

Référentiel d'Ostéopathie Animale

Savoirs requis pour un Docteur Vétérinaire en vue de l'obtention du titre de vétérinaire ostéopathe

Participent à l'élaboration de ce référentiel d'ostéopathie vétérinaire :

- Le Conseil Supérieur de [l'Ordre](#) des vétérinaires
- [Le syndicat national des vétérinaires d'exercice libéral](#)
- [L'école nationale vétérinaire de Lyon](#)
- [L'école vétérinaire de Nantes,](#)
- [L'Imaov](#)
- [L'Avetao](#)
- [Vetosteo](#)

Sommaire

Préambule	2
00 - Présentation générale : historique et épistémologie	3
01 - Bases neurophysiologiques de l'Ostéopathie	5
02 - Le mouvement respiratoire primaire	8
03 - Systèmes mis en jeu par l'ostéopathie	12
04 - Diagnostic et thérapeutique	17
05 - Fascias	19
06 - Ostéopathie viscérale	23
07 - La tête	26
08 - Squelette axial	29
09 - Bassin et jonction lombosacrée	32
10 - Ceinture thoracique et jonction cervico-thoracique	38
11 - Membres thoraciques et pelviens	41
12 - Ostéopathie et autres médecines	48
13 - Travaux pratiques	51
14 - Conclusion	54
15 - Glossaire d'ostéopathie	55

Préambule

Vétostéos

Principes retenus :

Le praticien vétérinaire ostéopathe est avant tout :

- un praticien : devant donc faire preuve de sens clinique et être capable d'exercer son art.
- un vétérinaire : devant donc être capable d'établir un diagnostic en mettant en œuvre l'obligation de moyens qui est la sienne, en n'oubliant pas la notion de perte de chances pour l'animal (aspects médicaux et sportifs), en obtenant, comme tout autre praticien, le consentement éclairé de son client.
- un ostéopathe : devant donc être capable de développer une vision holistique de son patient, de se doter des moyens diagnostiques complémentaires de son art ostéopathique.

Il devra donc savoir :

- diagnostiquer des dysfonctions et mettre en œuvre des traitements ostéopathiques sans négliger le recours à des investigations, des traitements classiques éventuellement nécessaires au rétablissement de la santé de l'animal et dans le respect de la déontologie vétérinaire, connaître ses limites tant diagnostiques que thérapeutiques.
- quand il lui faudra avoir recours à d'autres types d'approches médicales et lesquelles : acupuncture, allopathie dont la chirurgie, maréchalerie, dentisterie ou autre...
- comment se positionne l'ostéopathie par rapport aux autres thérapies tant d'un point de vue philosophique que pragmatique. Définition : la dysfonction ostéopathique, On désigne par dysfonction ostéopathique toute altération fonctionnelle réversible de l'organisme se traduisant par une restriction de mobilité d'un ou de plusieurs de ses composants, ainsi que les répercussions biologiques locales et /ou à distance mises en jeu lors de l'apparition de la perturbation et de sa persistance. C'est l'objet de recherche et de traitement en ostéopathie. Avertissement : Pour devenir ostéopathe il y a deux volets complémentaires :
- Connaître les principes mis en jeu par son diagnostic et son traitement à la lumière des dernières connaissances scientifiques qui sont amenées à fortement évoluer. A ce titre ce Référentiel n'est pas figé, il devra au fur et à mesure intégrer les dernières évolutions des connaissances.
- Exercer son toucher pour percevoir les dysfonctions et leur correction. A ce titre il fera appel à tout un savoir faire qui s'exprime dans un champ sémantique plus proche de l'art que de la science
- Il n'y a pas là contradiction, même si cela semble à l'encontre d'une certaine vision actuelle de la médecine. On se souviendra avec justesse de cette réflexion de Claude Bernard (introduction à la médecine expérimentale, Chapitre IV, paragraphe 3) :

" La médecine empirique et expérimentale ne sont point incompatibles ; Elles doivent être au contraire inséparables l'une de l'autre "

00 - Présentation générale : historique et épistémologie

- Eric degen, Dr vétérinaire & ostéopathe D.O. ;
- DOUART Claire Maître de conférence en anatomie comparative (ENVN).

A- Pré requis

Un cours de philosophie, et spécialement d'épistémologie, est dispensé au cours du second cycle des études générales [classes terminales et préparation au concours d'entrée aux Ecoles vétérinaires et agronomiques]. De ce fait, chaque discipline enseignée dans l'enseignement supérieur devrait pouvoir bénéficier d'un cours, même succinct, portant sur sa définition, ses principes, ses buts, en un mot son contexte épistémologique. Cependant, il n'en est rien. C'est pourquoi il conviendra de vérifier que les étudiants en ostéopathie auront acquis un niveau suffisant en histoire des sciences et épistémologie pour pouvoir aborder et bénéficier pleinement d'un enseignement réduisant son champ à la médecine vétérinaire, qu'elle soit allopathique ou ostéopathique. Si les notions exposées en infra feront l'objet d'un cours pendant le cursus d'ostéopathie si ces pré requis semblent insuffisamment connus.

