctions organiques auxquels ils sont rattachés et sont disposés de façon métamérique. Ils se situent le long des deux branches du méridien Vessie, sur le dos, dans un

espace intervertébral au bord ou au milieu de la masse commune et portent chacuns le nom de l'organe auquel ils s'accordent (17). Ils sont généralement utilisés en *tonification.*

Les points '**Mu**' ou points alarmes sont situés face ventrale et portent le nom d'un des douze méridiens ou organes auquel ils se rattachent. Ils permettent en recevant le trop plein d'énergie des viscères les concernant de déceler les états en 'hyper', et sont traités en *dispersion*.

Il est possible d'utiliser l'action thérapeutique de chaque point en '**Point Local**' (en prenant soin de rééquilibrer les méridiens affectés), point de commande organique proche, contrairement à ceux situés sur les méridiens, à distance de l'organe concerné.

Les **points articulaires**, qualifiés de commande articulaire, sont en général sur les méridiens Yin et Yang Ming, méridiens actifs sur les articulations.

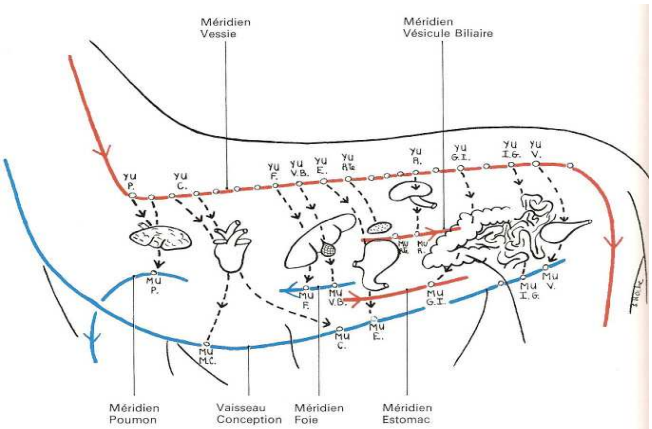
Les **points musculaires**, utilisés en tonification ou en dispersion, sont en regard de la plaque motrice et là où pénètre le faisceau nerveux, au quart supérieur des muscles en question.

Les **points Nerveux** se situent aux principales ramifications nerveuses décrites par l'anatomie.

Les points '**Shu antiques**' ou points élémentaires permettent d'intégrer les 5 éléments (Bois, Feu, Terre, Métal, Eau) au traitement, ils sont 5 par membre et par méridien et sont sous les carpes et tarses, en regard des articulations.

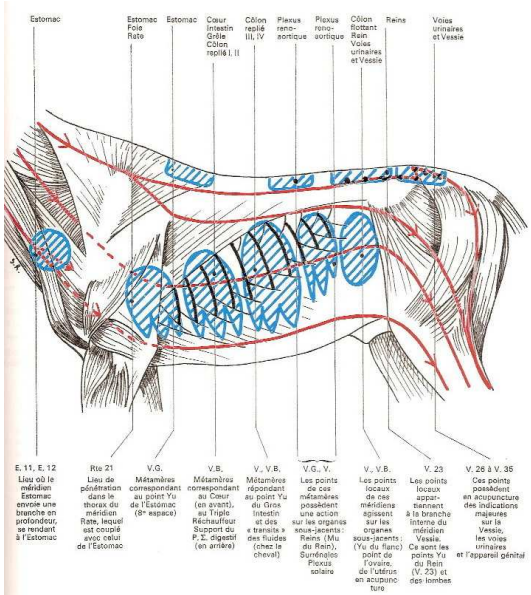
Les points **Lo** et **Source** sont les points de départ et d'arrivée des vaisseaux de liaisons ou vaisseaux Lo, qui connectent les 12 méridiens deux à deux (28).

Le corps semble donc pris dans un 'filet énergétique' de méridiens et de points, ces derniers étant les clés d'action et les soupapes de cet organisme.



Signification des points de Résonance (ou Yu) et des points d'Alarme (ou Mu)

L'énergie apportée par le méridien Vessie (de fort potentiel énergétique : T'ai Yang - grand Yang) gagne les organes... puis de la rejoint les méridiens des faces latérale et ventrale du tronc, au niveau des points Alarme, dont le trouble fonctionnel traduit un état de perturbation des organes correspondants.



Le clavier équin de Roger

2. Liaison entre les données de l'acupuncture et les territoires d'hyperréflectivité décrits par Roger lors d'affections organiques aiguës.

L'énergie en médecine chinoise parcourt les méridiens avec une activité annuelle cyclique maximale, puis 6 mois plus tard minimale, pour chacun. Si l'on prend par exemple, le méridien gros intestin, son activité est maximale en septembre et minimale en mars.

L'acupuncture traditionnelle, dite énergétique, repose sur les notions suivantes : celles de l'énergie, de l'aspect binaire yin-yang, de l'aspect trinitaire, des 4 mouvements, des 5 éléments et des 6 niveaux d'énergie. Nous exposerons rapidement ces fondements de la médecine traditionnelle chinoise et de l'acupuncture traditionnelle, afin de souligner sa complexité, sa richesse et ses interactions avec l'ostéopathie.

*L'énergie ou le **Ch'i** : notion inconnue en occident, elle est en médecine chinoise le phénomène inducteur de la matière, la contrôlant et la nourrissant, la détruisant parfois.

*L'aspect binaire **Yin-Yang** : le mâle et la femelle, la dualité Energie (les méridiens) et Matière (le corps physique) etc. Ces deux concepts permettent un raisonnement simple et rapide afin d'interpréter les phénomènes et d'en déduire une conduite à tenir. Ces concepts omniprésents en Chine suivent un raisonnement par analogie et non par analyse. Tout est applicable à ce modèle binaire.

Correspondance Yang	Correspondance Yin
Tête	Tronc
Ligne médiane dorsale	Ligne médiane ventrale
Avant-main	Arrière-main
Plans superficiels	Couches internes du corps
Côté gauche	Côté droit
Face externe des membres	Face interne des membres

Le mouvement par exemple : l'action de tous les extenseurs corresponde à l'état Yang (dont l'extrême est l'opisthotonos), alors que les flexions des membres et de la colonne vertébrale (comme l'attitude relâchée ou hypotonique) se rattache au Yin.

*L'aspect **trinitaire** : il est issu de l'union du Yang et du Yin. Il est à rapporter aux principes du Taoïsme, bases de la philosophie chinoise : le Tao engendre le 1 (Unité, Energie) ; L'Unité engendre le binaire (Yang ou essence et Yin ou substance) ; Deux (dualité, couple) engendre Trois ; Trois (1+2, Energie et Matière) engendre l'œuf (à l'origine de tous les êtres du monde). La structure globale de l'organisme peut être appréhendée par ces 3 étages : supérieur (étage psychique), inférieur (corps physique décrit par l'anatomie occidentale) et intermédiaire : interaction des corps physique et psychique ou plan de la manifestation.

L'étage supérieur reflète les influences du monde extérieur sur l'organisme, qui s'y adapte par l'intermédiaire de la portion périphérique des 12 méridiens d'acupuncture. Ce chiffre douze est lié au temps (qui passe…), à l'aspect cyclique, à la continuité et au Yang. Il s'alimente sur les modes énergétique et intellectuel.

L'étage inférieur, celui du corps physique et de l'anatomie est de substance matérielle et de structure discontinues, rattaché à l'espace et au Yin. Sa nourriture est substantielle.

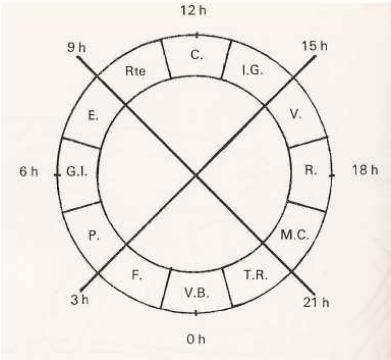
L'étage intermédiaire, interaction des deux précédents reflète le comportement et les 8 méridiens curieux ou merveilleux vaisseaux. Il se nourrit de facteurs qualitatifs tels les sons, images, odeurs, couleurs, sentiments…

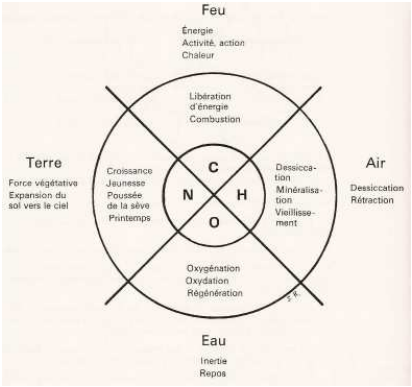
Les maladies apparaissent et se développent à un de ces trois niveaux mais peuvent aussi se transmettrent à un autre étage, notamment lors des affections psychosomatiques avec un passage de l'étage psychique 'supérieur' Yang à l'étage physique inférieur 'Yin'.

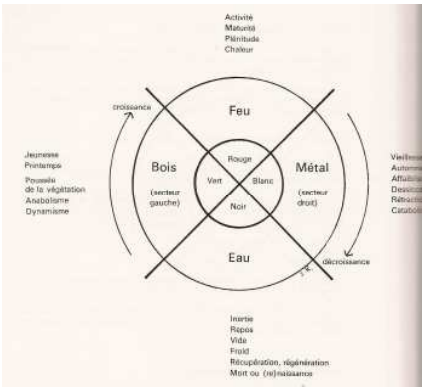
*Les 4 mouvements sont liés aux états **Grand Yin** (phase de repos), **Jeune Yang** (passage du Yin au Yang : phase d'essor, de croissance, de mise en activité), **Grand Yang** (phase d'activité, de maturité) et **Jeune Yin** (passage du Yang au Yin : phase de décroissance, de condensation, de dégénérescence ou de mise au repos). Les quatre mouvements s'inscrivent et

se centrent ainsi dans le cycle saisonnier annuel : l'état Yin sur le solstice d'hiver, le passage Yin Yang sur l'équinoxe de printemps, l'état Yang sur le solstice d'été et le passage Yang Yin sur l'équinoxe d'automne.

Disposition des méridiens dans le temps/Symbolisme des 4 mouvements en occident/ en MTC (28)





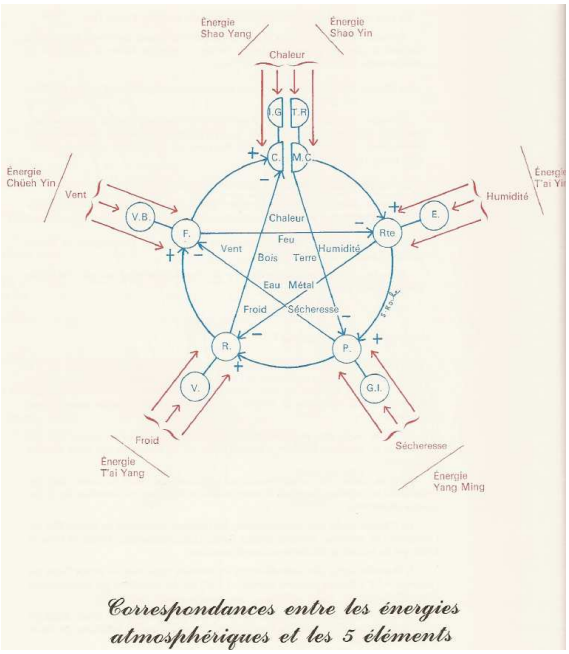


L'énergie circule dans les méridiens et passe par ces 4 phases, 3 fois en 24 h. Elle suit dans le circuit des méridiens un rythme nycthéméral avec un maximum d'activité de deux heures par méridiens. Les 4 mouvements sont aussi liés symboliquement aux éléments suivants : le **feu** et le carbone pour le Yang, l'**eau** et l'oxygène pour le Yin, le **bois** et l'azote pour le passage Yin Yang, le **métal** et l'hydrogène pour le passage Yang Yin.

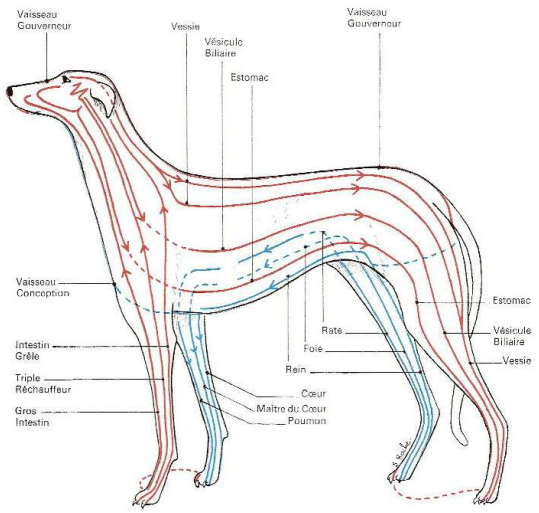
*Les 5 éléments : le 5ème élément apporté ici est la **Terre**. Les 4 autres éléments l'influencent et entourent cet élément neutre et passif qui agit sur eux également. La loi des 5 éléments est à la base de l'acupuncture traditionnelle.

Ces différents secteurs interagissent les uns avec les autres par des rapports de production (transfert d'énergie d'un secteur à l'autre), d'inhibition (complémentarité ou opposition, notion de secteurs en hypo ou en hyper), de compensation, d'empiètement, de mépris ou d'épuisement. Les rapports de compensation sont liés au caractère neutre du secteur Terre qui renvoie l'énergie aux 4 autres secteurs. Toutes ces notions mériteraient un plus ample développement, qui nous éloignerait malheureusement un peu trop du sujet.

Le secteur Bois est rattaché au Foie, le Feu aux cœur et vaisseaux, le secteur Terre à la fonction lymphatique, lymphoïde, Rate, liquide interstitiel, lymphe, trame et tissu conjonctif, le Métal aux Poumons et le secteur Eau à l'appareil uro-génital.



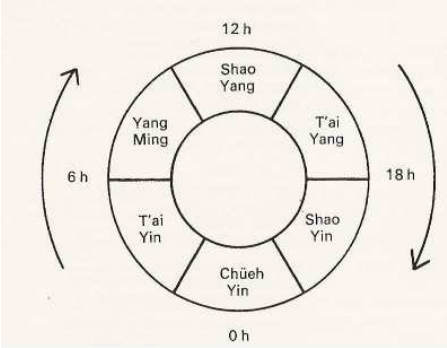
Correspondances entre les énergies atmosphériques et les 5 éléments



Disposition générale des méridiens chez le Chien

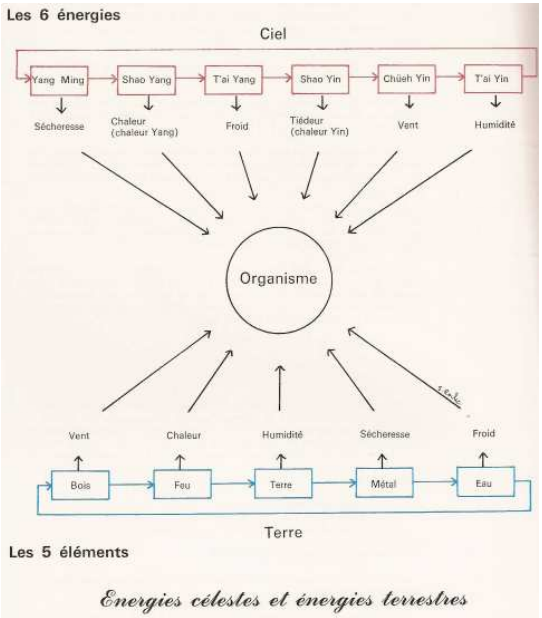
Les interactions organiques avec les forces météorologiques, le rôle des cinq éléments (le feu, le métal, la terre, le bois et l'eau) couplés aux méridiens d'acupuncture avec leurs points de commande, leurs points d'entrée, leurs points d'alarme nous révèlent donc l'influence constante des saisons et du rythme nycthéméral sur l'individu.

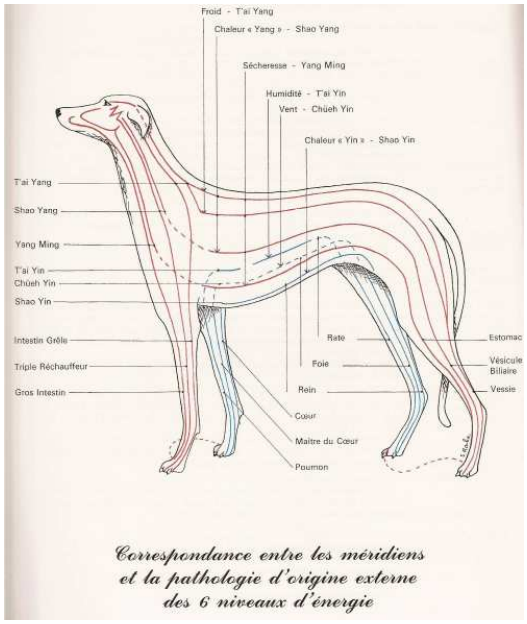
*Les 6 niveaux d'énergie : ils correspondent aux niveaux **supérieurs** (T'ai ou grand), **intermédiaires** (Ming ou naissant pour le Yang ; Chüeh ou s'affaiblissant pour le Yin) et **inférieurs** (Shao ou 'peu de') **du Yin et du Yang**. Ils se succèdent sur 24 heures :



Niveau énergétique	Energie atmosphérique	Phase du cycle nycthéméral	Phase du cycle annuel	Période de la vie
Yang Ming ou Yang naissant	Sécheresse (dessiccation)	aube (clarté du jour)	printemps (allongement rapide de la durée du jour par rapport à celle de la nuit)	naissance et enfance
Shao Yang ou Jeune Yang	Chaleur	matinée et après-midi	fin du printemps et saison chaude de l'été	adolescence, jeunesse et début de maturité
T'ai Yang ou Grand Yang	Froid (par dilatation extrême en fin de dépense énergétique)	soirée	fin de l'été et beaux jours de l'automne	maturité et troisième âge
Shao Yin ou Jeune Yin	Tiédeur (par compression)	début de la nuit	fin de l'automne	vieillesse
Chüeh Yin ou Yin intermédiaire	Vent	heures froides de la nuit	hiver	mort ; gestation
T'ai Yin ou Grand Yin	Humidité	fin de la nuit, instants où la rosée se dépose, laquelle se dissipera très rapidement au temps suivant : Yang Ming	fin de l'hiver et arrivée du printemps	libération des eaux naissance bris de la coquille chez les ovipares.

Les six niveaux d'énergie dans le corps sont rattachés aux méridiens d'acupuncture, aux territoires de topographie neuromusculaires et cutanés et aux fonctions organiques. T'ai Yang ou Grand Yang 'antérieur' et 'postérieur' correspondent respectivement aux méridiens **Intestin Grêle** et **Vessie** ; Shao ou Jeune Yang antérieur et postérieur au **Triple Réchauffeur** et **Vésicule Biliaire** ; Yang Ming ou Yang naissant au **Gros intestin** pour l'antérieur et au méridien **Estomac** pour Yang naissant 'postérieur'. De la même façon les 3 niveaux Yin, dédoublés en Yin 'antérieur' et Yin 'postérieur', se rattachent ainsi : Grand Yin antérieur → méridien **Poumon** ; Grand Yin postérieur → méridien **Rate** ou **Rate Pancréas** ; Jeune Yin antérieur → méridien **Cœur** ; Jeune Yin postérieur → méridien **Rein** ; Yin intermédiaire antérieur → méridien **Maître du Cœur** ; Yin intermédiaire postérieur → méridien **Foie**.





L'organisme et ses méridiens peuvent être atteints par les 6 niveaux d'énergie, les 5 éléments et par les couches superficielles, en l'occurrence les méridiens T'ai et Shao Yang soit Vessie, Intestin Grêle, Vésicule Biliaire et Triple Réchauffeur. Les méridiens Yang Ming Estomac et Gros Intestin, sont protégés par les deux étages précédents et moins atteints par les affections d'origine externe. Les méridiens Yin, eux, sont rarement touchés par ces mêmes affections et lorsqu'ils le sont, l'évolution, brutale, peut être mortelle car l'intégrité de leurs organes est plus vitale que celle des entrailles (28).

La notion de méridien, ensemble de points liés à des fonctions organiques est d'une aide précieuse dans l'approche globale de l'animal. Les douze principaux méridiens sont partagés entre 'entrailles-yang' (intestin grêle, gros intestin, estomac, vésicule biliaire, vessie et triple réchauffeur') et 'organes-yin' (cœur, poumons, rate, foie, reins et maître du cœur). Ces notions permettent une compréhension globale des activités organiques diverses, troublées ou non, des anomalies de fonctionnement en hypo ou hyper, des altérations cutanées associées, des gênes locomotrices concomitantes etc.… Nous retrouvons l'importance de la peau évoquée plus haut et son rôle de miroir du fonctionnement interne, avec ses zones réflexes. Nous devons tenir compte et sommes aidés dans notre diagnostic par les signes cutanés locaux (zones en sueurs, squameuses, sèches, poils hirsutes, peau kératinisée, 'sans vie'…).

Nb : les illustrations concernant la médecine traditionnelle chinoise sont issues de l'excellent ouvrage du Dr Frédéric Molinier : 'Traité d'acupuncture vétérinaire'.

§ L'environnement 'proche'

L'intégration de l'environnement proche est également indispensable dans toute vision holistique ostéopathique d'un animal. Le recueil de renseignements auprès des maîtres peut tout à fait être réalisé après la consultation d'ostéopathie. Comme dans toute médecine, le malade doit être écouté attentivement et questionné, afin de savoir précisément la raison de la visite. En médecine vétérinaire 'classique', le dialogue est souvent indirect par le biais du propriétaire et peut parfois être mal interprété ou les commémoratifs confus. En ostéopathie, nous devrons tenter d'avoir un dialogue direct avec l'animal à travers nos mains et d'entrer en communication tissulaire (voir plus bas). L'écoute et la confiance en ses propres mains sont des difficultés majeures rencontrées par l'ostéopathe débutant.

Cependant en dehors de ce dialogue tissulaire, il est intéressant dans la recherche d'une vision globale de poser quelques questions dont voici une liste non exhaustive :

-Qui sont ses maîtres ? Et comment vont-ils ?
-Vit-il avec des congénères et qui sont-ils ?
-Quelle hiérarchie s'est installée et est-elle stable ou génère-t-elle anxiété et stress ?

En effet, est-il possible de réaliser un vrai traitement ostéopathique sans soigner les maîtres (cf. hypothèse du centaure ci après) ou sans tenter de comprendre et de régler dans la mesure du possible les conflits existants sur le lieu de vie et les troubles qu'ils engendrent ? Ou l'animal comme symptômes des troubles de ses maîtres…

Prenons l'exemple d'un chien mâle croisé Labrador appartenant à une jeune femme et qui est présenté en consultation d'ostéopathie pour asymétrie locomotrice du train arrière. Outre des dysfonctions somatiques décelées au niveau des sacro-iliaques, calcanéum gauche,

coude droit, temporal droit et cervicales hautes (C1-C2), le chien présente une forte dysfonction de la neuvième dorsale en relation avec un foie dense et de motilité réduite.

Ce chien qui a de temps en temps des vomissements (essentiellement de bile) doit surtout affronter quotidiennement un congénère mâle dominant, plus jeune (berger belge malinois de 3 ans) qui appartient à la mère de la jeune femme. La propriétaire du labrador est revenue habiter chez sa mère après une période d'absence dont la durée n'est pas précisée. Tous les jours, les deux femmes doivent éviter que les deux chiens ne se rencontrent dans la maison, si une erreur de parcours survient, la bagarre entre les deux chiens est inévitable! Nous pouvons imaginer l'état de tension constante régnant chez les animaux comme chez leurs maîtresses et les troubles somato-émotionnels rencontrés…

Et nous réalisons que le traitement purement structurel des dysfonctions trouvées sans modifications des conditions de vie ne sera efficace qu'un temps.

Reprenons nos investigations sur notre patient… :

-Quel est son mode d'élevage ?

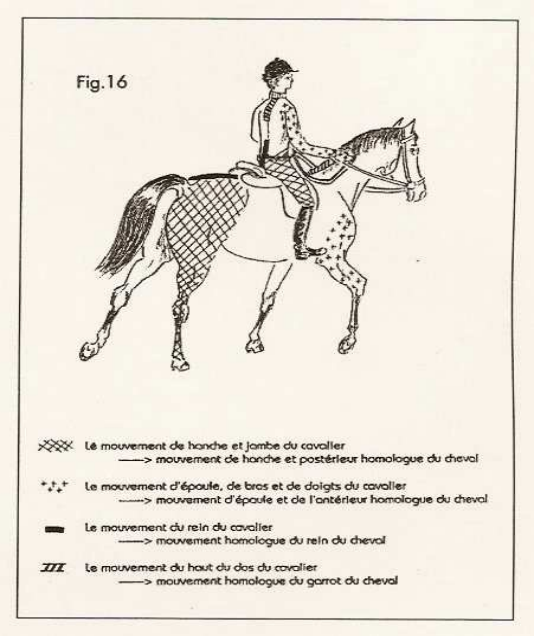
-Quelle est son hygiène de vie et alimentaire ? Nous nous rappelons de la première règle du programme de l'ostéopathe énoncée par son fondateur Andrew Taylor Still : *'Nous croyons à la salubrité et à l'hygiène'*. Nul ne pourra espérer offrir une voie de guérison satisfaisante à l'animal si les conditions de vie responsables de son état ne sont pas améliorées.

Si l'animal qui nous est présenté est un animal de travail ou de sport :

-Quelles sont les conditions de l'exercice physique demandé, et surtout si c'est un cheval monté par un seul cavalier :

-Comment va le cavalier ?

En effet, comme le Docteur Patrick Chêne l'expose dans sa 'théorie du centaure' (3) : une relation dysfonctionnelle peut se mettre en place dans le couple cavalier-cheval. Il a constaté notamment l'installation de lésion en diagonale dans le bassin avec par exemple la présence d'un ilium gauche en conversion supérieure chez le cheval associé à un ilium droit en conversion antérieure chez l'homme. Le cheval peut donc refléter des problèmes existant chez son cavalier.



Pour Barrey (1) '*...le cheval contracte et relâche ses groupes musculaires en même temps que le cavalier agit et cède avec ses propres groupes musculaires homologues'*. Toute dysfonction somatique du cavalier se répercutera donc sur la locomotion de son cheval.

L'isopraxie correspond à la transmission motrice d'un individu à un autre, elle apparaît entre le cheval et le cavalier si l'un comme l'autre sont détendus et qu'elle peut s'appuyer sur une relation affective de bonne qualité (ou isoesthésie). Tout mouvement du cavalier entraînera le même mouvement chez son cheval et inversement, comme par un effet de transmission

d'oscillateurs neuronaux par l'intermédiaire de canaux sensori-moteurs.

L'ensemble des informations perçues par l'animal, les informations extéroceptives comme celles d'origine interne constituent une sensibilité globale, cénesthésique. Cette cénesthésie sera le vecteur majeur de communication entre le cavalier et son cheval, et entre le thérapeute et son patient.

Nous remarquons ici une fois de plus que la prise en compte globale de l'animal est loin d'être simple car dans ces cas précis d'interrelations cheval cavalier, le cheval rechutera dans ses dysfonctions somatiques tant que le cavalier ne sera pas traité par un ostéopathe !...

§ L'influence de l'environnement spatial et affectif au moment même de la consultation d'ostéopathie est essentielle.

Elle est envisagée plus loin lors de l'évocation de la communication ostéopathe/animal puis des conditions du diagnostic et du traitement ostéopathiques (notion de stress, d'acceptation de l'autre dans son espace intime, de confiance mutuelle, de communication sensori-motrice, d'iso esthésie etc.).

I-2-2 L'animal et son histoire

§ Dans le même but de vision globale nous devrions prendre en compte l'histoire contemporaine et passée de l'animal…de sa création, son embryogenèse jusqu'au jour de la consultation, en passant par sa naissance et par tous les évènements traumatiques qu'il a subit. Chaque étape a pu modifier son schéma corporel en y installant des dysfonctions primaires puis secondaires.

Les traumatismes péripartum notamment peuvent installer des dysfonctions somatiques entraînant chez le jeune ou l'adulte des lésions tissulaires plusieurs années plus tard. En effet, *'la fonction structure la structure'* (31) en d'autres termes, un défaut de fonctionnement d'une zone (articulaire par exemple), entraîne soit son non-développement, soit sa déformation. Le blocage d'une articulation chez l'embryon empêche ainsi sa formation, même si elle génétiquement programmée.

Or une fois ces lésions installées, nous sortons du cadre purement ostéopathique qui s'applique essentiellement à des tissus non lésés et qui a pour objectif de permettre à l'organisme d'assurer sa propre guérison, ceci en harmonisant grâce à nos manipulations les tissus perturbés et modifiés dans leur mobilité.

Pour exemple parmi tant d'autres le cas d'une génisse présentant une accroche ombilicale à gauche et en continuité des déficits de mobilité fasciale jusqu'aux poumons à gauche et une lésion du carpe gauche très invalidante. Nous pouvons imaginer qu'une consultation en ostéopathie peu après la naissance aurait pu modifier le schéma corporel dysfonctionnel développé au fils des mois et années par cet animal et qui a pu aboutir à un traumatisme et à la lésion définitive de ce carpe.

Les chirurgies de convenance sans complication particulière notable au moment de l'opération entraînent des modifications tissulaires qui sont au départ, locales. Elles peuvent ensuite par le biais des fascias, enveloppes, chaînes musculaires… et adaptations somatiques aux nouvelles conditions décelées par le système neurovégétatif, provoquer des dysfonctions somatiques parfois très éloignées topographiquement de la cause primaire.

Pour exemples : les adhérences de castration chez les chevaux qui entraînent des restrictions de mobilité, des dysfonctions au niveau de la première lombaire et des troubles locomoteurs associés. Ces mêmes chevaux présentent en médecine traditionnelle chinoise un point 'ovaire' en arrière de la dernière côte réactif et douloureux. (17).

: le cas d'une chienne Colley âgée de 8 ans qui présentait depuis longtemps d'anciennes lésions cartilagineuse au genou gauche et un défaut de mobilité de l'articulation coxo-fémorale gauche : elle était assez équilibrée malgré tout (pas de douleur ni de boiterie malgré une asymétrie locomotrice évoquée par les propriétaires).

Elle doit subir en urgence une ovario-hystérectomie sur pyomètre et il apparaît à la suite de cela une très forte inflammation du carpe à gauche (la radiographie n'a rien révélé en phase aiguë) associée ensuite à des crissements articulaires et une ankylose avec déformation de la face dorsale du carpe. Nous constatons une rupture de l'équilibre dysfonctionnel qu'elle s'était trouvée avant la chirurgie avec un dépassement du seuil d'adaptation et de douleur de l'articulation du carpe gauche qui se trouve maintenant en lésion. Cette lésion du carpe est à rapprocher de l'historique de chirurgie sur un fond de schéma global dysfonctionnel préexistant au départ.

§ Existe-t-il comme chez les humains une histoire portée par les générations ?

Oui : au moins celle de l'instinct de survie avec toutes ses cascades neuro hormonales réflexes aboutissant en fonction des espèces à des réponses somato motrices différentes au stress. En effet, l'histoire portée par les gênes est très différente si l'animal est une proie ou un prédateur.

Ceci est intéressant à prendre en compte par exemple lorsque des chaînes dysfonctionnelles mettent en jeu le méridien estomac avec accrochement rotulien chez un poney. Elles empêchent ainsi l'animal de se déplacer pour manger (activité principale bien connue chez le poney !) ou pour fuir, elles n'auront pas la même signification et n'engendreront pas les mêmes stress chez cet herbivore 'proie' que chez un carnivore prédateur.

Dans l'espèce humaine, certains vont plus loin et proposent des histoires familiales portées de génération en génération, inconsciemment, inscrites dans les gênes. Ces réflexions se font à travers des recherches sur la lignée ancestrale et sur la psychogénéalogie. Cet atavisme correspond à une hérédité biologique des caractères psychologiques. C'est une forme d'hérédité dans laquelle l'individu hérite de caractères ancestraux particuliers. Ces derniers ne se manifestent pas chez les parents immédiats mais permettent la réapparition d'un caractère primitif après un nombre indéterminé de générations.

Les interactions entre le monde intérieur de l'animal, son 'je' et le monde extérieur, le 'non-je', doivent donc être prises en compte si la vision de cet individu se veut holistique.

II QUELLES AUTRES DIFFICULTES ?

La somme des globalités intrinsèques et extrinsèques évoquées dans la première partie constitue la première des difficultés majeures lors de l'apprentissage de l'ostéopathie.

Nous rencontrons d'autres difficultés, dont certaines sont liées à nos modes de formation, à nos modes de vie en occident et à nos façons d'appréhender le monde qui nous entoure…et de communiquer.

II-1 DICHOTOMIE, ABSTRACTION ET REALITE

II-1-1 Des points de vues différents…

« Les principes fondamentaux de l'ostéopathie sont différents de ceux des autres systèmes et la cause de la maladie est considérée à partir ***d'un point de vue****, c'est-à-dire : la maladie résulte d'anomalies anatomiques suivies de désordres physiologiques.* » Andrew Taylor Still (36)

Il semble exister une apparente contradiction entre ostéopathie et science médicale. Elles ont pourtant un but commun : 'rendre' la santé à l'individu traité, mais 's'opposent' ou plutôt ont des points de vue différents sur tellement de plans que la communication entre elles est très souvent sources de polémiques stériles. Et c'est bien dommage …

- *Opposition entre ostéopathie et positivisme scientifique*

L'ostéopathie appréhende la vie ainsi, pour elle, l'organisme est 'le lieu d'expression de *sa* vérité de corps vivant'. (10). Cette vérité ou *noumène*[5] vital que l'ostéopathie rencontre, transparaît à travers 'l'opacité *phénoménale*' de la vie organique. Ceci est en opposition avec la pensée positive d'Auguste Comte qui, dans une tradition post-kantienne, sépare nettement les connaissances métaphysique et physique, les champs du nouménal et du phénoménal et ne s'intéresse qu'à ce dernier.

L'opposition apparente entre positivisme et ostéopathie ne s'arrête pas là : l'aspect mécaniste et la simplicité évoqués par Still sont en contradiction avec la vision comtienne des phénomènes biologiques pour qui leur très grande complexité ne peut les soumettre aux lois de l'inorganique.

La pensée comtienne et l'entreprise scientifique s'éloignent de toute forme de connaissance empirique et pratique car même si pour eux *'l'art est utile aux premiers pas, …il devient vite un empêchement'*. Cette ligne de pensée se poursuit et est reprise par Claude Bernard qui définit dans son ouvrage '*L'introduction à l'Etude de la Médecine Expérimentale*' les principes fondamentaux de la recherche scientifique.

---

[5] **Noumène** : par opposition à phénomène, en philosophie kantienne : concept de la chose en soi, conçue comme au-delà de toute expérience possible.

-Question de points de vue…

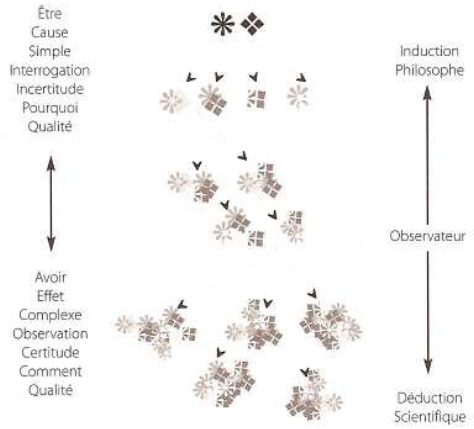
Et si toute ces polémiques et cette agitation autour de la légitimité des uns ou des autres n'étaient qu'une question de point de vue ? L'étude scientifique se tourne vers l'observable, le concret et le mesurable en cherchant idéalement à **extraire** le sujet de l'objet observé. La démarche ostéopathique au contraire ne peut se faire que si sujet et 'objet' sont en communication et s'influencent réciproquement sur le plan sensoriel.

Par exemple, la réalité des mouvements crâniens perçus par l'ostéopathe est pour le scientifique qui évolue à **un niveau différent de réalité** quelque chose de proprement incroyable car non quantifiable. Or, si notre point de vue tente de nous extraire de l'objet observé par le biais de l'abstraction, il reste un point d'appui, un fulcrum[6], et maintient une relation entre nous et les éléments observés.