B -Définitions

L'étudiant en ostéopathie vétérinaire devra être capable :

1. de choisir une définition claire et concise de l'ostéopathie.
2. d'exprimer clairement les trois principes d'Andrew Taylor STILL.
3. de lister les différentes pratiques ostéopathiques liées aux méthodes diagnostiques et thérapeutiques utilisées : techniques mécanistes, techniques cranio-sacrées, techniques énergétiques [médecine traditionnelle chinoise], et de caractériser leurs principes de base simplement mais formellement.

C- Histoire

L'étudiant devra être capable d'en citer les grands noms et leurs pensées principales, en particulier pour Hippocrate et Claude Bernard. L'étudiant en ostéopathie devra être capable de citer le nom des grands fondateurs de l'ostéopathie [STILL, SUTHERLAND], mais aussi :

- d'évoquer les grandes lignes de leur vie,
- de fournir les titres de leurs ouvrages princeps,
- d'expliquer ce que ces fondateurs entendent par ostéopathie : définition de l'ostéopathie, principes de l'ostéopathie. L'étudiant pourra justifier de tout autre fondateur.

D- Philosophie

L'étudiant devra être capable de citer les grands noms de la philosophie des sciences et leurs pensées principales (Platon et Aristote, Saint augustin et Roger Bacon, Paracelse et Descartes, Galilée et newton, Spinoza, Kant, Auguste Comte, Bergson, Bachelard, Canguilhem) Et surtout devra pouvoir en fin de compte replacer ces pensées dans le contexte de la pensée biologique afin de comprendre au mieux les rapports entre médecine académique et ostéopathie.

En philosophie de la biologie, l'étudiant devra être capable de définir les notions fondamentales suivantes et d'en clarifier l'opposition et la complémentarité, le cas échéant : fait et théorie, déduction, induction, méthode hypothético-déductive, le rôle des organes des sens dans l'observation des faits, empirisme et rationalisme, réductionnisme et holisme, mécanisme et vitalisme, finalisme, santé et maladie.

La philosophie de l'ostéopathie est vaste et porte sur des sujets très divers. Les quelques heures imparties ne sauraient suffire à les envisager tous. C'est pourquoi il faut laisser le soin à l'enseignant de rédiger ses objectifs d'enseignement. Cependant, certaines pistes seront fournies, qui ne peuvent être passées sous silence.

Ainsi, l'étudiant devra être capable :

1. de choisir une définition claire et concise de : la médecine, la médecine allopathique, l'ostéopathie, puis d'établir les problèmes que pose ce choix.
2. de mettre en évidence les principes qui rendent la pratique ostéopathique différente de la médecine occidentale allopathique, tout en les définissant.
3. d'exposer en évitant la polémique :
 - les terrains d'entente entre ces deux médecines,
 - les complémentarités et antagonisme entre médecine allopathique et ostéopathie, en se basant, par exemple, sur leur relation : à la science, à l'être humain.
4. en évitant la polémique,
 - d'émettre des hypothèses quant à l'origine de l'opposition philosophique entre médecine allopathique et ostéopathie, en développant tout spécialement ce qui concerne le "caractère non scientifique" dont est accusée l'ostéopathie.
 - d'exposer le problème de la reconnaissance et de l'intégration de l'ostéopathie à la médecine allopathique et ostéopathie, en développant tout spécialement ce qui concerne le "caractère non scientifique" dont est accusée l'ostéopathie.
 - d'exposer le problème de la reconnaissance et de l'intégration de l'ostéopathie à la médecine.

Ces connaissances ne devront pas être sanctionnables en tant que telles, mais devront servir de trame à la réflexion ostéopathique de l'étudiant.

01 - Bases neurophysiologiques de l'Ostéopathie

- CHENE Patrick Dr vétérinaire & Ostéopathe D.O.
- DESFONTIS Jean-Claude Maître de conf. en physiologie-pharmacologie
- DOUART Claire Maître de conférence en anatomie comparative (ENVN).

A- Pré requis

Les pré-requis porteront principalement sur l'anatomo-histo-physiologie du système nerveux et des organes qui s'y rapportent - principalement la peau et les muscles. Aussi l'étudiant sera-t-il capable de sérier les connaissances qu'il a déjà acquises à ce sujet de la façon suivante :

1- en ANATOMIE :

Dans un premier temps, il établira la répartition du tissu nerveux en système nerveux central et système nerveux périphérique. Puis il saura :

- à propos du SYSTEME NERVEUX CENTRAL, dans le but d'en fournir un schéma fonctionnel explicatif, décrire - i. e. par niveaux de complexité croissants - les différentes parties anatomiques du système nerveux central en gardant à l'esprit les principaux rôles de chaque partie décrite, en se référant spécialement à la distinction système nerveux de relation - système nerveux autonome.
- à propos du SYSTEME NERVEUX PERIPHERIQUE, expliquer la disposition anatomique du nerf spinal [racines et ganglions] et, plus généralement, son environnement intra et surtout extra vertébral, origine éventuelle de désordre de l'influx nerveux, ainsi que ses relations avec les fibres autonomes,

2- en HISTO-CYTOLOGIE, il saura dépeindre :

En matière de TISSU NERVEUX :

- les grandes caractéristiques de la cellule nerveuse et de son entourage névroglie dans le tissu nerveux de la partie centrale du système nerveux
- le tissu nerveux dans le système nerveux central en montrant les relations entre tissu nerveux, vaisseaux et méninges.
- le schéma d'organisation histologique du nerf en insistant sur les relations entre le neurone périphérique et son accompagnement névroglie.