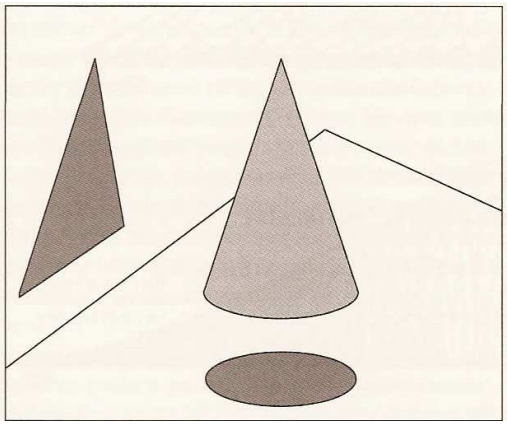
Pour Boris Cyrulnik (6) *'Par le simple changement d'attitude de l'observateur, l'être observé change de forme'*…c'est toute la magie de la peinture et de la photo, qui peut s'appliquer aussi aux sciences. En fait la réalité n'est pas exactement ce que nous observons, elle est simplement 'notre' réalité.

Des modèles existent en ostéopathie comme celui du cône (38) qui traduit une démarche inductive et subjective. Ce mode d'exploration remonte le cône du savoir en allant à la source : à la cause du trouble ou de l'altération visible objectivement sur l'individu. Nous observons un clivage entre la démarche déductive et la descente dans le 'cône du savoir', démarche habituelle scientifique et la démarche inductive inverse remontant le cône du savoir à la recherche de la cause des effets observés, rencontrée en ostéopathie.

L'induction est dans l'esprit ostéopathique et recherche la cause et pour Still *'La cause est antérieure à l'effet et absolue dans toute altération des conditions normales'*. Nous sommes donc ici confrontés à un raisonnement opposé à celui rencontré classiquement en science où la démarche déductive se réalise inversement. Cette démarche dichotomique scientifique se fonde sur l'observation et va vers la multiplication des données et la spécialisation.



Couples d'opposés apparent (38)



Cône du savoir et ses projections (38)

[6] **Fulcrum** : nom anglais issu du latin : point d'appui, pivot ; de nature matérielle ou subjectif (centre de conscience), physiologique ou aphysiologique (imposé au sein du système, lors de rétention par exemple) ; le Fulcrum de Sutherland (élève de Still) est considéré en approche tissulaire comme le centre mécanique du corps (jonction de la tente du cervelet et de la faux du cerveau, situé au niveau du sinus droit). (38)

En tant que vétérinaires, ces démarches dichotomiques et déductives sont des exercices auxquels nous sommes plus aguerris de par notre formation scientifique dite 'classique'.

Le temps ou pratiques intellectuelles, spirituelles et manuelles s'entremêlaient dans l'approche thérapeutique des animaux est révolu en occident. Le temps où les premiers maréchaux, évoluant en maréchaux-ferrants avec l'apparition du fer, au 12è siècle traitaient les chevaux : la connaissance du cheval devenant alors le socle du savoir vétérinaire (19). Depuis les ruptures culturelles de la fin du 19è siècle entre manuels et scientifiques, le dialogue entre les deux parties est plus devenu de plus en plus difficile. Cet éloignement s'est fait entre autre très concrètement par la suppression des exercices de forge et la mise en place du baccalauréat comme conditions d'entrée à la formation vétérinaire (19). Le thérapeute, qui était en général maréchal-ferrant, berger, guérisseur, ou fils de vétérinaires 'empiriques' et de manuels commence alors à suivre une formation scientifique, qui évoluera parallèlement aux multiples découvertes dans ce domaine.

La médecine conventionnelle s'est par ailleurs, depuis la séparation des autorités politique et religieuse, affranchie de l'influence de cette dernière qui définissait son champ d'action par des critères théologico-moraux. La médecine appartient alors exclusivement à la science et l'obtention du diplôme définit l'exercice légal comme l'exercice normal de la médecine (10).

- Du souffle à l'approche analytique…

Le clivage entre médecine conventionnelle et philosophie, entre science et métaphysique, remonte sans doute bien plus loin, au temps de Galien par exemple, qui a découvert que les artères tout comme les veines contenaient du sang et non pas une circulation d'énergie. Cette circulation ou ce souffle encore appelé le pneuma ou l'esprit de vie est évoquée ainsi par le père de la médecine : Hippocrate.

Pour Hippocrate *'…Les artères portent l'esprit de vie dans toutes les parties du corps, le rôle de l'esprit de vie, ou pneuma, étant d'unir entre elles les parties solides et les parties liquides.'*

Pour Hippocrate, la médecine doit se situer entre empirisme et rationalisme en ce sens que le médecin ne peut prétendre connaître le corps de son patient seulement par une observation directe et immédiate de l'organisme, ou par une interprétation purement rationnelle sans un regard à la réalité corporelle. Hippocrate tient à ce que le diagnostic médical regroupe les deux approches de l'objet vivant : l'appréhension de la situation particulière à ce patient et le respect des lois générales et universelles s'appliquant à l'objet en tant que partie du cosmos.

Galien, lui, suivant sa méthodologie analytique, a écarté du corps cette notion d'énergie, de 'Ch'i', de souffle. Il a ainsi participé à l'initiation de la science médicale à une vision très matérialiste, qui donnera ensuite naissance à la science moderne (28).

Nous pouvons constater que les conceptions ont évolué très différemment en Orient. En effet, pour les orientaux, même si les médecins chinois de l'époque pratiquaient autant de

dissection que leurs homologues occidentaux, le réseau d'une circulation d'énergie appartient à l'étage énergétique et n'est pas à remettre en cause. L'énergie n'est donc pas à rechercher au plan anatomique. Le corps, considéré comme un des lieux de manifestation du phénomène vital était appréhendé selon une méthode analogique, avec beaucoup de recul.

La science moderne actuelle, de son côté, commence à investiguer ces notions énergétiques par thermographie, mesures électriques, électronographie etc. (28). Des ponts de communications et de recherche se créent donc entre les deux points de vue occidental et oriental dans le cas de l'acupuncture. Il faut rester conscient du fait que, comme le souligne le Docteur Molinier :

'Apprécier le rôle de l'énergie, c'est tenter de déceler son impact, ses conséquences, et dans le domaine de la médecine, c'est être acupuncteur.
Essayer de connaître sa nature…c'est s'adonner à la philosophie… et cet aspect, aussi enrichissant soit-il, n'est pas nécessaire à la pratique de l'acupuncture.'

En fonctions des points de vue, les façons d'aborder un sujet seront différentes voire opposées alors que les buts et résultats se rejoignent, en l'occurrence rendre la santé à un patient. Pour un acupuncteur par exemple, le 'Rein' est en même temps l'organe 'rein', les capsules surrénale et les appareils urinaire et génital, car ils sont tous issu du 'rein embryologique' ou complexe embryologique néphrotique. Alors que pour le médecin occidental et le physiologiste, le rein est uniquement 'l'organe des anatomistes'. Ils ont tous raison, chacun selon son point de vue…

-*Question de communication…*

L'ostéopathie considère et émet comme postulat premier comme inséparables l'acte ostéopathique et la connaissance du phénomène vital car il y a pour elle communication directe entre les deux sujets : patient et thérapeute. Le patient ne peut être 'objet' de connaissance qu'à partir du moment où une relation communicante existe entre le thérapeute et lui.

Pour le scientifique, cette communication est totalement à exclure, dans le but même du détachement nécessaire à l'expérience et à son interprétation analytique.

L'ostéopathie, cependant, utilise pleinement les données scientifiques, les faits observables, les connaissances anatomiques, physiologiques etc. Elle estime même essentiel la confrontation entre la perception sensorielle et relationnelle avec l'organisme et les données scientifiques objectives que nous possédons. Pour Still, l'exercice pratique de la médecine et la théorie sont indissociables.

Les deux interprétations et appréhension du corps se situent simplement sur des plans différents, l'un est une action communicative directe avec le vivant, l'autre est l'analyse du vivant en tant qu'objet observable. Nous pouvons nous demander si la connaissance scientifique en observant un objet vivant ne se situe pas paradoxalement dans un plan métaphysique de l'acte scientifique, ce qui pose question par rapport à la définition même de la science dite positive qui exclut l'idée de connaissance métaphysique. L'approche scientifique positive expérimentale doit faire apparaître la propre loi d'existence de l'objet, du réel, sur un plan positif. Cette approche n'analyse peut-être l'objet que sous l'angle particulier

de l'expérience scientifique, son existence en tant qu'organisme vivant étant soumise aux conditions expérimentales.

Les deux visions, ostéopathique et scientifique doivent cependant se comprendre sinon se croiser si l'on considère que la science peut dans sa détermination du réel inclure une dimension 'méta-réelle' de ce réel. La spéculation est admise dans le domaine scientifique lorsqu'elle permet provisoirement de relier un état de fait à un autre. Un champ de recherche et de vérification du 'fait ostéopathique', non constitué comme fait scientifique, serait à envisager dans le domaine scientifique. Il serait possible en écartant les postulats ostéopathiques, qui excluraient automatiquement le fait ostéopathique du champ d'investigation scientifique, comme les postulats anti-ostéopathiques (10).

La médecine officielle et le raisonnement scientifique sont donc aujourd'hui intimement liés. Ils sont les bases de l'apprentissage de la plupart des vétérinaires praticiens et se sont progressivement éloignées de la philosophie, du spirituel et de la métaphysique. Le cheminement inductif et subjectif évoqué plus haut, ainsi que la communication directe avec l'objet vivant est pour le praticien d'aujourd'hui découvrant l'ostéopathie une autre difficulté à surmonter.

II-1-2 La somme des organes est-elle égale à un individu ?

Les découvertes de la médecine dite classique profitent des multiples avancés scientifiques de chaque domaine en particulier. La somme des données nouvelles est donc exponentielle au fils du temps. Cette multiplication du savoir nous entraîne vers une hyper spécialisation.

La science et la médecine ont suivi assez logiquement dans leurs modes évolutifs les découvertes des hyper spécialisations cellulaires et organiques du corps des vertébrés et leurs particularités anatomiques et fonctionnelles.

Nous observons lié à la masse des connaissance à appréhender un processus dichotomique dans l'étude des individus, à un découpage du corps en une somme de fonctions organiques, associées à des fonctions physiologiques, étudiées parfois indépendamment les unes des autres.

En conséquences, les spécialisations en médecine comme dans l'art vétérinaire peuvent nous conduire à n'appréhender que partiellement l'individu vu en consultation. Nous ne voyons plus un animal dans sa globalité mais nous avons en consultation un foie, un cœur ou un carpe défectueux…

Or l'animal n'est pas égal à la somme de ses organes, qui nous l'avons vu tout au long de la première partie, ne sont qu'un continuum tissulaire cohérent, il est bien plus. Il lui manquerait si on le limitait à sa structure organique la vie et 'le C'hi, le souffle vital, l'énergie ou les champs et forces magnétiques' le traversant, peu importe le nom qu'on leur donne. Le corps en effet se situe sur deux univers distincts : un univers matériel, physique et l'univers de la conscience, non matériel, abstrait se manifestant au sein de l'univers matériel (38).

II-2 SOMME DES DYSFONCTIONS SOMATIQUES ET SCHEMA GLOBAL

…Ou comment ne pas tomber dans les mêmes ‘travers’ dichotomiques en ostéopathie…

Il faudra s’efforcer à connaître le corps dans son ensemble, à le considérer comme une unité de fonctionnement. Nous avons vu en première partie, la cohérence, la continuité et la contiguïté de ses structures et systèmes organiques et nous devons pourvoir l’appréhender dans son ensemble en nous appuyant entre autre sur les connaissances anatomiques et physiologiques.

Nous faisons face à une complexité originelle de corps à laquelle se rajoutent les dysfonctions, rétentions, adaptations etc. dont nous ignorons la chronologie et l’organisation.

Malgré les recommandations de Still et de ses disciples sur la prise en compte globale de l’individu à traiter, nous ne sommes pas à l’abri en médecine ostéopathique d’un ‘découpage’ de notre patient. En effet, les différents niveaux de tests et de traitements en ostéopathie peuvent nous fournir une multitude de zones en dysfonction.

Ces dysfonctions somatiques additionnées les unes aux autres sans recherche de cohérence globale ne nous donneront pas plus de satisfaction qu’une liste d’examens complémentaires de laboratoires sur un animal dont l’examen clinique classique n’a pas été correctement réalisé. La pratique de la médecine ostéopathique ne nous protège pas systématiquement des mêmes écueils parfois rencontrés en médecine allopathique.

Nous devrons donc nous attacher tout particulièrement à mettre cette notion de dichotomie si elle nous aide dans notre exploration systématiquement au même niveau que notre vision holistique. C’est-à-dire une fois les dysfonctions trouvées à reprendre notre vision globale et à faire les allers et retours entre elle et le fonctionnement dichotomique, ce qui n’est pas facile.

En effet, la difficulté réside dans le fait que la somme des tests réalisés et des dysfonctions ostéopathiques trouvées ne sont pas équivalente à l’animal dans sa globalité.

L’ensemble des dysfonctions décelées doit nous aider à construire un schéma global de fonctionnement et à comprendre l’organisation interne de l’animal et son rapport au monde qui l’entoure, ses réactions viscérales et somatiques aux échanges avec son environnement.

II-3 PAS DE VISION HOLISTIQUE SANS DIALOGUE

II-3-1 Le dialogue tissulaire

Nous revenons à la communication, directe, avec l’animal : il ne peut y avoir une vision holistique de l’animal sans dialogue tissulaire. Un dialogue doit s’installer (comme son nom l’indique dans les deux sens !) entre les mains de l’ostéopathe et les tissus de l’animal. Les intentions de l’ostéopathe et les questions posées par ses mains et son esprit doivent être précises. La confiance de l’ostéopathe en ses mains doit être assez forte pour accepter de

percevoir les réponses aussi ténues soient-elles que les tissus leurs renvoient. Pierre Tricot nomme cela la ‘bio communication’.

Cette notion n’est pas en général évoquée au cours des formations scientifiques classiques et elle peut étonner et manquer au vétérinaire ostéopathe débutant.

Toute structure vivante réagit à une autre vie, elle convertit la communication en mouvement, sa mobilité inhérente en étant modifiée. Le dialogue tissulaire correspond aux réactions des consciences corporelles (à rapprocher des consciences cellulaires citées plus haut) de l’animal aux informations envoyées par l’ostéopathe. Ceci est à mettre en parallèle aux phénomènes vibratoires par résonance lorsque deux informations similaires se rencontrent.

Il faut interroger une structure lorsqu’elle est immobile car l’analyse de sa réponse en sera grandement facilitée. Il est également nécessaire de vérifier que le système corporel, ensemble liquidien pulsatile, rythmique et cloisonné communique. Pour cela, le praticien doit être très présent et dans un état d’enracinement et de lâcher prise lui permettant de rejoindre le monde intérieur de l’animal et de successivement trouver les zones de moindre communication et de les faire communiquer. Ensuite, les zones de rétention sont recherchées et libérées. Le but est l’obtention d’informations de la part des tissus en posant des questions claires dont la réponse ne peut être que oui ou non (38).

La perception tissulaire et la palpation renseignent sur la qualité tissulaire qui peut être dense, en général lorsque le problème source est d’origine traumatique, ou encore tendue lors de stress, ou inerte lors d’intoxication tissulaire en carence ou excès.

Toute perception, information et intuition doivent être associée à une réaction tissulaire palpable, dans le cas contraire, s’il n’y a pas de relation et de correspondance entre l’objectif et le subjectif, entre le palpé et le perçu, le chemin pris est à réévaluer.

La mise en place du dialogue tissulaire patient/ostéopathe se réalise après un enracinement, un lâcher prise et une présence ; puis une intention de séance ; une ouverture à l’intuition ; une attention globale (ces quatre premières étapes sont essentielles au déroulement des suivantes) ; une attention focale ; une intention verbalisée ; une apnée expiratoire ; une recherche et incitation au refus tissulaire ; et enfin un dialogue et des interrogations tissulaires.

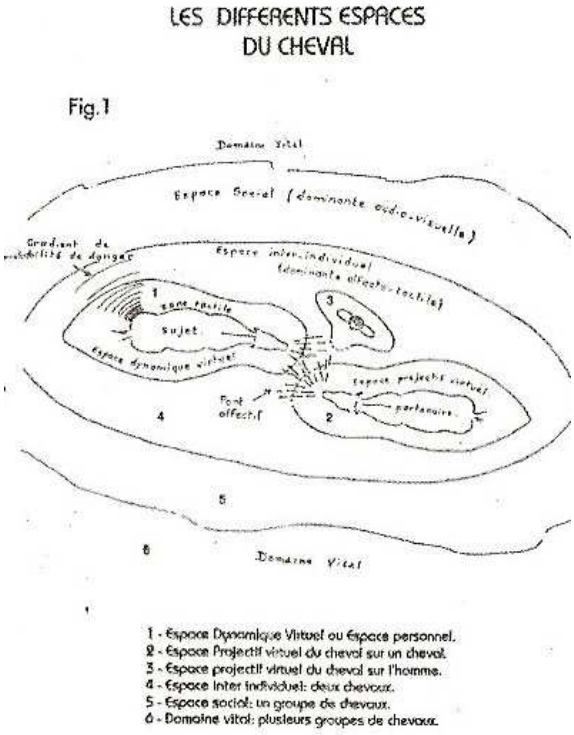
Cette dernière étape passe par quatre phases de vérification d’une localisation, intuition ou perception ; d’une recherche de la source de rétention ; d’une datation (notamment pour les traumatismes) et d’une remontée dans la lignée ancestrale.

II-3-2 La communication animal/ostéopathe

La qualité de la communication, terme si cher à Still pour qui toutes les maladies étaient issues d’un manque de communication au sein de l’organisme, entre l’ostéopathe et l’animal dépend fortement de notre attention et non pas de notre concentration qui est très différente qualitativement de l’attention (23). L’attention contrairement à la concentration ne nécessite pas de mémorisation. Le manque de mémorisation des multiples dysfonctions

somatiques trouvées n'est nullement un handicap pour leur appréhension, le diagnostic et le traitement ostéopathiques, car ces derniers se réalisent presque ensemble. Nous sommes au départ assez troublés par ce phénomène mais cette absence de mémorisation sensorielle ne se révèle gênante que lorsque le maître de l'animal souhaite une explication cohérente des sensations perçues et traitements proposés par nos mains.