En matière de TISSU MUSCULAIRE :

- les grandes caractéristiques de la cellule musculaire et de son entourage conjonctif, en distinguant les cellules musculaires lisses et les cellules musculaires striées squelettiques, les cellules musculaires striées cardiaques,
- les différents types de jonctions neuromusculaires,
- les différents types de neurones sensitifs assurant la proprioception [cf. infra], et surtout les différents types de terminaison en fonction de l'information perçue.

En matière de TISSU CUTANE :

- les grandes caractéristiques de la peau, spécialement les différents types de récepteurs cutanés, avec leur nom, leur situation dans le revêtement et le type d'information perçue [cf. infra].

3 - en PHYSIOLOGIE, il saura :

- retracer le mécanisme de transmission de l'influx nerveux à l'intérieur du nerf - et l'influence de son entourage névroglie,
- citer les principaux médiateurs chimiques,
- expliquer le mécanisme de transmission de l'influx nerveux au niveau des effecteurs,
- définir les divers types d'information véhiculée par les neurones : motricité - sensibilité, sensibilité extéro-ceptive, proprioceptive et viscéro-ceptive.
- décrire, à l'aide de ses connaissances anatomiques, les grands trajets de chaque type d'information, en portant une attention particulière, d'une part, aux diverses informations cutanées [récepteurs cutanés] et squelettiques [récepteurs musculo-articulaires] et, d'autre part, à l'information motrice, de sorte à être en mesure d'expliquer les différents types de réflexes présidant à la contraction musculaire [réflexe myotatique et réflexe à l'étirement].

B-Physiologie du Neurone

L'étudiant devra être capable d'exprimer logiquement les notions suivantes, en s'appuyant en particulier sur les travaux d'Irwin KORR.

1- le neurone

- la conduction neuronale
- sa facilitation et son inhibition

2- les neurones "primaires" (par opposition à l'inter-neurone) :

- les motoneurones alpha et les motoneurones gamma
- les neurones proprio-ceptifs et les récepteurs musculo-tendineux, ligamentaires et capsulaires
- les neurones extéro-ceptifs et les récepteurs tactiles de l'ostéopathe.

3- la plaque motrice et le fuseau neuro-musculaire, les autres jonctions neuro-effectrices (tissu glandulaire),

4 l'inter-neurone ou neurone intercalaire : sa disposition, son rôle dans le "ciblage" de l'information.

C- Anatomie-physiologie du Système nerveux

En s'appuyant en particulier sur les travaux d'Irwin KORR, l'étudiant devra formuler :

1- l'ontogenèse et la phylogenèse du système nerveux, , en se souciant principalement du devenir des cellules des crêtes neurales, afin de mieux comprendre les relations entre le système nerveux et le système endocrinien.

2-la carte fonctionnelle du système nerveux central en décrivant logiquement, les rôles de ses différentes parties.

3- la circulation des influx sensitivo-moteurs au sein du système nerveux. Pour ce faire, il lui faudra énumérer dans un ordre logique les organes récepteurs et les organes effecteurs du système nerveux, tant de relation qu'autonome, Il développera particulièrement ses connaissances de l'origine des touchers épicrotiques, proprioceptifs et cénesthésiques :

- structures anatomiques mises en cause dans la perception de l'information,
- les différents types de réflexes musculaires, leurs voies anatomiques, leur mécanisme, leur facilitation et leur inhibition.

4- des explications concernant les modifications de l'influx nerveux, hyper-esthésie et hypo-esthésie, en s'attachant - entre autres notions - à développer :

- la neuro-matrice cérébrale et la neuro-signature et leurs conséquences physiologiques et pathologiques,
- le rôle des ganglions spinaux.

5- à propos du SYSTEME ENDOCRINIEN,

- succinctement les relations entre le système nerveux autonome - partie centrale ou périphérique - avec les principales glandes de l'organisme, voire avec les viscères contenant des cellules endocrines [appareil digestif, etc.]
- l'influence du système endocrinien sur le fonctionnement du système nerveux, dont les rythmes nyctéméral et saisonnier.

02 - Le mouvement respiratoire primaire

- CHENE Patrick Dr vétérinaire & Ostéopathe D.O.
- DOUART Claire Maître de conférence en anatomie comparative (ENVN)

0-Avertissement

Ce chapitre fait souvent l'objet de polémiques par la difficulté de le valider scientifiquement. Quoiqu'il en soit et même si des notions émergentes comme la force de traction médullaire sont appelées à modifier fortement le point de vue ostéopathique sur ce concept, il reste que de par sa codification d'un lien crâne-sacrum et d'une déformabilité du crâne il apporte son lot de techniques et de compréhension indispensable à une ostéopathie globale. L'étudiant devra être capable d'utiliser ce concept et de s'adapter à son devenir. Il est donc défini ici selon des concepts enseignés classiquement en ostéopathie, mais si les techniques resteront sans doute valides, certaines notions théoriques seront à revoir à la lumière des nouvelles connaissances.

A- Prérequis

Les prérequis porteront principalement sur l'anatomie - mais pas seulement, aussi l'étudiant sera-t-il capable :

1- en OSTEOLOGIE :

- de citer selon un plan logique les noms des os de la tête, de les localiser sur une tête osseuse et de caractériser les principaux points d'anatomie comparée affectant les mammifères domestiques. Une attention particulière sera portée aux os de la base du crâne.
- de décrire de façon concise et logique une vertèbre type dans ses différentes parties, d'énumérer les variations sérielles subies par les vertèbres et, éventuellement, les variations spécifiques.

2 - en NEUROLOGIE :

- d'exposer schématiquement : la disposition du système nerveux central à l'intérieur de son enveloppe osseuse, la disposition des méninges intra-craniennes et intra-vertébrales, les moyens de fixation du système nerveux central, les cavités spinale et encéphaliques.
- de raconter le circuit parcouru par le liquide cérébro-spinal dans les méninges.

3 - en HISTOLOGIE,

il devra être capable [cf. système nerveux autonome] :

- d'exposer les grandes caractéristiques de la cellule nerveuse et de son entourage névroglie.
- de décrire le tissu nerveux dans le système nerveux central en montrant les relations entre tissu nerveux, vaisseaux et méninges.

L'étudiant devra s'aider de schémas fournis à l'avance ou non, préparés à l'avance ou non.

4 - en PHYSIOLOGIE,

il devra être capable de dépeindre le schéma fonctionnel des divers types de contraction musculaire.

B - Bases anatomiques de l'étude du Mouvement respiratoire primaire

Une attention particulière sera portée sur l'anatomie régionale de la base du crâne et à l'anatomie comparée de cette région. Aussi l'étudiant en ostéopathie devra-t-il être capable d'expliquer tous les liens de continuité, de contiguïté et fonctionnels qui unissent les éléments osseux du crâne entre eux et avec leur entourage pariétal et viscéral.

1 - en OSTEOLOGIE, l'étudiant devra être capable de décrire :

- la conformation générale du crâne, et leurs variations spécifiques,
- les différents "reliefs" que l'on voit à leur surface [face exo-crânienne et face endo-crânienne] et leur origine,
- les différents orifices dont ils sont perforés et ce qui passe au travers.

2 - en ARTHROLOGIE, l'étudiant devra être capable d'expliquer de façon concise et logique :

- la nature des articulations unissant les os du crâne entre eux ;
- la composition des articulations occipital-atlas et atlas-axis.

3 - en MYOLOGIE, il devra pouvoir citer et localiser les muscles qui entrent en rapport ou s'insèrent sur ces os. Il devra tenir compte des variations spécifiques portant principalement sur les muscles sterno- et brachio-céphaliques.

4 - en SPLANCHNOLOGIE, il devra être capable de placer les viscères en relation avec la boîte crânienne, en envisageant le cas particulier du Cheval et des diverticules du tube auditif.

5 - en ANGIOLOGIE, il devra être capable d'exposer :

- la disposition générale des systèmes artério-veineux observables au niveau de la boîte crânienne, tant sur sa face endo-crânienne que sur sa face exo-crânienne,
- les passages vasculaires au travers le plancher du crâne.

6 - en NEUROLOGIE, il devra pouvoir : - agencer les méninges entre elles et vis-à-vis du système nerveux central et de son enveloppe osseuse, - exposer leurs particularités morphologiques en relation avec leur situation,

- relater la répartition, la sécrétion, la résorption et la circulation du liquide cébro-spinal. Dans ce cadre, il devra pouvoir formuler clairement la disposition des cavités spinale et encéphaliques.

7 - en ENDOCRINOLOGIE, l'étudiant devra être capable d'expliquer simplement l'anatomie de l'hypophyse, dans sa conformation et ses rapports vasculo-nerveux, méningés et osseux.

8 - enfin, grâce à L'EMBRYOLOGIE, l'étudiant devra être capable de fournir une vision synthétique de la région du crâne, en se référant au devenir régional de chacun des trois feuillet primitifs. L'étudiant devra s'aider de schémas fournis à l'avance ou non, préparés à l'avance ou non.

C - Bases physiologiques du Mouvement respiratoire primaire

1- description : l'étudiant devra être capable de décrire la cytologie du tissu nerveux en s'intéressant spécialement aux diverses cellules de la névroglie.

2 – élaboration : il devra être capable d'énoncer l'hypothèse la plus couramment admise expliquant le mécanisme intra-cellulaire de la pulsativité encéphalique.

3 – explication : il sera capable d'expliquer l'effet en cascade que la pulsativité encéphalique produit sur l'organisme et chacun des composants de cet effet. Aussi sera-t-il capable d'émettre les hypothèses les plus probables concernant :

- l'effet liquidien direct induit, i. e. l'effet sur la circulation du liquide cérébro-spinal,
- l'effet membraneux indirect induit, i. e. l'action sur les méninges,
- l'effet crânien directement et indirectement induit. Il pourra détailler le déroulement des mécanismes de : la dilatation-compression de l'encéphale, l'inspir-expir [flexion-extension crânienne].
- l'effet sacral indirect induit, les répercussions au niveau de la région sacrale dans son ensemble,
- l'effet corporel global induit.