La communication existe chez l'animal, mais sur un mode égocentrique car il ne peut pas se mettre à la place de l'autre. Elle devient chez l'homme : relation, car ce dernier peut arriver à une perception plus objective des situations, comme étant extérieur à elles, c'est-à-dire qu'il peut atteindre la décentration.



La mise en communication entre l'homme et l'animal peut se faire par une mise en relation affective des deux sujets, par un accrochage, un couplage des oscillateurs neuronaux concernés par l'affectivité : c'est le phénomène d'isoesthésie (ou sensibilité égale) (1).

La communication avec l'animal ne peut se faire que s'il nous accepte dans son espace intime, dans sa 'bulle'. Il se crée alors un nouvel espace inter individuel entre l'animal et l'ostéopathe dans lequel la communication est à dominante olfactotactile (voir plus bas les conditions du diagnostic et du traitement ostéopathiques).

Cette perception olfactive est très développée, notamment chez le cheval. Ce sens est malheureusement le plus faible de nos sens, il a été submergé au cours de l'évolution par la vision.

Nous pouvons cependant utiliser d'autres sens pour communiquer et prendre 'contact' avec l'animal : les sens tactile, visuel (différentes interprétations du regard en fonction des espèces), la gestuelle et l'attitude corporelle globale (notion entre autre d'iso praxie), la tonalité de la voix…

La qualité de la communication thérapeute/patient est essentielle à la découverte de toutes les globalités des mondes intérieur et extérieur de l'animal. Mais nous l'avons vu ce n'est pas la seule difficulté que nous rencontrons en découvrant l'ostéopathie : il nous faut aussi sans oublier tout ce que notre formation classique scientifique nous a appris, nous ouvrir à d'autres méthodes diagnostiques et thérapeutiques, en acceptant de :

'…ressentir la vérité de ce qu'on nous donne, non plus de l'apprendre mais de l'appréhender…' comme nous le conseille le Docteur Emmanuel Pommier (31).

III GLOBALITE ET DIFFERENTS NIVEAUX DE DIAGNOTIC ET TRAITEMENT OSTEOPATHIQUES

…Ou comment proposer des voies de guérison ?

III-1 HOLISME A CHAQUE NIVEAU DE TEST

Il n'y a pas une ostéopathie mais plutôt des ostéopathes choisissant chacun en fonction de ses sensibilités, des niveaux de tests et de traitements ostéopathiques différents. Nous pouvons être plus à l'écoute dans tels ou tels niveaux, ou éprouver le besoin de les tester successivement.

Mais la notion de globalité prime au sein de chacun d'eux. Et chaque niveau envisagé ne doit pas nous faire oublier les autres. La première difficulté est de rester holistique au sein de chaque niveau de test ostéopathique exploré.

Les différents niveaux de tests nous apportent chacun une multitude de renseignements sur l'animal :

-le dialogue tissulaire évoqué ci-dessus et l'interrogation sur l'orientation des tissus, leur état, leur motilité, leur densité, leur 'santé' !…est la base de toute action ostéopathique et peut se faire sur :

-**le niveau liquidien ou fluidique** : avec l'écoute du mouvement respiratoire primaire et de ses rythmes globaux d'inspir et expir et de leur cohérence sur tout le corps. Le MRP peut être testé à tous les niveaux (fascial, musculaire, osseux…) où l'écoute des mouvements d'expansion et de rétraction tissulaire est possible comme celle des rotations interne et externe des rayons osseux des os pairs, avec aussi la recherche des motilités organiques (ou la notion de possibilité de mouvement plus que de mouvement lui-même (8))

-**le niveau fascial** (au sens large : soit 'fascio-aponévrotico-ligamento-capsulo-duremérien !' (8)) : tests sur les mouvements , les tensions, les densités et l'orientation des enveloppes, des tissus sous cutanés, des feuillets pariétaux et viscéraux, des capsules d'organes… Le fascia est tout cela ; il entoure aussi les veines, les artères et les nerfs qu'il comprend : toute modification à son niveau entraînera comme toute dysfonction somatique des modifications vasculo-nerveuses.

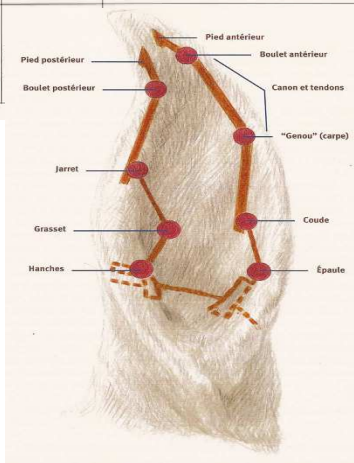
-**les tests myotensifs** : la sensation musculaire suit en général la sensation fasciale, car comme nous l'avons vu plus haut lors de l'unité tissulaire, le muscle n'est qu'un fascia différencié. Les tests explorent les chaînes musculaires superficielles et profondes, comme précédemment pour les fascias, ils cherchent toutes leurs restrictions de mobilité et anomalies de tension ou de densité.

-**le niveau ostéoarticulaire** : les tests peuvent être réalisés sur le tissu osseux proprement dit (orientation des fibres, sidération tissulaire, lésions intra osseuses) ou sur les micros mouvements associés aux macros mouvements articulaires en suivant une des règles majeures évoquée à propos des ligaments *'les petits mouvements gouvernent les grands'*.

-le niveau énergétique exploré par l'acupuncture est très intéressant à tester et très riche d'enseignement, la palpation des points d'alarme, des points assentiment, l'évaluation des méridiens, des chakras ou centre d'énergies, des canaux énergétiques.

Tableaux récapitulatifs établis par le Docteur Dominique Giniaux des principaux points Shu du cheval associés à des affections courantes (17) :

AFFECTION	POINT	LOCALISATION
Coliques de stase	Ta Chang Shu	Entre 18e et 17e côte, au bord de la masse commune des muscles dorso-lombaires. Bilatéral.
	Tsian Shu	Creux du flanc droit, entre la pointe de la hanche et la 18e côte. Unilatéral.
	Pi Shu	Entre 16e et 15e côte (3e espace). Bord de masse commune. Bilatéral.
	Yun Men	Au plus bas du ventre, à 8 ou 9 cm de la ligne médiane. Bilatéral.
Coliques gastriques	Wei Shu	Entre 13e et 12e côte (6e espace). Bord de masse commune. Bilatéral.
Coliques spasmodiques	Hsiao Chang Shu	Entre 2e et 3e lombaire. Milieu entre colonne et bord de la masse commune. Bilatéral.
	Sann Chiao Shu	Entre 15e et 14e côte (4e espace). Bord de masse commune. Bilatéral.
	Pi Shu	Voir Coliques de stase.
	Yun Men	Voir Coliques de stase.
Diarrhées	Tienn Tchou	Sur l'épi entre l'ombilic et le grasset. Bilatéral.
Diarrhées	Hsiao Chang Shu	Voir Coliques spasdiques.
	Sann-Chiao Shu	Voir Coliques spasmodiques.
Coliques urinaires	Prang Koann Shu	Entre 6e lombaire et sacrum (dernier creu entre colonne et bassin), 6 à 8 cm de la ligne médiane. Bilatéral.
Rétention urinaire dans un van	— id —	— id
Poulinage difficile	Inn Tran	Chanfrein, entre les arcades. Impair.
	Ko Shu	Entre 11e et 10e côte (8e espace). Bord de masse commune. Bilatéral.
	Prang Koann Shu	Voir Coliques urinaires.
MONTÉE DE LAIT :		
Douloureuse (excès)	Li Toe	En pince de la couronne postérieure. Bilatéral.
Insuffisante	Tsie Tsri	Pli antérieur du jarret, extérieur du tendo extenseur. Bilatéral.
POULAIN :		
Apnée	Ren Tchong	Au milieu du bout du nez. Impair.
Étouffement	Roe Yin	Au périnée, sous l'anus. Impair.
Rétention du méconium	Koann Yuan	Milieu entre ombilic et pubis. Impair.
Non-délivrance	"Trous sacrés"	Sur la croupe, bord du sacrum. Bilatéraux
	Prang Koann Shu	Voir Coliques urinaires.
Emphysème pulmonaire	Fei Shu	Entre 10e et 9e côte (9e espace). Bord de la masse commune. Bilatéral.
	Trann Tchong	Creux sous le sternum. Impair.
	Wei Shu	Voir Coliques gastriques.
	Li Toe	Voir Montée de lait excessive.
Tic à l'appui	Wei Shu	Voir Coliques gastriques.
Hyperhydrose	Sann Chiao Shu	Voir Coliques spasmodiques.
Myoglobinurie	Oei Tchong	Derrière le membre postérieur, dans le creux poplité, en haut de la corde du jarret. Bilatéral.
	Prang Koann Shu	Voir Coliques urinaires. En même temps que le précédent. Bilatéral.
Hémorragie (castration)	Tuann Tsie	Ligne dorsale. Espaces D17-D18, D18-L1, L1-L2. Impairs.
Épistaxis	"Garrot"	4 à 5 cm sous le sommet du garrot. Bilatéral.
Coup de chaleur	Fen Chui	Au-dessus du bout du nez, juste sous la ligne inférieure des naseaux. Impair.
Névrite de l'épaule	Tchong Fou	Face latérale de l'épaule. En montant à 45°, 5 à 6 cm en arrière et en haut de l'angle où on arrête la tonte du bras. Bilatéral.
Nervosité	Inn Trann	Voir Poulinage.
	Wei Shu	Voir Coliques gastriques.
	"Garrot"	Voir Épistaxis, mais à pleine main, en déplaçant la peau. Bilatéral.
	"Coude"	Sous l'aisselle, en frottant l'intérieur du coude. Bilatéral.
AURICULOTHÉRAPIE :		
Douleurs de l'appareil locomoteur.		



Exemples de liens entre dysfonctions vertébrales et troubles chez le cheval (18, 34)

Dysfonctions vertébrales	Troubles associés
C0C1	Troubles du comportement, se cabre, nez de travers
C2	articulation temporo-mandibulaire, masséter, dent, rotation de la tête, une oreille plus basse
C3	Associée à T2T3, cheval se couchant d'un côté au travail, ou poussant
C4	Si ataxie spinale : souvent à droite, Wobbler
C6C7	Si latéroflexion : épaule opposée coincée, névralgie cervico-brachiale, troubles vasculaires antérieurs, avec T1 : interaction avec le ganglion stellaire : émotionnel +
Garrot	Trébuche, sanglage douloureux, blocage genoux trop sollicités (arthropathies), T2T3 sensibles, si T7 : bruits cardiaques métalliques
T8T9T10	Troubles pulmonaires
T12	Estomac, tic, ulcères, encensement, raideur sous la selle, deux sacro-iliaques
T14	Foie et troubles musculaires associés
T15	Suée importante et 2ème suée au box (point Triple réchauffeur)
T16T17T18L1	Cheval se traversant, sur deux pistes, blocage pivot principal, ambleur pour T17
T18	Coliques de stase (cf. localisation du point Shu du GI entre T17et T18)
L1	Douleurs des gonades, et adhérences de castration
L2	Lombalgies chez le jeune cheval et le galopeur
L3	Rotule, crottins mous et malodorants
L4	Jarret vacillant
L5	Si associé à L1, risque de trouble hormonal général
L6	Souvent en extension, avec troubles de sphincter, vessie bloquée, L2 en flexion avec troubles de production d'urine
Sacrum	Défaut d'engagement et de propulsion des postérieurs, pneumovagin, troubles du pénis, troubles circulatoires aux postérieurs avec un engorgement surtout du côté bloqué
Sacrum et hanche	Parallélisme avec occiput et articulation temporo-mandibulaire (ATM)

Il est intéressant de remarquer en comparant les deux tableaux précédents qu'en ostéopathie structurelle, certaines manipulations s'intéressent à des articulations situées aux lieux des points de commande des différents méridiens. Les manipulations permettent alors la régulation de l'énergie du méridien en question.

Nous devons bien définir le niveau que nous testons, poser les bonnes questions et aller jusqu'au bout de ce niveau en y cherchant une cohérence et un schéma global. La difficulté réside dans le passage fréquent involontaire d'un niveau à un autre au cours de l'examen et la perte du fil conducteur signant l'organisation interne de l'animal.

III-2 COHERENCE DES DIFFERENTS TESTS OSTEOPATHIQUES OU LE SCHEMA GLOBAL DE FONCTIONNEMENT DE L'ANIMAL

Le but est l'obtention d'une vision globale cohérente de l'animal, nous permettant, s'il existe, de proposer un traitement et de transmettre à son maître/cavalier/dresseur …le résultat de notre dialogue avec son animal. En effet, comme évoqué lors de la communication animal/ostéopathe, la mémorisation des sensations ressenties est surtout importante dans notre relation au maître de l'animal. Si la consultation d'ostéopathie s'est bien déroulée, l'animal, lui, doit découvrir et intégrer le nouveau schéma corporel proposé et ne se soucie guère des explications fournies au maître. Celui ci par contre est en général demandeur de quelques éléments cohérents concernant la santé de son animal et c'est bien compréhensible…

A partir des différents niveaux de tests ostéopathiques : la difficulté est de créer et de revenir constamment à un schéma global cohérent dans le but essentiel de proposer le meilleur 'traitement' possible ou du moins la meilleure voie de guérison possible.

Nous devrons faire de multiples allers et retours entre les différents niveaux ou chercher un schéma de fonctionnement par niveau et les comparer entre eux. Parfois des incohérences peuvent apparaître entre les niveaux, par exemple entre le niveau fascial avec les mains qui perçoivent une orientation des enveloppes vers une zone de dysfonction et le niveau osseux qui révèle lui, la direction inverse sur le plan articulaire. Ces situations sont fréquentes et nous mettent face à de nouvelles difficultés de compréhension du corps qui nous est confié.

Au bout du compte, c'est toujours le corps de l'animal qui a raison et si l'intellectualisation de son schéma corporel ne semble pas logique, il nous faut revenir à nos mains et aux réponses perçues. Avons-nous posé les bonnes questions ? Ce n'est pas à nos esprits d'ordonner aux mains leurs sensations mais plutôt à tenter de les accepter comme elles viennent. Cultiver le lacher-prise si prisé par les yogi et laisser travailler la partie sensorielle de son cerveau même si cela doit prendre du temps n'est pas si aisé !

Nous devons accepter les informations reçues sans juger au préalable du niveau de lésion rencontré (31) comme nous le conseille le Docteur Emmanuel Pommier '*… ne pas juger et ne pas choisir pour l'autre son niveau de lésion. Nos limites de perception, quelles qu'elles soient ne doivent pas déterminer arbitrairement le niveau de lésion de l'autre : celui qui ne connaît que la sensation fasciale ne trouvera que des lésions fasciales, idem pour le structurel ou l'énergétique.*'

Prendre son temps : voici encore une autre difficulté à surmonter pour nos esprits vétérinaires ‘dits classiques’, nous qui sommes, comme bon nombre d’occidentaux, éduqués à l’efficacité par la rapidité et le rendement…En effet, comment trouver dans le dédale et la multitude d’informations captées par nos mains, un chemin assez rapide et pas trop sinueux jusqu’au schéma global de fonctionnement de ‘notre’ animal ? Car nous sommes tous malheureusement confrontés au temps qui passe et une consultation d’ostéopathie dépassant l’heure peut générer dans notre pratique quotidienne, quelques soucis d’organisations et…de rentabilité ? D’un autre côté, le ‘tic-tac’ de l’horloge peut aussi nous aider à nous structurer plus rapidement et à aboutir à des schémas de fonctionnement… sans perdre le fil conducteur.

L’animal se satisfait en général des échanges qu’il a avec son ostéopathe et n’exigera pas une explication de la somme de ses dysfonctions somatiques en un schéma global de fonctionnement ; le maître lui est intéressé par ce que nous avons ressenti et modifié chez son animal. Or il est facile d’oublier ce que nos mains viennent de sentir car ce sont des zones distinctes du cerveau qui gèrent la mémoire et le ressenti sensoriel. Pour éviter cela, la partie de notre cerveau qui a ‘ressenti’ doit transmettre l’information à la partie mémoire à long terme du cerveau. Cette zone du néocortex pourra ensuite tenter d’exposer clairement au maître ou au cavalier ce qui se passe, et peut se passer dans les jours et semaines suivant la consultation en ostéopathie.

Cela peut prêter à sourire mais c’est un travail pour le corps calleux et une communication cerveau droit/cerveau gauche assez peu pratiqués au quotidien et qui nous apporte une nouvelle difficulté à surmonter. Cette polarité cérébrale est mise en évidence par le fait que le cerveau droit est plutôt stimulé par les activités non verbales, synthétiques, concrète, analogiques, atemporelles, non rationnelles, spatiales et intuitives alors que le cerveau gauche, lui, s’active pour le verbal, l’analytique, le symbolique, l’abstrait, le temporel, le rationnel, le numérique et la logique (38).

Plusieurs protocoles et méthodes de tests ostéopathiques sont utilisables et chacun selon sa sensibilité choisira une voie plutôt qu’une autre. Certains partiront d’une approche globale (test du MRP sur tout le corps, tests fasciaux, fluidiques…) pour revenir au particulier et tester par exemple les structures ostéo-articulaires par des petits ou grands bras de levier, les organes par les mouvements de motilité etc. puis réintègreront les dysfonctions décelées au global. D’autres préfèreront ‘découper’ le corps dans un premier temps en y cherchant toutes les dysfonctions et former à partir des toutes les informations reçues un schéma cohérent de fonctionnement de l’animal.

III-3 UN TRAITEMENT, DES TRAITEMENTS ? OU COMMENT L’OSTEOPATHE PROPOSE ET LE CORPS DISPOSE…

III-3-1 Quels traitements ?

En tant qu’ostéopathe, nous ne cherchons qu’à donner à l’organisme les moyens d’assurer sa propre guérison. Le traitement ostéopathique tente de libérer toute zone en restriction de mouvement. Nous tentons d’y parvenir en redonnant mobilité aux zones en dysfonction, en levant les barrières perturbant les échanges et les informations avec ces zones,

donc en y libérant les réseaux vasculo-nerveux. Nous pouvons proposer au corps une voie de guérison, voie qu'il peut emprunter par le biais des zones libérées de leurs dysfonctions.