D - Pratique du Mouvement respiratoire primaire

1 - expression : l'étudiant en ostéopathie vétérinaire saura exprimer :

- les indications de ces techniques,
- les contre-indications de ces techniques,
- leurs effets secondaires potentiels, et appréciera en cours de traitement la validité de son action ou sa dangerosité potentielle.

2 – perception : il sera capable de percevoir sur chaque animal les mouvements entendus comme la motilité des structures sous jacentes importantes dans la réalisation du Mécanisme respiratoire primaire tel qu'on le décrit en théorie, sachant que ce n'est qu'une théorie mais qu'à l'expérience c'est un cadre valide et utilisable dans l'arsenal thérapeutique de l'ostéopathe. Ces mouvements étant principalement dans le cadre de la théorie mécanique du mouvement respiratoire primaire :

- la flexion/extension rythmique du sacrum,
- la flexion/extension crânienne globalement et dans le mouvement adaptatif propre de chaque os. - dans le cadre de la théorie cellulaire du mouvement respiratoire primaire.
- le mouvement de rotation interne/rotation externe des membres,
- le mouvement spécifique de chaque organe,
- le mouvement de gonflement/rétraction de chaque tissu. **3 – détermination** : il sera capable de déterminer l'aspect globalement normal [adapté à chaque cas] ou restreint des mouvements qu'il a sous la main :

- savoir déterminer les paramètres spatiaux des restrictions de la structure étudiée,
- savoir apprécier la nature du blocage ressenti, son aspect primaire ou secondaire.

4 – correction : il sera capable de corriger ces restrictions de mouvements ressenties :

- en agissant directement sur le système craniao-sacré à l'aide des techniques apprises,
- en allant chercher ailleurs dans le corps la dysfonction primaire qui induit ce blocage, et d'apprécier le retour à la normalisation qui lui paraîtra optimale.

03 - Systèmes mis en jeu par l'ostéopathie

- CHENE Patrick Docteur vétérinaire Ostéopathe D.O.
- MEGRET Jean-François Docteur vétérinaire Ostéopathe D.O.
- DOUART Claire Maître de conférence en anatomie comparative (ENVN).

0 - Introduction

Cette partie porte sur les systèmes mis en jeu par l'ostéopathie : système nerveux autonome, oscillateurs neuronaux - sens du toucher, tenségrité.

Le premier système doit permettre à l'étudiant de comprendre l'apparition et l'entretien de la dysfonction ostéopathique. Le deuxième doit permettre à l'étudiant de comprendre comment à partir de son corps on peut "percevoir" les dysfonctions. Le troisième ouvre les perspectives d'une organisation différente du corps mais qui présente une grande pertinence pour l'action ostéopathique et son raisonnement. Ces concepts, tirés d'un puzzle de connaissances actuelles et à valider par des études adaptées, n'en sont pas moins très importantes pour aider l'étudiant à comprendre : les systèmes mis en jeu dans l'acte de perception des tensions, la mise en place des tensions perçues et la nature du traitement ostéopathique qu'il met en œuvre.

A - Système nerveux autonome

1- Bases anatomiques de l'Etude du Système nerveux autonome L'étudiant en ostéopathie vétérinaire devra être capable :

1.1 - à propos de l'ONTOGENESE et la PHYLOGENESE du système nerveux autonome, de les résumer en expliquant : o les répercussions anatomiques et fonctionnelles observées sur le système nerveux central et les nerfs du Mammifère adulte, o les relations entre système nerveux autonome et système endocrinien.

1.2- à propos de l'ORGANISATION GENERALE du système nerveux autonome :

- de décrire l'organisation sérielle de la partie périphérique du système nerveux autonome en distinguant : la partie somatique de la partie viscérale, le système sympathique du système parasympathique.
- de décrire la distribution dans l'organisme de chacune des trois chaînes : chaîne somatique, chaîne viscérale sympathique, chaîne viscérale parasympathique. - d'exposer la disposition des centres nerveux spinaux et encéphaliques pour chacune des trois chaînes pré-citées.
- de faire la synthèse entre centres nerveux et partie périphérique en retraçant la présence du système nerveux autonome dans chaque métamère de l'organisme. Une attention particulière sera portée à la disposition du système nerveux autonome dans la tête.

1.3 à propos de la PARTIE CENTRALE :

- de rappeler l'emplacement et la nature physiologique des centres nerveux autonomes [cf. supra], o de décrire les relations centrales entre le système nerveux autonome et le système nerveux de relation en les resituant succinctement dans l'encéphale ou la moelle épinière,
- de replacer l'entourage méningé et osseux du système nerveux central.

1.4 à propos de la PARTIE PERIPHERIQUE :

- d'énumérer dans un ordre logique les organes récepteurs et les organes effecteurs du système nerveux autonome,
- de les unir logiquement à la partie périphérique du système nerveux autonome,
- d'expliquer les relations de contiguïté entre les fibres du système nerveux autonome et celles du système nerveux de relation au niveau périphérique et d'en commenter les conséquences : réflexes somato-viscéraux, réflexes viscéro-somatiques, et douleurs référées.
- d'en déduire les relations fonctionnelles entre les deux systèmes et les conséquences pathologiques relatives à la dysfonction ostéopathique.

1.5 à propos du SYSTEME ENDOCRINIEN, de décrire succinctement les relations entre le système nerveux autonome - partie centrale ou périphérique - avec les principales glandes de l'organisme, voire avec les viscères contenant des cellules endocrines [appareil digestif, etc.]. L'étudiant devra s'aider de schémas fournis à l'avance ou non, préparés à l'avance ou non.

2 - Compréhension nerveuse de la dysfonction ostéopathique

2.1 – principes : l'étudiant devra connaître les principes physiologiques qui gouvernent la dysfonction ostéopathique, principalement tirés de l'enseignement d'Irwin KORR :

- signification dans le fonctionnement neuronal de la dysfonction ostéopathique, - principe de lentille neuronale, -dysfonction dans les récepteurs musculaires et articulaires, - boucles réflexes mises en jeu, o comment une dysfonction se met en place, dans ce système physiologique bien rôdé. 2.2 – explications : il saura expliquer à partir de ces notions les principes de correction mis en jeu dans chaque technique. 3 - Pratique du système nerveux autonome 3.1 – Tests : l'étudiant saura exécuter des tests fasciaux, musculaires, vasculaires, cutanés afin d'apprécier l'état neurovégétatif global et local du patient. 3.2 – résultats : il saura commenter les résultats en s'aidant de la métamérie [cf. relation avec les autres médecines - médecine traditionnelle chinoise] afin de trouver une certaine logique dans les observations faites et saura la superposer aux autres observations réalisées à d'autres niveaux [biomécanique, fascial, etc.]. 3.3 – choix : il sera en mesure, d'après ses observations : - d'orienter le type de techniques qu'il utilisera afin de minimiser les effets secondaires sympathiques et d'expliquer son choix, -voire d'exclure des techniques pour les mêmes raisons et de s'en expliquer. 3.4 – techniques : il montrera qu'il connaît : o les techniques pour stimuler ou inhiber l'un ou l'autre des systèmes prépondérants [sympathique ou parasympathique], ode localiser leurs lieux d'application privilégiés pour le cas considéré. 3.5 – évaluation : il saura :
 - évaluer l'effet de ces manipulations,
 - et donc les renforcer ou les arrêter, voire les inhiber en fonction du résultat observé.

B - Sens du Toucher, Oscillateurs neuronaux une Compréhension des Sensations tactiles

1 - Prérequis :

biologie cellulaire - histologie - anatomie

L'étudiant aura acquis au préalable les connaissances portant sur :

- l'anatomie et l'histologie cutanées, en particulier les noms et caractéristiques des récepteurs cutanés.
- les "voies" neurologiques de la perception des informations cutanées et cénesthésiques.

1.1 - Définitions et Propriétés du toucher L'étudiant en ostéopathie vétérinaire devra connaître l'origine des touchers épicrotiques, proprioceptifs et cénesthésiques. Il devra apprendre les notions éthologiques de l'équitation [isopraxie, homologie gestuelle, champ détendu] qui permettent de faire le lien entre un comportement et une tension musculaire.

Il devra connaître :

- dans chaque cas, les structures anatomiques mises en cause dans la perception de l'information, dans son traitement local et nerveux.
- les modalités modifiant les perceptions - les stimulant ou au contraire les inhibant : force du contact, vitesse du contact, façon de poser, mise en jeu des autres sens en même temps que le toucher.
- le fonctionnement des groupes neuronaux qu'on appelle les oscillateurs neuronaux capables de transmettre un influx de manière rythmique : leur physiologie, leur intérêt dans l'étude des allures [pas, trot, galop].

1.2 - Application à l'ostéopathie

L'étudiant devra avoir une idée des systèmes mis en jeu quand il pose ses mains en vue d'un diagnostic ostéopathique. Il devra :

- Avoir appris à poser ses mains en expliquant les caractéristiques de son toucher
- Connaître et pratiquer des exercices favorisant le développement du toucher.
- Connaître le fonctionnement des oscillateurs neuronaux ou générateurs centraux de rythme, la notion de couplage des oscillateurs neuronaux, celle de couplage intra & extra corporel, couplage faible & couplage fort, l'importance du déphasage dans la génération des mouvements périodiques. En arriver à l'explication de certaines dysfonctions et surtout comment de tels systèmes peuvent éclairer ce qu'on appelle l'empathie. Il conviendra aussi de savoir comment se servir d'elle ou savoir l'éviter, et comment en retour une action peut se produire sur eux pendant le traitement ostéopathique.

Tout cela dans un seul but : commencer l'"étalonnage" du seul outil de l'ostéopathe, outil unique, incomparable à aucun autre, mais fiable : son corps. Et cela afin d'en diminuer ses propres seuils de sensibilité et de démarrer un chemin qui mettra des années à aboutir à une perception globale, fine, variée et discriminative des tensions tissulaires qu'il a sous la main.

C - Un Modèle biomécanique proposé pour l'Ostéopathie : la Tenségrité

1 - Prérequis :

1 - biologie cellulaire - histologie - anatomie

A partir de la théorie cellulaire actuelle, l'étudiant devra connaître au préalable :

- les grands traits de l'architecture cellulaire [membrane cytoplasmique, noyau, membrane nucléaire, cytoplasme], o les principaux organites cellulaires : forme, structure, situation dans la cellule, fonctions,
- la disposition schématique du cytosquelette dans la cellule.