Le concept d'auto-guérison est souvent évoqué par Still dans son autobiographie : *'Enlevez tous les obstacles et lorsque cela est fait intelligemment, la nature fera gentiment le reste.'*. Le maintien de l'homéostasie, et l'auto-guérison sont indissociables et nous y retrouvons encore les interrelations entre les systèmes nerveux et hormonaux et le rôle majeur de la glande pinéale, qui, si elle est lésée entrave le corps dans sa capacité d'adaptation physiologique et donc dans ses voies de reconstruction d'auto-guérison (7).

Les traitements comme les tests sont réalisables en fonction de la sensibilité de chacun sur plusieurs niveaux, par voies énergétiques, liquidiennes, fasciales, musculo-tendineuses ou ostéoarticulaires… En général, les tests des différents niveaux d'écoute entraînent les traitements immédiats de ces mêmes niveaux sans interruption lors des manipulations ostéopathiques, parfois, tests et traitements sont séparés et appliqués successivement.

Nous pouvons utiliser globalement 3 niveaux de tests et traitements dans l'organisme : **le niveau liquidien ou fluidique** qui renseigne sur la motilité ou la potentialité de mouvement, **le niveau membraneux**, de liaison, le tissu conjonctif et **le niveau ostéo-articulaire**, en fait du membraneux plus compact (8).

En fonction du type de dysfonction ostéopathique, de la zone atteinte, de l'animal et de l'ostéopathe, les traitements seront fonctionnels ou structurels, qu'ils s'appliquent à du MRP, des fascias, des tendons, des muscles, des os, des organes, ou des systèmes ostéo-articulaires.

Les traitements fonctionnels ou indirects amplifieront les paramètres (éventuellement en les empilant) dans le sens de la dysfonction afin de rétablir, par déprogrammation puis reprogrammation tissulaire une nouvelle barrière physiologique non dysfonctionnelle. Il y a réinformation du système nerveux autonome et de ses fuseaux neuromusculaires qui étaient par phénomène de facilitation responsables du maintien anormal des restrictions de mouvements de la zone en dysfonction somatique.

Le but de la manipulation ostéopathique est ce retour amplifié des structures manipulées vers un point le plus proche possible du point neutre normal 'de santé' de la zone dysfonctionnelle. Ces traitements fonctionnels peuvent s'appliquer à tous les niveaux cités ci-dessus. La technique d'exagération fonctionnelle appliquée en 7 temps distincts chez l'homme avec une participation active respiratoire de celui-ci doit être réadaptée au 'patient animal' que nous avons sous les mains. Chez l'homme, une inspiration est demandée pour une dysfonction en flexion/inspir et rotation externe lorsque les structures sont amenées dans leur dysfonction, puis une apnée inspiratoire jusqu'à résilience puis une expiration lors du retour des structures et une nouvelle apnée expiratoire jusqu'à obtention d'une nouvelle résilience (et inversement pour une dysfonction somatique en extension et rotation interne).

Les traitements structurels ou directs s'appliquent, eux, en s'opposant directement au sens de la dysfonction, leur mise en place doit être extrêmement précise et rapide. L'ostéopathe doit placer la zone à traiter au bout de sa résistance tissulaire, à sa barrière motrice et donner ensuite une impulsion rapide (limitée en amplitude afin de ne pas léser les tissus) au-delà de cette barrière. Les qualités de précision et vélocité sont essentielles afin d'inhiber les neurotransmetteurs et de permettre la correction de la dysfonction.

La sensation fasciale recherche les zones de moindre mouvement, où ce dernier enroule les tissus en profondeur sur eux-mêmes et semble étouffé par la matière. Le traitement fascial est en général fonctionnel : la sensation est suivie dans le sens de sa dysfonction jusqu'à son terme et ainsi on aboutit à la correction et aux rééquilibrage des tissus en dysfonctions (31). Cette résolution tissulaire peut être appréciée par la qualité de la circulation des flux liquidiens (rééquilibrage des pulsations artérielles en amont et en aval de la lésion) et par la liberté du fascia devenu ainsi 'muet'. La thérapeutique fasciale regroupe les techniques d'autorégulation douce passive allant dans le sens de la plus grande mobilité et analysant également le MRP. Les techniques fasciales s'étendent aussi aux viscères, car nous avons considéré que toute zone en contiguïté était une articulation au sens large et pouvait donc être le lieu de dysfonctions ostéopathiques (entre un organe et sa capsule par exemple). La projection mentale y est essentielle car des structures telles que les poumons par exemple ne sont pas directement palpables.

Les muscles peuvent être utilisés, pour les poly-articulaires, pour leurs propriétés de contraction et décontraction automatique des muscles agonistes-antagonistes. Ce sont des **techniques d'énergie musculaire à grands bras de levier**. Elles appartiennent au groupe des techniques indirectes. La zone en dysfonction est amenée jusqu'à sa barrière motrice et approchée successivement de sa barrière physiologique par contractions des muscles antagonistes entraînant un relâchement des agonistes. Les notions de chaînes musculaires évoquées plus haut sont utilisables en fonction des dysfonctions trouvées toujours en gardant à l'esprit que les petits mouvements gouvernent les plus grands. Les techniques fonctionnelles à **petits bras de leviers** placent l'animal dans sa position de dysfonction qui est ensuite rapidement accentuée par un petit mouvement. Elles sont surtout utilisées chez le cheval sur les zones dorsales, lombaires et caudales.

Le niveau **ostéo-articulaire** est le lieu de tests dits '**traumatiques**' où leur application est perpendiculaire dans les 3 directions de l'espace, ainsi que compressive et décompressive, et **physiologiques** où l'articulation est testée dans ses mouvements de flexion-extension, de latéroflexion et de rotation. Nous devrons être attentifs plutôt à la qualité du mouvement qu'à sa quantité, avec une main qui écoute pendant que l'autre avec le corps initie le mouvement. Les techniques ligamentaires et capsulaires comprennent entre autre le pétrissage, l'étiration lente et rythmique, la mobilisation articulaire qui utilise un levier, un point d'appui et réalise un mouvement répétitif, la traction rythmique lente pour séparer les surfaces articulaires, l'inhibition par pression profonde et longue de petite surface (d'insertion musculaire par exemple) (34).

La résolution d'une dysfonction ostéopathique au niveau ostéo-articulaire et en **fonctionnel** se déroule ainsi : dans un premier temps la pièce en 'lésion' est amenée au maximum de son amplitude et maintenue là jusqu'à relâchement des muscles agonistes par mise en tension des antagonistes et modification tissulaire. Dans un second temps, la pièce est ramenée à son point neutre puis effectue le mouvement opposé jusqu'alors impossible et revient au point neutre.

Le traitement en **structurel** au niveau ostéo-articulaire s'effectue en 'bloquant' la pièce, en l'isolant, avant de l'amener à la barrière et de réaliser un mouvement rapide, précis, de faible amplitude et sans force particulière, mouvement dit de 'trust' dont celui le plus connu est le trust de haute vélocité-basse amplitude. (31)

L'aspect énergétique déjà évoqué en médecine traditionnelle chinoise concerne aussi le **mouvement respiratoire primaire** ou MRP qui peut être écouté sur toutes les zones et couches tissulaires de l'animal, en comparant un membre par rapport à l'autre, puis en écoutant chaque partie du corps et chaque organe. Le traitement des dysfonctions ostéopathiques perçues au niveau du MRP, donc les disparités de mouvements et de rythmes, se fera en fonctionnel. La zone en lésion est amenée jusqu'à son mouvement maximum et n'est libérée qu'après résolution tissulaire (qualité améliorée, dégagement de chaleur fréquente, ramollissement, et souvent synchronisme des respirations thoracique et primaire).

Il est important de noter qu'une zone en dysfonction ne présente pas encore d'anomalies décelables par les examens complémentaires réalisés habituellement car même si l'adaptation est dépassée, le temps n'a pas encore densifié suffisamment la dysfonction pour qu'elle passe au stade de lésion.

D'autres techniques peuvent être employées telle le 'V-spread' d'Uppleger, technique liquidienne de dispersion, ou la technique de Johns, qui appartient aux techniques fonctionnelles indirectes avec ré information du SNA par positionnement et maintien plusieurs minutes des structures dans leur dysfonction au limite des barrières motrices.

Globalement, deux grands types de techniques se dégagent des mises en œuvre de traitements ostéopathiques : celles indirectes où nous allons exagérer la barrière motrice dans le sens de la dysfonction somatique et celles directes où nous allons chercher à passer la barrière motrice dans le sens inverse de la dysfonction.

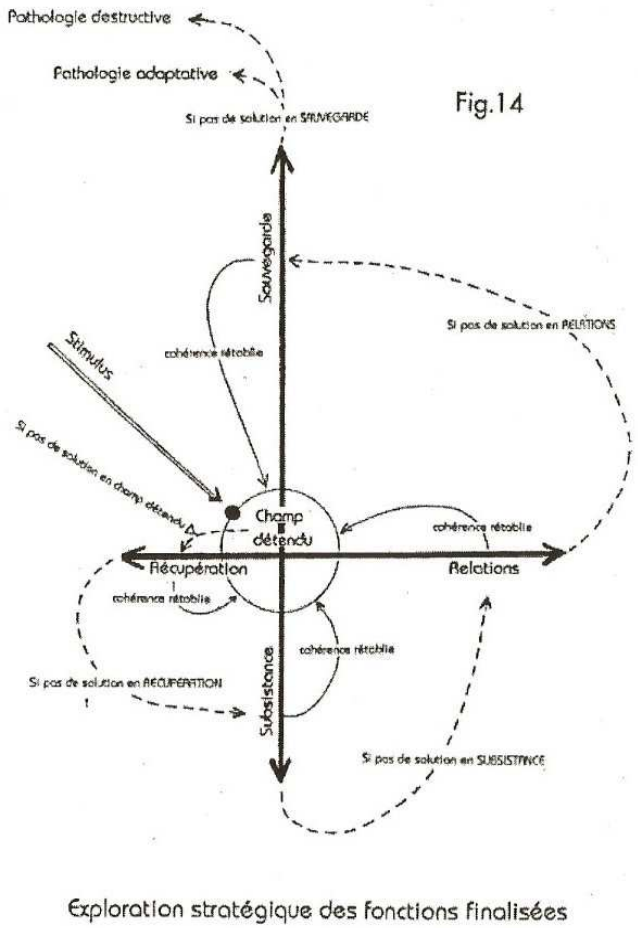
Il apparaît assez clairement que ce ne sont pas les techniques de traitements qui posent les plus importantes difficultés à la pratique de l'ostéopathie mais bien l'appréhension globale de l'animal et donc la finesse du diagnostic ostéopathique, comme dans toutes les médecines !… Nous avons pourtant une dernière difficulté à surmonter : celle de pouvoir dérouler et appliquer notre traitement ostéopathique et donc d'avoir une bonne qualité de dialogue thérapeute/patient, au moins aussi bonne que celle qui nous a permis de poser le diagnostic et d'obtenir un schéma fonctionnel (ou dysfonctionnel…) cohérent de l'animal.

III-3-2 Les conditions du traitement ostéopathique

…Pas de traitement sans dialogue, pas de dialogue constructif sans détente…

Pour que le corps dispose de la voie de guérison proposée, l'animal dont l'organisme oscille toujours entre conservation et découvertes de nouveaux horizons (7), ne doit pas se sentir en danger, il doit être *'en champ détendu'*. L'espèce traitée est à prendre en compte évidemment et c'est une chance pour les vétérinaires ostéopathes de pouvoir communiquer avec différentes espèces.

Le cheval, herbivore et proie, avec tout ce que cela engendre sur le plan comportemental, ne réagira pas comme le chien, prédateur carnivore. La qualité de leur relation avec l'ostéopathe sera différente notamment dans la notion de dominé/dominant qui est omniprésente. Elle est d'ailleurs à aplanir si nous souhaitons réaliser une consultation d'ostéopathie dans le calme et la sérénité ! Nous avons aussi noté l'importance de la relation au maître (voir plus haut le chien comme miroir des troubles de l'humain, tant physiques qu'émotionnels et relationnels) avant, pendant et …après la consultation.



Jean-Claude Barrey (1) a étudié le comportement du cheval et mis en place des schémas fonctionnels comportementaux dépendant de situations stressantes ou non. Il est essentiel de noter que le cheval fonctionne sur un mode très affectif et lie son comportement à sa pensée sensori-motrice, ses perceptions, son émotivité et sa gestualité.

Comme entre le cavalier et le cheval, la communication entre l'ostéopathe et l'animal ne se fera que si ce dernier est en **champ détendu**, c'est-à-dire qu'il ne pourra communiquer avec le thérapeute de 'cheval à cheval' sur un mode émotif et corporel que dans cet espace là. S'il se situe émotionnellement à d'autres étages, il ne sera pas réceptif à notre langage corporel et émotif car il sera trop préoccupé par ses propres problèmes. S'il est détendu, la richesse des réponses à nos stimuli sera fonction de la richesse de nos propositions d'échanges et nos intentions…

Si l'animal est dans une situation de stress, l'hypothalamus afin de maintenir l'homéostasie et l'équilibre biologique, déclenche toutes une série de réponses (musculaires, posturales, sonores etc.) en relation avec son environnement. En fonction des espèces, ses réponses instinctives de survie seront différentes voire opposées en relation nous l'avons vu avec leurs qualités de proie ou de prédateur. De même, nous serons perçus différemment par l'animal.

Le cheval, par exemple, en situation de danger, voit sous l'influence concomitante du système nerveux autonome et de la couche intermédiaire du cortex surrénal, son sang rejoindre les masses musculaires et quitter les zones viscérales, ainsi que ses bronches de dilater, sa fréquence cardiaque augmenter et ses sécrétions cesser. Ce n'est que le danger passé que le 'parasympathique' reprend le dessus et permet la décontraction de l'animal après la prédominance de l'orthosympathique et de la 'poussée d'adrénaline' (7). Nous retrouvons ici l'importance de la glande pinéale et la mélatonine, sorte d'hormone anti-stress, qui régulent la réponse au stress, et grâce aux modifications des taux de prolactine, vasopressine et ocytocine diminuent la sécrétion d'ACTH. Elles agissent toutes deux sur les structures limbiques du cortex cérébral. Toutes ces réactions 'instinctives' sont en effet, profondément ancrées et spécifiques à chaque espèce de mammifères dans leur cerveau primitif reptilien qui comprend le bulbe olfactif, le corps strié, le thalamus, et l'hypothalamus.

Le système limbique lui, ou cerveau moyen est très fortement connecté à l'hypothalamus et indirectement aux voies sensitivo-sensorielles montant au néocortex. C'est le cerveau de la mémoire à long terme, de l'apprentissage et de l'émotivité. Il est composé notamment des régions septale et amygdalienne, des tubercules mamillaires qui assurent la

mémoire récente, de l'hippocampe qui fait passer cette mémoire récente vers le néocortex, en mémoire à long terme. Il est responsable en quelque sorte de l'organisation d'un comportement adapté, somato-moteur et végétatif, à un contexte émotionnel donné (11).

Communication et dialogue sont donc à la base de tout traitement ostéopathique, mais dans un environnement de confiance et de sérénité. La transmission motrice, la communication sensori motrice, se fera d'autant mieux que des transferts affectifs réciproques existent entre le cheval et le sujet. Ces transferts affectifs s'établissent au niveau du système limbique, siège des émotions, chez les deux individus, par iso esthésie.

Il est intéressant de se pencher sur la complexité de cette communication inter espèce, ou plutôt des communications, certaines conscientes de notre part et une multitudes d'autres inconscientes qui passent par la gestuelle, les odeurs et toutes les phéromones émises très bien décryptées par l'animal qui nous observe.

Nous nous retrouvons à nouveau dans une position assez nouvelle pour un thérapeute : celui d'être lui-même sur la sellette, analysé par notre futur patient ! 'Patient' qui ne le deviendra que s'il accepte de nous laisser entrer dans sa 'bulle', dans son 'aura' et de communiquer avec nous. Et ce n'est pas si simple ! Car au cours de l'évolution, nous nous sommes éloignés de notre 'animalité' et nous ne pouvons plus détecter bon nombre de signaux émis par les animaux, surtout ceux olfactifs, telles les phéromones. Malgré nous, nous en émettons beaucoup et sommes en quelque sorte dévoilés avant même d'avoir mis un pied dans le box, ou posé le chien sur la table.

CONCLUSION

L'ostéopathie est une médecine holistique en ce sens que les dysfonctions somatiques rencontrées : perte de cohérence, de mobilité, de fluidité, d'une partie du corps par rapport à une autre et au reste du corps, ne peuvent s'expliquer, être découvertes complètement et traitées qu'en prenant en compte, comme nous le démontre l'exemple du troupeau de Mérens évoqué en introduction, la globalité d'un animal, son corps entier, son histoire, son environnement spatial et temporel.

Une approche partielle du corps et de l'environnement des Mérens aurait pu conduire à un traitement incomplet de la dysfonction la plus flagrante, en l'occurrence ici la troisième lombaire, sans s'intéresser aux intestins, à ses mésos, à leurs attaches, au bassin, aux autres lombaires, au diaphragme etc… Or, sans la prise en compte des facteurs digestifs et environnementaux et donc sans leurs modifications dans la mesure du possible, la troisième lombaire sera à nouveau rapidement en dysfonction car répondra en miroir aux troubles organiques sous jacents, dans ce cas précis la dysfonction n'étant pas purement traumatique.

Et c'est là que nous retrouvons une de nos difficultés majeures : si le lieu de vie est responsable des dysfonctions et qu'il ne peut être modifié, nous devrons proposer à l'animal la meilleure voie de guérison et d'adaptation possible à ses troubles. Sinon, le corps se réadaptera en fonction des conditions de vie qu'il subit et le fusible le plus sensible et le plus probable pour un gros intestin perturbé sera la troisième lombaire qui 'sautera' !

D'autres débats et questions se posent à nous, mais n'est-ce pas le propre de l'ostéopathie que de nous ouvrir à d'autres horizons, à chaque étape 'digérée' ? Comment définir et cerner des conditions de vie sans définir la vie même ? Où s'arrête le traitement et où commence l'auto guérison ? Comment définir la santé ? Quel est le rôle de l'ostéopathe, être une béquille passagère ? Son but n'est-il pas justement d'apporter une aide de plus en plus légère et rare pour un corps qui trouvera sa propre voie de guérison ? L'ostéopathe ne rêve-t-il pas que d'une chose : que la santé enfin retrouvée, il ne soit plus nécessaire pour son patient de faire appel à lui ? De la réalité à l'utopie ?…

BIBLIOGRAPHIE

1- BARREY J. C. L'éthologie équine au service de la thérapie avec le cheval. Station de recherche pluridisciplinaire des Metz. 89520-St Sauveur en Puisaye

2- BUDRAS K. D. RÖCK S. Atlas der anatomie des pferdes. 1991 Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei. GmbH & Co. Hannover.

3- CHENE P. Hippo-thèse d'une relation dysfonctionnelle entre le cavalier et le cheval qu'il monte habituellement, ou le centaure existe-t-il ? Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathie.

4- CHENE P. Le syndrome de l'œuf ou le wiplash. L'Ostéo4pattes. Revue européenne d'ostéopathie comparée. Sept 2005.

5- CHENE P. POMMIER E. DOUART C. Le squelette axial, anatomie, biomécanique, ostéopathie. Formation à l'ostéopathie vétérinaire. Session 2003-2005, Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes.

6- CYRULNIK B. Sous le signe du lien. Paris. 1997. Hachette coll. 'Pluriel'.

7- DEGEN E. Bases anatomiques et physiologiques de l'homéostasie et de l'auto guérison. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathie.

8- DEGEN E. Propédeutique ostéopathique. Formation à l'ostéopathie vétérinaire. Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes. Session 2003-2005.

9- DEGEN E. Cours sur l'embryocinèse. Formation à l'ostéopathie vétérinaire. Session 2003-2005, Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes.

10- DEGEN E. SCHALCHLI E. Présentation, histoire, principes et épistémologie de l'ostéopathie. Formation à l'ostéopathie vétérinaire. Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes. Session 2003-2005.

11- DENOIX J.M. PAILLOUX J.P. Approche de la kinésithérapie du cheval. Editions Maloine.1989.

12- DOUART C. BAUDOUX M. Le système nerveux autonome. Formation à l'ostéopathie vétérinaire. Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes. Session 2003-2005.

13- DOUART C. CHENE P. Le mouvement respiratoire primaire : ses bases anatomiques et physiologiques. Formation à l'ostéopathie vétérinaire. Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes. Session 2003-2005.

14- DOUART C. POMMIER E. Les fascias et autres dérivés mésodermiques. Formation à l'ostéopathie vétérinaire. Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes. Session 2003-2005.

15- DUVAL J. A. 1998 ; Interview de J. A. Duval. Thinking, n°4, Bruxelles (Belgique): Sutherland Cranial Academy of Belgium, 3-5.

16- EVRARD P. Introduction à l'ostéopathie crânio-sacrée appliquée au cheval. Olivier éditeur.

17- GINIAUX D. Soulagez votre cheval aux doigts (et à l'œil !) Optipress. 2003.

18- GINIAUX D. Les chevaux m'ont dit. Essai d'ostéopathie équine. Optipress. 2003.

19- HUBSCHER R. Les maîtres des bêtes. Les vétérinaires dans la société française (XVIIIe-XXe siècle). Editions Odile Jacob. 1999.

20- KOESTLER A. Le cheval dans la locomotive. Paris. 1968. Editions Calmann-Lévy.

21- KORR I. Bases physiologiques de l'ostéopathie. Editions Frison-Roche.

22- KUNDERA M. L'insoutenable légèreté de l'être. Editions Folio. Avril 2004.

23- KRISHNAMURTI La flamme de l'attention. Editions du Rocher. 1987.

24- LIGNEREUX Y. La tête : anatomie, biomécanique, ostéopathie. Formation à l'ostéopathie vétérinaire. Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes. Session 2003-2005.

25- LEBIS C. GROUX D. BENSIGNOR E. Les maladies de peau chez le cheval. Editions Maloine 2004.

26- LUTZ E. Points moteurs, points de tension, trigger points, points d'acupuncture : relations, intérêts en diagnostic et thérapeutique chez le cheval. Thèse de doctorat vétérinaire. Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon. Année 2004.

27- MEGRET J. F. La tenségrité vers une biomécanique ostéopathique. Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'ostéopathie. Juin 2003. Montpellier.

28- MOLINIER F. Traité d'acupuncture vétérinaire. Editions Phu Xuan. 2003.

29- MOLINIER F. Planches d'acupuncture vétérinaires. Editions Phu Xuan. 2005.

30- PERRIN R. L'os : une matière vivante. Rencontres Maréchaux et Vétérinaires de l'Ouest. Ecole Nationale d'Equitation. Saumur. Février 2006

31- POMMIER E. BETTI E. DOUART C. Le membre pelvien : éléments d'anatomie et d'ostéopathie. Formation à l'ostéopathie vétérinaire. Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes. Session 2003-2005.

32- RAMANA REDDY D.V., SEN A. & JOHNSTON G. Experimental evidence of time delay induced death in coupled limit cycle oscillators. Physical review Letters 85, 3381-3384 (2000)

33- RADUCANU V. Architecture et système constructif : Cas des systèmes de tenségrité. Thèse de doctorat. Dir. R. Motro. Université Montpellier II. Soutenue le 28-9-2001.

34- SERVANTIE J. Diagnostic et thérapeutique. Formation à l'ostéopathie vétérinaire. Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes. Session 2003-2005.

35- SERVANTIE J. Neurophysiologie et ostéopathie. Formation à l'ostéopathie vétérinaire. Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes. Session 2003-2005.

36- STILL A. T. Ostéopathie recherche et pratique. Editions Sully. 2001.

37- STILL A. T. Le fondateur de l'ostéopathie. Autobiographie.Editions Sully.2001.

38- TRICOT P. Approche tissulaire de l'ostéopathie. Un modèle du corps conscient. Editions Sully. 2002.

ANNEXE 1

Le programme de l'ostéopathie selon son fondateur Andrew Taylor Still

1) Nous croyons à la salubrité et à l'hygiène.

2) Nous sommes opposés à l'utilisation des drogues en tant qu'agents curatifs.

3) Nous sommes opposés aux vaccinations.

4) Nous sommes opposés à l'utilisation de sérums dans le traitement de la maladie. La nature fournit ses propres sérums, à nous de savoir comment les délivrer.

5) Nous comprenons que de nombreux cas nécessitent le recours à la chirurgie et par conséquent, nous l'acceptons comme dernier recours. Nous croyons que beaucoup d'interventions chirurgicales sont réalisées inutilement et que beaucoup pourraient être évitées grâce au traitement ostéopathique.

6) L'ostéopathe ne doit dépendre ni de l'électricité, ni des rayons X, ni de l'hydrothérapie, ni d'aucun auxiliaire, mais faire confiance à la démarche ostéopathique pour le traitement de la maladie.

7) Nous ressentons beaucoup de sympathie pour d'autres méthodes de guérison naturelles ne faisant pas appel aux drogues, mais nous n'incorporons aucune autre méthode dans notre système. Nous nous opposons tous aux drogues ; au moins à ce niveau, toutes les méthodes naturelles non agressives occupent le même territoire. Les principes fondamentaux de l'ostéopathie sont différents de ceux des autres systèmes et la cause de la maladie est considérée à partir d'un point de vue, c'est-à-dire : la maladie résulte d'anomalies anatomiques suivies de désordres physiologiques. Pour guérir la maladie, les parties anormales doivent être ajustées vers le normal ; par conséquent, les autres méthodes, complètement différentes dans leur principe, n'ont pas de place dans le système ostéopathique.

8) L'ostéopathie est un système indépendant et peut être appliquée à toutes les conditions de maladie, y compris les cas purement chirurgicaux, et dans ces cas, la chirurgie n'est qu'une branche de l'ostéopathie.

9) Nous croyons que notre maison thérapeutique est tout juste assez grande pour l'ostéopathie et que lorsque d'autres méthodes y pénètrent, autant d'ostéopathie doit en sortir.

ANNEXE 2

En hommage au Docteur Dominique Giniaux, en remerciement de son courage et de sa persévérance face aux habituels détracteurs de l'ostéopathie, un homme avec qui nous avions tous 'rendez-vous' et qui nous a malheureusement quitté il y a un an…

Extrait de son livre **'Les chevaux m'ont dit' Essai d'ostéopathie équine**. (18)

N'EST PAS OSTEOPATHE !

« Celui qui fait du démarchage et vient proposer ses services.

Celui qui demande d'abord tous les symptômes et les troubles que présente le cheval.
…l'ostéopathe ne traite pas des symptômes, il recherche les déséquilibres de son patient et lui propose de les résoudre.

Celui qui administre un calmant au cheval avant de le manipuler.
…un individu sous calmant n'a même plus les réflexes de sauvegarde qui empêchent le thérapeute d'aller trop loin.

Celui qui est agressif et combat le cheval pour s'imposer.
…On ne peut pas apporter du bien à quelqu'un si on lui veut du mal !

Celui qui décide d'avance combien de fois il va revoir l'animal.
…on propose à l'autre de trouver lui-même un nouvel équilibre et on ne sait donc pas le temps qu'il va mettre à retomber sur ses pieds…

Celui qui utilise des moyens de contention.
…quand un cheval s'oppose à la manipulation…bien souvent c'est parce que la manipulation proposée n'est pas la bonne…

Celui qui envoie systématiquement l'huissier chez ceux qui n'ont pas payé rapidement
…Mis à part les mauvais payeurs notoires…Les clients contents paient !

Celui qui dénigre les soins déjà prodigués, en particulier celui qui dénigre systématiquement la médecine classique.
…un vrai ostéopathe …utilise d'autres formes de raisonnement pour guérir mais…a compris l'intérêt des traitements qu'il n'utilise pas.

Celui qui accuse systématiquement le client ou un autre thérapeute d'être responsable du problème.
…quand on a choisi de soigner, on doit prendre en main le cas et les responsabilités qui en découlent…

Celui qui ajoute une injection d'anti-inflammatoire ou une infiltration à ses manipulations.
Ces médicaments déconnectent toutes les informations venant du corps vers le système nerveux…quand elle est nécessaire…attendre systématiquement huit à dix jours après une manipulation… »

Pour information, ou comment le dialogue peut encore progresser entre les 'parties'…

ANNEXE 3

Académie de Médecine : Article sur l'Ostéopathie

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE
16, RUE BONAPARTE –75272 PARIS CEDEX 06
TÉL : 01 42 34 57 70 –FAX : 01 40 46 87 55_
RAPPORT
au nom d'un Groupe de travail** Ostéopathie et Chiropraxie
Louis AUQUIER, Georges CRÉMER, Paul MALVY, Charles-Joël MENKÈS, Guy NICOLAS *
(PREMIÈRE PARTIE)
ÉTAT DES LIEUX ET DES PRATIQUES EN FRANCE ET EN EUROPE (Guy NICOLAS)
** Constitué de MM. AUQUIER (Président), CRÉMER, MALVY, MENKÈS, G. NICOLAS
* Membres de l'Académie nationale de médecine

Ostéopathie
La profession est traversée par des courants d'origines diverses. Les médecins qui pratiquent l'Ostéopathie prennent souvent le nom d'ostéothérapeutes. Leur nombre se situe autour de 100Q, chiffre indiqué par le syndicat national.
Parmi les non-médecins, il existe 5000 Ostéopathes en France dont la moitié a une activité exclusive, les autres exerçant parallèlement la profession de kinésithérapeute. Ces chiffres sont indiqués par les organismes représentatifs. Ils ne prennent pas en compte un grand nombre d'Ostéopathes en formation surtout depuis la promulgation de la Loi du 4 mars 2002 (article 75).
La formation de médecins Ostéopathes est assurée actuellement dans 15 UFR de médecine dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire (DIU) de médecine manuelle, reconnue par le Conseil de l'Ordre depuis 1996. Intervenant à la fin du troisième cycle, il peut être suivi d'un enseignement post-universitaire assurant la formation continue. Les médecins formés ainsi sont pour la plupart des généralistes, des rhumatologues et des médecins de médecine physique et de réadaptation. A noter qu'il existe aussi des écoles privées pour médecins assurant une formation en 3 ans au cours de quatre stages annuels.
La formation des non médecins s'effectue dans des écoles privées d'Ostéopathies, au nombre d'au moins 30, regroupées au sein de la Collégiale Académique de France (1200 à 1500 diplômes chaque année). Dans ces écoles «officielles », l'enseignement dure six ans et compte 5000 heures de cours lorsque le candidat n'est ni médecin ni kinésithérapeute. Il est de 1500 heures lorsqu'il est médecin, de 2500 lorsqu'il est kinésithérapeute.
A côté de cette organisation «officielle » on dénombre de nombreuses formations plus ou moins improvisées.

Chiropraxie
Le nombre des chiropracteurs est d'environ 450. On compte peu de médecins ou de kinésithérapeutes dans ce groupe. La majorité de ces praticiens possèdent des diplômes d'origine anglosaxone. Il n'existe en France qu'une école qui dispense depuis 1983 un enseignement à temps plein sur 6 ans. Les élèves, bacheliers- scientifiques à l'origine, sont au nombre d'une trentaine chaque année. A la sortie de l'école, leur formation est complétée par un stage « d'assistanat ».
Au total, la situation en France est confuse depuis cinquante ans au moins. Il existe une grande hétérogénéité dans les conditions d'accès des étudiants et dans la formation des ostéopathes non médecins et des chiropracteurs. Il existe de plus en plus d'écoles privées qui délivrent un enseignement (fantaisiste) mais calqué sur l'enseignement médical et conduisant à des pratiques considérées jusqu'à la Loi de 2002 comme illégales et favorisées par une publicité permanente.
Il faut rappeler brièvement les positions dans notre pays sur ce problème qui s'est posé surtout après la guerre 39-45, concernant l'exercice de la chiropraxie et/ou de l'ostéopathie en France.
11 février 1953 : Décret demandant au Ministère de l'Education nationale d'enseigner la chiropraxie dans les facultés et écoles de médecine sous réserve de trouver un professeur

compétent et responsable, ce qui n'a pas été possible à cette période.
6 janvier 1962 : Arrêté du ministre de la Santé et article 371 du Code de la Santé Publique, réservent aux seuls médecins le diagnostic et le traitement conduisant à la pratique des manipulations vertébrales et notamment la chiropraxie mais qui n'en fait ni une spécialité ni une compétence.
1987 : Sur demande du ministre de la Santé, l'Académie nationale de médecine est invitée à donner son avis sur l'ostéopathie, la chiropraxie et même sur l'étiopathie venant de Suisse (et qui semble avoir disparu). Le Conseil de l'Ordre a suivi l'avis de l'Académie nationale de médecine sur le caractère médical strict de la manipulation vertébrale chiropratique ou «ostéopathique ». Cette mise entre guillemets pour tenir compte d'un terme inapproprié mais qui s'est diffusé dans le public. Il n'est pas envisagé alors d'autres techniques manuelles dans le mot ostéopathie. Le premier enseignement hospitalier est fait à l'Hôpital Lariboisière en 1963 suivi de la création d'un D.U. de «médecine » ostéopathique en 1969 à l'Hôtel Dieu de Paris, rattaché à l'université Paris VI.
En 1996, se mettent en place des D.I.U. de médecine physique et de réadaptation dans 15 facultés de médecine.
Après l'adoption du 2ème rapport LANNOYE sur les « médecines alternatives », le 28 mai 1997 par le Parlement Européen, suivie en 1999 par une commission de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, la Loi d'avril 2002 (article 75) reconnaît une compétence s'exprimant par le titre d'ostéopathe et/ou de chiropracteur, le législateur ayant renoncé à en donner une définition. En Europe, seul à ce jour le Royaume Uni a reconnu l'ostéopathie et la chiropraxie en 1993 par l'Ostéopath's Act en mettant en place en 1997 quatre écoles d'ostéopathie et une de chiropraxie, en principe en dehors du N.H.S. Dans les autres pays européens la situation est confuse comme l'indique un rapport fait en 1997-98 par la Fédération des Académies de médecine dans 11 états européens * et un document de travail plus récent fourni par l'Ordre des médecins sur l'ostéopathie.
* AUQUIER L. et ANDRÉ A. –Méthodes thérapeutiques non conventionnelles. Fédération des Académies nationales de médecine, Mai 1998. Bibliothèque Acad. Natle Méd., Paris, cote 104158, www.academiemedecine.fr