2 - Bases anatomiques de l'Etude de la Tenségrité

L'étudiant devra savoir faire la jonction entre le niveau microscopique et le niveau macroscopique à l'aide de l'anatomo-histologie en expliquant les continuités structurelles :

- splanchnologie : continuité milieu extra-cellulaire - capsule fibreuse - méso - fascias,
- somatologie : continuité milieu extra-cellulaire - endomysium - pérимыsium - épимыsium - aponévroses - fascias, continuité endonèvre - pérинèvre - épинèvre - aponévroses - fascias, continuité moelle osseuse - endoste - tissu osseux - périoste - aponévroses - fascias.

3 - Définitions et Propriétés des Systèmes de Tenségrité

L'étudiant en ostéopathie vétérinaire devra connaître l'origine architecturale du principe de tenségrité et saura :

3.1- définition : donner une définition cohérente de la tenségrité au sens strict, c'est-à-dire mettant en avant le principe de barres discontinues en compression dans un réseau élastique continu. En donner une définition plus élargie incluant des systèmes apparentés.

3.2 – propriétés : mettre en évidence quelques propriétés des systèmes de tenségrité :

- réciprocité des effets : les barres tendent le réseau qui comprime les barres,
- système léger, stable et élastique, sans point d'appui ni levier,
- dilution et re-répartition par le réseau en tension des forces mécaniques extérieures,
- possibilité de déformation générale sans modification des liaisons entre les éléments constitutifs. Il aura saisi entre autres, l'analogie entre système de tenségrité et système pneumatique, laquelle illustre la précontrainte [ou autocontrainte], concept-clé de la tenségrité. Il aura compris les concepts de déformation, de contrainte et de rigidité ainsi que l'importance de la courbe de déformation en J, ce qu'elle signifie, et l'analogie entre système de tenségrité et tissu vivant.

4 - Application à la Biologie

L'étudiant devra savoir restituer l'hypothèse de l'organisme en tant que système de tenségrité, de façon très simple.

4.1 - au NIVEAU CELLULAIRE L'étudiant devra connaître l'existence de 2 grandes classes de modèles biomécaniques cellulaires : continu [modèles viscoélastiques par exemple] et discontinu [mousse, percolation par exemple], la tenségrité étant un modèle discontinu proposé dont la pertinence est largement reconnue.

Du seul point de vue statique, l'étudiant devra être capable de montrer de façon schématique comment le cytosquelette, par :

- ses composants : disposition et rôle, o ses relations avec le noyau [il devra, à cette occasion, pouvoir proposer le modèle de la cellule en double sphère emboîtée, reliée l'une à l'autre.],
- ses relations avec la matrice extra-cellulaire au travers de la membrane cellulaire [complexes d'adhésion focale], peut constituer - par sa seule disposition statique - un système de tenségrité et conforter ainsi l'hypothèse émise.

Du point de vue dynamique, l'étudiant devra connaître la définition de la mécano-transduction, et pouvoir présenter succinctement le rôle des complexes focaux d'adhésion et du cytosquelette dans la transformation des pressions extérieures - de nature physique - en réponses cellulaires de nature chimique, et discuter le fait que le cytoquelette, par son arrangement en système de tenségrité, semble jouer le rôle d'un filtre régulateur dans ces réactions, sa rigidité étant le facteur déterminant.

4.2 à des NIVEAUX HIERARCHIQUES SUPERIEURS [tissulaire, inter-tissulaire, organisme global]

- à l'échelle macroscopique, l'étudiant devra être capable de fournir quelques exemples de l'architecture de l'organisme qui peuvent être décrits comme systèmes de tenségrité, au sens strict [éléments discontinus en compression dans un réseau élastique continu],
- ou dans une acception plus large [configuration en dôme géodésique, réseau en tension, système pneumatique, etc.] : tissu osseux, système squelettique : os - muscles, le viscère creux : analogie du ballon (système de tenségrité, système dure-mère), squelette céphalo-axial,
- organisme dans son entier : réseau fascial associé au squelette osseux et aux pressions fluidiques,
- ou tout autre exemple de son cru permettant de reconnaître un système de tenségrité tel qu'il l'aura préalablement défini. Il devra avoir saisi l'importance des tissus mous, et de la continuité du réseau des fascias porteur et guide de l'information mécanique de l'organisme à la cellule, et le comparer à la notion de chaîne dysfonctionnelle.