Commentaires
La situation actuelle en France de l'ostéopathie et de la chiropratique pose au moins trois problèmes :
1° - il existe une grande hétérogénéité dans le mode d'accès à ces disciplines, à l'intérieur desquelles on retrouve des médecins, des auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes ou infirmiers) et des étudiants sans aucune formation médicale préalable. Malgré cette diversité, le mode d'exercice est le même, les spécificités revendiquées par certains n'étant pas très sérieuses.
2° - il existe également une grande hétérogénéité dans la formation. Certaines écoles délivrent des diplômes après six années de formation temps plein, d'autres se contentent de quelques week-ends. Quel que soit le lieu de formation, on note une très grande liberté voire un certain laxisme.
3° - Les écoles privées, de plus de en plus nombreuses, qui délivrent un enseignement pseudo médical dans sa durée seulement, mais ne reposant sur aucune base scientifique sérieuse, comme on le verra plus loin, sont onéreuses et conduisent leurs étudiants vers des débouchés aléatoires. Cette situation confine à l'absurde lorsque certains adeptes de l'ostéopathie ou de la chiropraxie prennent des positions inconciliables avec la médecine officielle enseignée dans les facultés et surtout dans les hôpitaux universitaires qui assurent une formation pratique solide et critique en 2ème et 3ème cycles. Ils demandent même à être consultés en premier avant le médecin !!
ÉVALUATION SCIENTIFIQUE DE L'OSTÉOPATHIE ET DE LA CHIROPRAXIE
Louis AUQUIER)
L'ostéopathie et la chiropraxie sont des méthodes manuelles de diagnostic et de thérapeutique. Sur le plan diagnostique elles permettraient d'identifier par une palpation attentive des « lésions » qui sont à l'origine des maladies ou des malaises ressentis par le consultant. Les ostéopathes et les chiropracteurs utilisent des mots un peu différents, lésions ou dysfonctions pour les premiers, subluxations pour les seconds mais l'idée de base est la même ce qui explique que la Loi les rapproche dans son article I, mais sans donner de définition. Une première difficulté apparaît : la ou les lésions invoquées par les fondateurs *(* On lira avec profit le rappel historique fait par Claude HAMONET sur Andrew Taylor STILL et la naissancede l'ostéopathie. Rev. de Rhum. 2003, 70, 91-96)

de ces disciplines
n'étaient pas démontrées à l'origine dans la seconde moitié du 19ème siècle. Elles ne le sont toujours pas malgré les progrès de nos connaissances et des moyens d'imagerie mis en oeuvre en Europe et en Amérique du Nord. Et cependant ces lésions supposées étaient et sont toujours invoquées pour être à l'origine de malaises ou de maladies. Pour les chiropracteurs les choses semblent se limiter au système articulaire et surtout au rachis.
En ce qui concerne la sémiologie, une étude critique bien conduite et sur une longue durée par des chiropracteurs danois [1] a tenté d'évaluer des tests de «dysfonctions lombopelvienne » sur une population de 166 jumeaux bien portants et volontaires pour participer à cette étude. Certains d'entre eux ont ressenti une lombalgie le jour même où elle est survenue. Seul le test « douleur à la mobilisation lombaire » s'est révélé positif, ce qui est peu explicite, on en conviendra, quant à la lésion causale qui aurait provoqué la lombalgie et ne confirme pas la valeur sélective du test.
Pour les ostéopathes les mains peuvent déceler aussi des situations pathologiques sur les viscères appelées dysfonctions réversibles avec perte de mouvement mais sans préciser lequel…
Il existe enfin une ostéopathie utilisant des applications manuelles sur le crâne et le sacrum permettant d'autres diagnostics lésionnels que les mains de l'ostéopathe pourraient soulager.
Pour conclure cette première partie concernant la base scientifique et même anatomique de ces pratiques, rien n'est venu confirmer ce diagnostic lésionnel. Ce sont les mêmes mots « dysfonction », « perte de mouvement », « subluxation » dont se servaient les fondateurs et auxquels il faut croire en les répétant. Cette attitude philosophique implique aussi une croyance à l'autoguérison dont l'ostéopathe s'attribue le mérite. Comment envisager un enseignement n'ayant pas de base scientifique ou même une preuve anatomique ?
Sur le plan thérapeutique les choses sont un peu différentes. Des résultats favorables ont été constatés de façon empirique sur certaines douleurs rachidiennes par diverses techniques manuelles et en particulier par les manipulations. Ce fait était connu longtemps, avant l'ostéopathie, dans d'autres pays avec des appellations différentes (rebouteux en France, Heil pratiker en Allemagne).
Pour aller plus loin et en avoir une confirmation scientifique, il faut tenir compte de deux éléments coïncidants, d'une part, l'évolution spontanée vers la guérison d'autre part, l'effet positif, analogue à un effet placebo, créé par la présence du soignant et l'application de ses mains, l'addition des deux facteurs pouvant compter pour un chiffre élevé d'excellents ou de bons résultats.
La preuve de l'efficacité et a contrario la survenue de complications éventuelles ne peuvent être établies que par des études contrôlées randomisées et par leurs méta-analyses. Il faut partir d'un groupe homogène de patients (et non d'un ensemble flou), il faut que la manoeuvre thérapeutique soit unique et bien définie. Et de plus, se mettre en garde contre des biais possibles. Il faut aussi qu'il n'y ait pas trop de «perdus de vue » pour qu'une évaluation statistique soit possible.
Les conditions ci-dessus n'ont pu être appliquées au niveau du rachis que sur la lombalgie commune et les cervicalgies comme le montre l'étude critique présentée en 1997-1998 devant la Fédération Européenne, déjà citée, concernant les manipulations vertébrales et les accidents de ces manipulations. Il a été possible d'évaluer ces thérapeutiques manuelles, les unes portant sur des manipulations, les autres non manipulatives intervenant en pathologie générale.

I- EVALUATIONS DES MANIPULATIONS VERTEBRALES OSTEOPATHIQUES ET/OU CHIROPRATIQUES

Les premières remontent à une quinzaine d'année, les autres sont plus récentes.
Une étude multicentrique BMJ [2] (11 sites), en Grande-Bretagne, a porté sur 741 patients de 18 à 65 ans. Les résultats étaient appréciés par questionnaire sur les caractères de la douleur (score d'Oswestry) et sur des signes d'examen appréciés par une infirmière. Ils montrent que le traitement manipulatif est plus efficace que le traitement externe hospitalier, à savoir un bénéfice de 7 % sur le d'Oswestry lequel évalue la lombalgie d'origine mécanique et ses conséquences. Ces résultats se confirment pendant la période de suivi évolutif [3] sur deux ans et même au-delà. Les auteurs pensent que l'introduction de la chiropraxie dans le Service National de Santé (N.H.S.) devrait être considérée. Cet important travail a été discuté par les auteurs eux-mêmes et contesté dès sa première parution et ses conclusions remises en question en particulier par ASSENDELFT [4]. Le bénéfice obtenu s'observe surtout chez les patients se plaignant d'une lombalgie chronique ou sévère sans qu'il soit fait allusion à la

lombalgie aiguë. Bien qu'il y ait eu randomisation à partir des patients adressés par leur médecin généraliste et ayant accepté de participer à l'essai comparatif, il apparaît bien que les deux groupes de patients traités, l'un en consultation externe dans un hôpital général par diverses méthodes mais comprenant même des manipulations et l'autre en consultation externe dans une clinique chiropratique n'utilisant que la chiropraxie, ne sont pas comparables et ne permettent pas de vraiment considérer la chiropraxie comme un traitement de fond de la lombalgie malgré la publicité faite à partir de cette publication.
Un article publié en 1994 [5] comparant deux sous-groupes de patients lombalgiques traités par chiropraxie ou par traitements médicaux usuels conclut à une efficacité au moins égale d'un traitement par rapport à l'autre.
Deux méta-analyses en 1992 concluent, l'une [6] à une efficacité plus grande de la manipulation par rapport à la simple mobilisation, l'autre par SHEKELLE et coll. [7] analyse 58 articles dont 25 comportent une étude contrôlée. La manipulation donne dans la lombalgie aiguë ou subaiguë (de 2 à 4 semaines) un résultat satisfaisant dans 7 essais sur 9 avec un gain de 17% ce qui indique que le taux de récupération de 50 % correspondant à l'amélioration spontanée est porté par la manipulation à 67 %. Il n'est pas établi que la manipulation soit efficace si la lombalgie se complique de sciatique. Les documents sont insuffisants quant à l'efficacité sur la lombalgie prolongée dite chronique.
5
Un travail (1995) [8] provenant d'une clinique chiropratique conclut en faveur de l'efficacité de la manipulation sur la lombalgie lorsque la durée de celle-ci est supérieure à 7 semaines mais les auteurs reconnaissent que le « temps est un allié puissant pour aider le lombalgique ». Il est curieux de noter que les patients estiment leur état amélioré aussi bien par une manipulation simulée ou non que par la gymnastique du dos…
Une analyse comparative [9] a été faite par un groupe mixte de médecins et d'ostéopathes de CHICAGO sur 178 patients consultant pour lombalgie subaiguë suivis pendant 3 mois. Le traitement médical standard et le traitement ostéopathique donnent des résultats identiques mais le coût-bénéfice semble en faveur de l'ostéopathie.
Accidents des manipulations
D'autres travaux insistent sur les accidents des manipulations vertébrales [10, 11] qui peuvent être graves d'abord en ce qui concerne le rachis dorsal et lombaire et conduire à des interventions chirurgicales pour libérer la moelle dorsale ou le cône terminal ou une racine du sciatique comprimés par une hernie discale post-manipulation. Ces accidents sont connus depuis longtemps [12].
Les accidents les plus graves [13] s'observent après les manipulations du rachis cervical (exemple du locked-in syndrom) [14]. Ils sont très rares mais ils ne sont pas tous publiés. Ils sont probablement favorisés par un état antérieur : anomalie anatomique d'une ou des deux artères vertébrales et du système vertébrobasilaire.
Peut-on prévoir et prévenir ce type d'accidents qui frappent surtout des sujets jeunes? [15]. La survenue de vertiges ou de malaises dans les premières minutes après une manipulation est un indice mais il est inconstant. Certains [16] ont proposé d'interdire les manipulations en rotation et extension qui agissent surtout sur le rachis cervical supérieur (atlas-axis) et viennent traumatiser l'artère vertébrale mise ainsi en position extrême. Devant la quasi impossibilité de faire respecter cette mesure par tous les manipulateurs, d'autres [14, 17] sont partisans d'interdire totalement la manipulation du rachis cervical, surtout chez la femme avant 50 ans, d'autant plus qu'il existe d'autres moyens pour traiter les douleurs du cou et les céphalées postérieures le plus souvent bénignes qui constituent l'indication habituelle de ces manoeuvres. Notons enfin que des travaux concordants [18] chiffrent respectivement à 56 % et à 73 % sur un total d'accidents survenus après manipulations cervicales les cas où le manipulateur responsable est médecin ou chiropracteur non médecin.
Résultats récents inspirés des règles de l'«Evidence Based Medicine »
[19] Etude critique à partir de 39 essais contrôlés randomisés sur le traitement manipulatif de la lombalgie. Pour la lombalgie aigue la manipulation a été supérieure seulement à la manipulation simulée. Il n'y a pas de données permettant de dire que la manipulation vertébrale est supérieure à d'autres traitements standard de la lombalgie aigue ou chronique.
[20] Travail effectué à partir de plus de 1200 patients provenant de divers sites du Royaume-Uni sur ce sujet difficile et toujours controversé. La manipulation vertébrale, surtout chiropratique, et divers exercices physiques, s'ils succèdent à la manipulation, améliorent la qualité de vie du lombalgique « chronique » mais représente une charge financière supplémentaire pour le NHS. Il s'agit là de manipulations répétées et non pas d'une

manipulation concernant une lombalgie aigue.
6
 [21] Les auteurs, à partir d'études contrôlées sur plusieurs centaines de patients, Reviennent sur la question du traitement de la lombalgie commune dans les premiers jours Après élimination des étiologies classiques (ostéoporoses, arthrites, etc.). Ils montrent qu'un traitement bref dans les premières semaines de la douleur par des techniques simples manuelles sans manipulations donnait les mêmes résultats que le même traitement physiothérapique auquel on aurait ajouté d'emblée des manipulations lombaires. Cet essai comparatif est remarquable par ses qualités scientifiques et sa rigueur et donne à penser que l'efficacité des manipulations parait moins certaine qu'on ne le pensait au début.
Enfin une mise au point récente sur les manipulations vertébrales en pathologie rachidienne vient d'être présentée aux Journées de Rhumatologie (2005) par J. BEAUDREUIL et B. FAUTREL dans le cadre de la Fédération de Rhumatologie (Hôpital Lariboisière à Paris) [22]. Cette méta-analyse à partir d'une vingtaine de publications internationales récentes conclut à l'efficacité de ces techniques dans les lombalgies chroniques mais sans qu'il y ait de supériorité par rapport à d'autres techniques(exercices physiques ou physiothérapie diverse). L'effet de ces manipulations au cours des lombalgies aigues ne serait pas confirmé. Les complications quoique rares sont graves. Ce rapport conclut sur la nécessité d'un encadrement médical strict de l'enseignement et de la pratique des manipulations vertébrales.
Certaines études contrôlées ont associé manipulation et mobilisation.
 Un travail de Britanniques et d'Australiens [23] comparant deux groupes de 94 patients traités en pratique de ville ou en milieu hospitalier montre un léger avantage en faveur du traitement manuel mais sans influence sur la longue durée.
Une étude canadienne [24] de méta-analyse concernant des cervicalgies mécaniques montre que l'association semble efficace si elle est combinée à des exercices physiques mais aucune conclusion n'est possible lorsque la cervicalgie est associée à des douleurs radiculaires.
 Enfin, une étude comparative sur plusieurs groupes appartenant à l'Europe du Nord [25] conclue à un résultat satisfaisant sur des douleurs du cou et des lombes d'apparition récente mais s'interroge sur le nombre de ces traitements et leur coût-efficacité.
Que conclure concernant les manipulations vertébrales ?
Les recherches doivent se poursuivre sur un plan théorique à savoir la micro-traumatologie rachidienne, et les lésions correspondantes si elles existent, et les mécanismes de la douleur rachidienne.
Il faut rappeler que sur le plan clinique la méthodologie des essais contrôlés est la seule possible mais elle est difficile à mettre en oeuvre. Les biais sont multiples. Pour les limiter, le recrutement des patients devrait être strictement aléatoire à partir d'une population générale et non pas fait surtout chez les consultants des cliniques chiropratiques ou ostéopathiques.
Malgré leur rareté, des accidents graves peuvent être observés.
Il est important de noter que les études critiques et contrôlées les plus récentes sont moins en faveur de l'efficacité des manipulations depuis que leur qualité méthodologique s'améliore, comme l'ont montré de récentes publications.
 Il faut rappeler encore l'évolution spontanée favorable en quelques jours des douleurs rachidiennes aiguës [26], le caractère imprévisible des récidives.
[27] et [28] Et le fait que dans une population de lombalgies communes, il existe une proportion importante (40%) de troubles psychiatriques associés selon les critères de la DSM et donc que la lombalgie constitue un ensemble qui devrait être fractionné avec l'aide d'une sémiologie précise comme on le pense dans notre pays.
7
Il est donc indispensable que ces travaux soient effectués par un personnel de bon niveau scientifique. Un enseignement médical théorique et pratique répété et évalué est nécessaire pour savoir qui et comment manipuler afin d'éviter les indications erronées ou abusives et si possible les accidents. Enfin ne pas oublier que les manipulations, isolées ou associées à des mobilisations ne constituaient qu'un élément parmi d'autres traitements physique ou médicamenteux par voie générale ou locale sans omettre les succès obtenus en s'abstenant de toute thérapeutique.
[29] Un autre exemple est celui du V.P.P.B. (Vertige Positionnel Parosystique Bénin) objectivé par un nystagmus torsionnel rotatoire (dit positionnel) durant de 10 à 30 secondes, quelques secondes après un brusque changement de position et dont le traitement, découvert par un kinésithérapeute, consiste dans une secousse brève et forte destinée à mobiliser les otolithes ayant migrés sous forme de boue à l'intérieur du canal semi-circulaire incriminé. Ce

traitement manipulatif, limité à une ou deux séances, ne doit être entrepris qu'après un protocole exploratoire clinique comportant notamment un bilan cochléovestibulaire.

II. EVALUATION DES TECHNIQUES NON MANIPULATIVES EN PATHOLOGIE GENERALE

Ici l'ostéopathie semble seule en cause. L'ostéopathe examine et traite avec ses mains tout le corps du patient. Celui-ci doit donc être déshabillé. L'ostéopathe commente d'abord le résultat de son « diagnostic » manuel qui a permis de déceler une anomalie, la « dysfonction » avec perte de mouvement. A partir de là c'est une palpation douce, prolongée sur tout le corps y compris le crâne et le sacrum. Le sujet se détend peu à peu. On lui fait remarquer que cela présage un bon résultat. Si la séance est un succès, une ou deux autres seront peut-être nécessaires. Il ne faudra pas poursuivre dans l'immédiat si le patient estime que le résultat n'est pas obtenu.

En dehors de l'effet sédatif, y a-t-il autre chose que cette psychothérapie manuelle ? Aucune étude contrôlée ne permet de répondre à cette question, qu'il s'agisse d'ostéopathie dite viscérale ou d'ostéopathie crâno-sacrée.

Il faut se reporter à une longue revue critique générale faite par un ostéopathe américain en 1999 [30]. L'auteur qui est un D.O. (docteur en ostéopathie) indique que les techniques manuelles sont très nombreuses et demandent une longue expérience. Il s'efforce d'en faire une étude objective. Il rappelle les essais faits aux Etats-Unis surtout et sans aucun résultat sur l'atelectasie post-opératoire, le syndrome du canal carpien, la pancréatite, la grippe endémique, les hypertendus chez qui on aurait trouvé une « dysfonction » somatique à l'étage cervico-thoracique et enfin un effet « transitoire » sur la raideur dans la maladie de Parkinson*. Il en revient cependant à la fin sur la notion de « dysfonction » touchant une partie du corps et limitant le mouvement (lequel ?). Cette anomalie, dit-il, peut être associée, ou ne pas l'être, à une maladie organique. Il y a là une allusion à ce qu'on appelle en France les « fonctionnels » c'est-à-dire des patients se plaignant de malaises multiples qui guérissent spontanément au bout d'un temps variable de quelques jours à quelques mois et qui sont revendiqués pour ce motif par les ostéopathes (cf. la liste abondante ci-jointe dont la lecture n'a pas besoin de commentaires…)

L'auteur de la revue générale souligne enfin que le contact des mains de l'ostéopathe peut avoir un effet psychologique….

Il existe encore une « ostéopathie » appliquée aux nouveau-nés dans certains services hospitaliers [31]. L'opérateur effectue des manoeuvres très douces sur tout le corps de l'enfant et obtient vite un effet sédatif évident, l'enfant s'endort. Mais il en est de même dans le programme dit de « Bien traitance » dans un hôpital de la région parisienne depuis une quinzaine d'années dans lequel un opérateur, qui n'est pas un ostéopathe, effectue des massages apaisants, avec l'accord et sous la responsabilité du Chef de service de gynéco obstétrique,sur des nouveau-nés en difficulté avant que les parents prennent le relais [32].

Pour conclure, on doit donc noter que beaucoup, sinon toutes, de ces techniques manuelles non manipulatives sont celles utilisées par les kinésithérapeutes dans notre pays et qu'il parait raisonnable de les leur confier à partir d'un diagnostic médical sérieux fait par un généraliste et/ou un spécialiste et sur prescription de celui-ci.

* On peut ajouter que parmi les affections non rachidiennes et après méta analyse COCHRANE, l'asthme, le dysménorrhée, l'otite ne sont pas modifiées par ces thérapeutiques manuelles et que les affections rhinorespiratoires, les colite, cystite et prostatite n'ont pas permis d'aboutir à des études contrôlées positives.

RAPPORT

au nom d'un Groupe de travail**

Ostéopathie et Chiropraxie

Louis AUQUIER, Georges CRÉMER, Paul MALVY, Charles-Joël MENKÈS, Guy NICOLAS *

(DEUXIEME PARTIE)

PENSÉES PHILOSOPHIQUES SOUS-TENDANT LES PRATIQUES DE L'OSTEOPATHIE(Paul MALVY)

La Philosophie de l'Ostéopathie est le titre même de l'ouvrage d'Andrew STILL, son fondateur, publié en 1899, deux années après son Autobiographie.

« L'ostéopathie a connu, et connaît encore, un succès incontestable aussi bien auprès du public qu'auprès des professions de santé, principalement des Kinésithérapeutes, mais aussi de certains médecins. »*

Il convient de s'interroger sur les circonstances qui ont présidé à la naissance de cette doctrine, sur sa signification, sur son évolution, et sur les raisons qui expliquent l'engouement

dont elle est actuellement l'objet.
L'origine de l'ostéopathie.
Il faut d'abord se représenter le contexte et l'Amérique profonde au début de la deuxième moitié du 19ème siècle.
En 1850, STILL a 22 ans. Il est le fils d'un pasteur méthodiste, occasionnellement guérisseur, installé dans le nord du Missouri. Il est attiré par l'activité «médicale » de son père. Encore enfant, il « disséquait des écureuils ». Adolescent, chaque fois qu'il souffrait d'un torticolis, il s'allongeait sur le sol, la nuque en extension sur une corde tendue. Il expliquait le soulagement obtenu par cette manoeuvre comme le résultat d'une action sur les grands nerfs occipitaux et sur la répartition des flux entre les courants veineux et artériels. Il ira jusqu'à imaginer que des déplacements anormaux des os, même minimes, (dont il a le secret de la perception) entraînent une dysharmonie, source de toutes les pathologies. D'où le terme d'ostéopathie créé, selon STILL lui même, en 1855.
L'Amérique vit alors une période troublée. Le Missouri et le Kansas sont des lieux d'affrontement de courants divers, politiques, culturels et religieux.
La famille de STILL a été durement éprouvée. Sa première épouse est décédée en1859 et, cinq ans plus tard, trois de ses enfants meurent au cours d 'une épidémie de méningite.
L'impuissance de la médecine, et le ressentiment qui en résulte à l'égard des médecins, l'inciteront à poursuivre ses réflexions, à la recherche, comme il l'écrit lui-même, d'une « autre voie ». Cette recherche durera dix ans et aboutira à la conception de ce qu'il convient d'appeler une «anti-médecine ». L'ostéopathie d'aujourd'hui a conservé cette caractéristique fondamentale, même si la médecine n'a plus rien à voir avec ce qu'elle était il y a 150 ans.
L'ostéopathie, actuellement.
L'ostéopathie a, en effet, évolué au cours du temps. La meilleure définition est probablement celle qui a été donnée par les ostéopathes eux-mêmes, lors de la « Convention Européenne d'Ostéopathie», en 1987.
« La médecine ostéopathique est une science, un art et une philosophie des soins de santé, étayée par des connaissances scientifiques en évolution.
** Constitué de MM. AUQUIER (Président), CRÉMER, MALVY, MENKÈS, G. NICOLAS
* Membres de l'Académie nationale de médecine
* C. HAMONET. Rev. de Rhum., 2003, 70, 91-96
2
Sa philosophie englobe le concept de l'unité de la structure de l'organisme vivant et de ses fonctions. Sa spécificité consiste à utiliser un mode thérapeutique qui vise à ré harmoniser les rapports de mobilité et de fluctuation des structures anatomiques.
Son art consiste en l'application de ses concepts à la pratique médicale dans toutes ses branches et spécialités.
Sa science comprend notamment les connaissances comportementales, chimiques, physiques et biologiques relatives au rétablissement et à la préservation de la santé, ainsi qu'à la prévention de la maladie et au soulagement du malade.
Les concepts ostéopathiques mettent en évidence les principes suivants :
-le corps, par un système d'équilibre complexe, tend à l'auto-régulation et à l'auto-guérison face aux processus de la maladie.
-le corps humain est une entité dans laquelle la structure et la fonction sont mutuellement et réciproquement interdépendantes.
Un traitement rationnel est fondé sur cette philosophie et ses principes. Il favorise le concept Structure/Fonction dans son approche diagnostique et thérapeutique par des moyens manuels. »
La doctrine, au regard de la médecine contemporaine.
On trouvera sur le Web une profusion de sites consacrés à l'ostéopathie, sans commune mesure avec ceux qu'occupent les diverses «médecines parallèles ». Ce prosélytisme très organisé laisse entrevoir des moyens importants.
Parmi les connaissances scientifiques exposées, certaines (par exemple, la mobilité des os du crâne chez l'adulte) sont totalement fantaisistes. Beaucoup d'autres, qui se rattachent à des notions plus classiques, sont teintées d'imaginaire. Comment peut-on, sur de telles bases, fonder une approche diagnostique ?
L'Union Fédérale des ostéopathes de France précise que « en aucun cas les patients ne doivent se dispenser des bilans et examens médicaux conventionnels » et que, »après un interrogatoire et un examen approfondi des bilans radiologique et biologique, l'ostéopathe déterminera les indications et contre-indications de sa thérapie. Comment peut-on, si l'on

n’est pas médecin, conduire une telle démarche, d’autant que l’ostéopathie se veut de portée très générale ? Elle ne se limite pas aux manipulations vertébrales. Son art consiste en l’application de ses concepts à la pratique médicale dans toutes ses branches et spécialités. Que de nombreuses affections, même organiques, guérissent spontanément, c’est un fait indéniable. Mais ériger en dogme qu’un système d’équilibre complexe tend à l’autorégulation et à l’auto-guérison, sans préciser que, malheureusement et dans bien des cas, ce « système »reste inopérant, c’est mettre en péril la santé d’autrui.
Il y a dans tout cela une intention affirmée d’occuper tout le champ de la médecine conventionnelle et, à la fois, une certaine prudence en considération de ses progrès incontestables. L’ostéopathie ne les nie pas. Elle a gardé le caractère d’anti-médecine de ses débuts, et s’est seulement adaptée.
L’engouement actuel pour l’ostéopathie s’explique facilement.
L’ostéopathie utilise un langage simple, aisément compréhensible par tous. Les patients dotés d’un esprit plus critique lui trouvent même un charme apaisant, qui contraste avec la sècheresse scientifique du langage médical dont l’assimilation demande un réel effort.
L’ostéopathe établit avec son patient un contact physique, en principe non traumatisant (sauf lorsqu’il s’agira de mettre en oeuvre une manipulation.) Le geste est très important. Il est perçu comme la recherche attentive d’une cause obscure, fut-elle imaginaire, qui nécessite un don particulier.
En médecine conventionnelle, surtout depuis qu’elle dispose de moyens diagnostiques et thérapeutiques efficaces, le colloque singulier se réduit trop souvent à un interrogatoire orienté, l’examen au strict nécessaire, et la prescription à un automatisme, mais il faut se garder de généraliser.
3
Or l’homme malade, même s’il n’ignore rien des progrès de la médecine, même s’il ne perçoit plus, ou plus toujours, la maladie comme une injustice ou une malédiction, ressent encore, confusément, un besoin certain d’irrationnel.
Cependant, on ne pardonne pas au médecin d’ignorer les «données actuelles de la science », et on exige qu’il en informe son patient; lequel d’ailleurs ne retient que ce qu’il peut, ou veut bien retenir et, très souvent, en l’interprétant.
Conclusion.
Peut-être vaudrait-il mieux enseigner la médecine en tenant un plus grand compte de sa composante « humaniste », essentielle mais insuffisamment donnée en exemple, plutôt que d’officialiser des pratiques qui cherchent à s’en éloigner en s’appuyant sur des a priori d’inspiration, en grande partie, purement philosophique.
PROJET DE RÉPONSE, complétant le communiqué adopté par l’Académie nationale de médecine en mars 2004 relatif aux applications de la Loi du 4 mars 2004, article 75 *
L’Académie nationale de médecine s’inquiète des conséquences possibles de la loi du 4 mars 2002, article 75, relatif à « l’usage professionnel du titre d’ostéopathe ou de chiropracteur».
Elle souligne que les méthodes manuelles à visée diagnostique et thérapeutique prônées par l’ostéopathie et la chiropraxie s’appuient, comme beaucoup d’autres d’ailleurs, sur des a priori conceptuels dénués de tout fondement scientifique.
L’Académie sait très bien que ces méthodes sont, depuis toujours, pratiquées. Mais elle ne saurait les cautionner.
Elle rappelle que de nombreuses U.F.R. (14 actuellement) dans le cadre d’un D.I.U. de Médecine Physique et de Réadaptation dispensent en troisième cycle un enseignement des pratiques manuelles, et en particulier des manipulations vertébrales, pratiques ayant fait l’objet d’une évaluation et reposant sur une formation préalable rigoureuse, fondamentale et clinique (conduisant au titre de médecin ostéopathe.)
1- Les manipulations vertébrales exigent un diagnostic médical préalable, en dehors de tout contexte philosophique. Elles engagent la responsabilité du médecin manipulateur en raison des accidents possibles, en particulier en manipulant le rachis cervical chez la femme jeune. L’ostéopathie ne saurait avoir en elle-même aucune valeur scientifique et certainement pas préventive, notamment chez le nouveau-né.
2- Les autres techniques manuelles utilisées seulement dans un but thérapeutique sont nombreuses mais sont proches de celles enseignées dans les écoles de kinésithérapie (dont la qualité et la rigueur sont reconnues en France) et qui devraient assurer cette formation de kinésithérapeute compétent en ostéopathie ou en chiropraxie mais agissant sur prescription médicale.
Personnes invitées :

Professeur CHATAING (Lyon), Professeur Claude HAMONET - Professeur de médecine physique et de rééducation fonctionnelles (C.H.U. Henri Mondor - Créteil), Docteur Jean-Yves MAIGNE –Service de rééducation fonctionnelle (Hôtel-Dieu –Paris), Professeur Christian ROQUES (Toulouse), Docteur Johann BAUDREUIL (hôpital Lariboisière –Paris), Professeur Jean-Pierre DIDIER –Centre de Convalescence et de rééducation (C.H.U. de Dijon).
*AUQUIER L. –A propos des chiropracteurs et ostéopathes. Bull. Acad. Natle Méd., 2004, 188, n° 3, 523
Professeur Philippe VAUTRAVERS –Chef de Service de Médecine Physique et de Réadaptation (C.H.U. de Strasbourg), Professeur Bertrand LUDES –Doyen de la faculté de médecine de Strasbourg, Docteur Jean-Louis GARCIA (Nancy).

BIBLIOGRAPHIE

[1]. Charlotte LEBOEUF, YDE D.C. and OHM KYRIC Kirsten –Is it possible to differentiate people with or without low-back pain on the basis of tests of lumbopelvic dysfunction? JMPT, 2000, 23,160-167.
[2].MEADE T.W., DYER S., BROWNE W., TOWNSEND J., FRANCK A.O. –Low back pain of mechanical origin : randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment.BMJ, 1990, 300, 1431-1437.
[3].MEADE T.W., DYER S., BROWNE W., FRANCK A.O. –Randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient management for low back pain : results from extended follow up. BMJ, 1995, 311, 349-351.
[4]. ASSENDELFT W.J., BOUTER L.M., KESSELS A.G.H. –Effectiveness of Chiropractic and Physiotherapy in the Treatment of Low Back Pain : A Critical Discussion of the British Randomized Clinical Trial. J. Manipulative Physiol. Ther., 1991, 14, 281-286.
[5]. HURWITZ E.L. –The relative impact of chiropractic vs. medical management of low back pain on health status in a multispeciality group practice. J. Manipulative Physiol. Ther., 1994, 17 (2), 74-82.
[6]. A meta-analysis of clinical trials of spinal manipulation. J. Manipulative Physiol. Ther., 1992, 15 (3), 181-194.
[7]. SHEKELLE P.G., ADAMS A.H., CHASSIN M.R., HURWITZ E.L., BROOK R.H. –Spinal Manipulation for Low Back Pain. Annals of Internal medicine, 1992, 117, 590-598.
[8]. TRIANO J.J., McGRECO R.M., HONDRAS M.A., BRENNAN P.C. –Manipulative Therapy Versus Education Programs In Chronic Low Back Pain. Spine, 1995, 20, 948-955.
[9]. GUNNAR B. and coll. - A comparison of osteopathe spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. New England J. of Med., 1999, 4, 1425-1431.
[10]. HALDEMAN S., RUBINSTEIN S.M. –Cauda equina syndrome in patients undergoing manipulation of the lumbar spine. Spine, 1992, 17 (12), 1469-1473.
[11]. ASSENDELFT W.J., BOUTER L.M., KNIPSCHILD P.G. – Complications of spinal manipulation : a comprehensive review of the literature. J. Fam. Pract., 1996, 42 (5), 475-480.
[12]. OGER J. –Accidents des manipulations vertébrales. Rev. Rhum., 1966, 33, 494-504.
[13]. VAUTRAVERS Ph., LECOCQ S. –Fréquence des accidents vasculaires après manipulations vertébrales cervicales. Facteurs de risque. La Rev. Méd. Orthop., 1998, 52, 8-11
[14]. KPONKTON A., HAMONET C., MONTAGNE A., DEVAILLY J.P. –Complications de la manipulation cervicale. Une observation de « locked-in syndrom ». Presse Méd., 1992, 21, 2050-2052.
[15]. MAIGNE J.Y., BERLINSON G., JOSEPH P., MEZZANA M., RIME B. –Is it possible to prevent vertebrobasilar accidents complicating cervical manipulations ? La Rev. Méd. Orthop., 1998, 52, 12-13.
[16]. VAUTRAVERS Ph. Et MAIGNE J.Y. –Cervical spine manipulations and the precautionary principle. Joint Bone Spine, 2000, 67, 272-276.
[17]. AUQUIER L. –Les complications neurovasculaires des manipulations du rachis cervical. Point de vue d'un expert judiciaire. La Rev. Méd. Orthop., 1998, 52, 14-15.
[18]. HURWITZ E.L., AKER P.D., ADAMS A.H., MEEKER W.C., SHEKELLE P.G. – Manipulation and mobilisation of the cervical spine. Spine, 1996, 21, 1746-1760.
[19]. ASSENDELFT W.J., MORTON S.C., SUTTORI M.J., SHEKELLE P.G. –Spinal manipulative therapy for low-back pain, COCHRANE DATABASE, Syst. Rev., 2004 (I), CD 000447 and DUTCH COLLEGE of general practioners, P.O. Box 3231 UTRECHT, Netherlands
[20]. UNITED KINGDOM, Back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial : COST effectiveness of physical treatments for back pain in primary care, BMJ. 2004 (29 nov.), 329, 1381.
[21]. HAY E.M. and coll. –Comparison of physical treatments versus a brief pain management program for back pain in primary care : a randomised clinical trial in physiotherapy practice. LANCET , 2005 june 28, 365, 2024-2030, KEELE University, STAFFORDSHIRE, U.K.
And comment : TREATING LOW BACK PAIN by Paul SHEKELLE, Anthony DELITTO, LANCET, 2005 (17 june), 1987-1989.
[22]. BEAUDREUIL J., FAUTREL B. –Manipulations vertébrales et pathologie rachidienne. Actualité Rhumatologique, 2005, ELSEVIER éd., 1 vol., 328-340.
[23]. JAYSON M.I.V. et coll. –Mobilization and manipulation for Low-Back Pain. Spine, 1981, 6:409-416.
[24]. GROSS A.R., HOVING J.L., HAINES T.A., GOLDSMITH C.H., KAY T., AKER P., BRONFORT G. –A Cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. Spine, 2004 Jul, 15; 29 (14) : 1541-8.
[25]. BRONFORT G., HAAS M., EVANS R.L., BOUTER L.M. –Efficacity of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain : a systematic review and best evidence synthesis. Spine, 2004 May-Jun, 4 (3) : 335-56.
[26]. COSTE J., DELECOEUILLERIE G., COHEN DE LARA A., LE PARC J.M., PAOLAGGI J.B. –Clinical course and pronostic factors in acute low back pain : an inception cohort study in primary care practice. B.M.J., 1994, 308, 577-580.
[27]. COSTE J., PAOLAGGI J.B., SPIRA A. –Classification of non-specific low-back pain I. Psychological involvement in low-back pain. Spine, 1992, 17 : 1028-1037.

[28]. COSTE J., PAOLAGGI J.B., SPIRA A. –Classification of non-specific low-back pain II.Clinical diversity of organic forms of low-back pain. Spine, 1992, 17 :1038-1042.
[29]. TRAN BA HUY P. –Problèmes de la réhabilitation vestibulaire. A paraître.
[30]. EMIL P. LESHO, DO - An overview of osteopathic medicine. Arch Fam Med. 1999, 8 : 477-484.
[31]. Information parue dans la grande presse et dans une émission d'informations télévisée à 20 H.
[32]. Association Bien Traitance –142, rue du faubourg Saint Denis –75010 PARIS.
Annexe bibliographique. Rapport (en 1998) de l'AREDOE (Association de recherche et d'étude pour le développement de l'ostéopathie en Europe) COST B4 auprès de la Commission européenne. Lecture critique par un groupe d'ostéopathes franco-allemand à partir de 393 textes publiés dont 15 étaient des études contrôlées mais 5 seulement de bonne qualité.

Publié sur Internet le 3 février 2005. Le texte distingue nettement thérapeutiques manipulatives et l'ostéopathie. Les premiers font partie des traitements courants d'une lombalgie aigue à titre complémentaire ou alternatif. L'efficacité est moins nette sur les lombalgies prolongées et les cervicalgies .Les traitements ostéopathiques autres que les manipulations sur des symptômes ou des pathologies autres que le rachis ne sont pas convaincants. Le concept clé de la chiropraxie à savoir la subluxation n'a pas étédémontré.
La définition du concept ostéopathique a été difficile à trouver entre les groupes ostéopathiques français et allemand. L'ostéopathie a été présentée comme une thérapeutique non symptomatique utilisant des moyens manuels selon les règles édictées par les fondateurs afin de permettre le processus d'autoguérison.
Il faut rappeler qu'en 2003 (14 octobre) l'ANAES a effectué une recherche documentaire sur dix ans à partir de 1993. Les données disponibles concernent surtout le système locomoteur et l'effet clinique repose le plus souvent sur des cas cliniques et sans double aveugle. Aucun élément scientifique n'est disponible sur le système viscéral et encore moins sur le système dit crâno-sacré.
Pour copie certifiée conforme,
Le Secrétaire perpétuel,
Professeur Jacques-Louis BINET