4.3 Conclusion :

l'étudiant devra être capable de montrer ce que l'hypothèse de la tenségrité a d'avantageux dans la compréhension dynamique :

- de la bio-mécanique de l'organisme, éventuellement par opposition au schéma classique de l'empilement,
- plus généralement, des divers phénomènes observés et techniques utilisées en ostéopathie

04 - Diagnostic et thérapeutique

- GIMENEZ Natacha, Docteur vétérinaire

A – Prérequis

L'étudiant doit savoir mener un examen vétérinaire classique

B - Diagnostic

L'étudiant devra être capable :

1 - De porter un diagnostic dysfonctionnel ostéopathique sur l'animal :

- mener un examen ostéopathique complet et expliquer la démarche diagnostique (choix des techniques de ressenti, choix des tests diagnostiques)
- lister et hiérarchiser les différentes dysfonctions rencontrées sur l'animal
- pour chacune d'elle, être capable d'expliquer le type de dysfonction, sa nature, et de caractériser spatialement la lésion ostéopathique
- pour chacune d'elle, être capable de citer et d'expliquer les test diagnostiques ayant permis de les identifier et de les caractériser
- décrire les répercussions fonctionnelles de la lésion, sur la structure concernée et les structures voisines, ainsi que les éventuelles répercussions à distance et évaluer leur corrélation avec le motif de consultation et l'anamnèse

2 - De porter un diagnostic lésionnel :

- savoir identifier les limites de l'examen ostéopathique et indiquer des examens complémentaires ; justifier la démarche diagnostique et le choix des examens

3 - Synthèse :

- L'étudiant saura faire la synthèse de l'examen clinique classique et l'examen clinique ostéopathique, et porter un diagnostic fonctionnel global

C - Traitement ostéopathique complet :

L'étudiant devra être capable :

- de choisir les techniques de correction des dysfonctions identifiées ; justifier le choix des techniques
- d'appliquer les techniques de correction choisies et vérifier le résultat
- d'expliquer au propriétaire les répercussions attendues du traitement et la manière dont il pourra évaluer les résultats
- de mettre en place pour le propriétaire (et justifier) une conduite à tenir après le traitement (gestion de l'activité physique par exemple)
- de faire la synthèse du traitement effectué en termes « ostéopathiques » précis et de l'expliquer clairement au propriétaire
- être capable de discerner les limites de l'ostéopathie et rediriger l'animal vers des techniques thérapeutiques « classiques »

- être capable de juger de la nécessité de mettre en place un traitement complémentaire du traitement ostéopathique et de le justifier
- d'adapter les techniques à l'individu.

D - Conclusion

Les techniques de diagnostic et de traitement en ostéopathie reposent sur le ressenti et on ne peut éluder de fortes variations probables entre des sujets différents pour le même type de dysfonction, ou des thérapeutes différents pour le même animal : mais dans tous les cas, l'étudiant doit être capable :

- de justifier sa démarche diagnostique et thérapeutique en fonction de son ressenti
- d'adapter sa démarche aux réactions de l'animal en cours d'examen ou de traitement et de l'expliquer.

05 - Fascias

- BOUCHET Alain, Docteur vétérinaire.

0 - Introduction

Les fascias dérivent tous d'un même feuillet embryologique : le mésoderme. Les fascias sont par extension le tissu conjonctif, ils concernent donc les ligaments, les aponévroses, les mésos etc... mais aussi les cartilages des os et le périoste. Leur intérêt est qu'ils constituent une suite tissulaire ininterrompue de l'extérieur vers l'intérieur et également de la tête aux pieds. Le tissu fascial enveloppe chaque organe, chaque muscle, chaque nerf mais pénètre également à l'intérieur pour ne s'arrêter qu'à la cellule qu'il entoure de sa substance fondamentale.

Le rôle des fascias est considérable :

- contention des muscles et des organes, maintien de la posture, courroies de transmission pour les mouvements du corps (lesquelles formeront les chaînes fasciales susceptibles de se transformer en chaînes lésionnelles, qui intéressent tant l'ostéopathe), amortissement et protection contre les chocs.
- Les fascias constituent de plus les premières barrières de défense de l'organisme. Ils assurent grâce à la substance fondamentale, les échanges entre les milieux intra- et extra-cellulaires.
- Les fascias sont dotés d'une certaine mobilité, héritée de leur origine embryologique. Cette mobilité peut être perçue par la main et sera à la base du travail de l'ostéopathe.

Nous comprenons donc aisément que l'approche du corps par les fascias soit une technique de choix : elle permet non seulement d'aller au cœur du tissu lésé et d'en corriger les blocages [dysfonctions], mais aussi en suivant les chaînes fasciales, de trouver l'origine des lésions. L'étudiant devra connaître la définition et ce que l'on entend par fascia [du fascia, et des fascias,] dans le contexte de l'ostéopathie. Un glossaire concentrant la nomenclature des fascias associée à la dénomination officielle anatomique sera établi sous l'égide des enseignants d'anatomie et sera à la disposition des étudiants.

A – Embryologie des fascias

Il s'agit d'un rappel de l'enseignement reçu à l'école : l'étudiant devra être capable d'expliquer la mise en place et le devenir des trois feuillets embryonnaires, en s'aidant de schémas s'il le désire.

B – Anatomie des fascias

Les étudiants devront être capables de citer et de décrire les différents fascias du corps et surtout leurs zones d'attache et les interrelations entre eux. On pourra s'aider de schémas explicatifs.

1 - Les fascias externes

- Le fascia superficialis - L'aponévrose épicrotânienne - L'aponévrose cervicale [le fascia cervical superficiel]

- Les aponévroses [les fascias et aponévroses] du tronc (antérieur, postérieur, [ventraux, dorsaux] fascia iliaca) - Les aponévroses [les fascias et aponévroses] du membre antérieur - Les aponévroses [les fascias et aponévroses] du membre postérieur

2 - Les fascias internes

- Les aponévroses cervicales (moyennes et profondes) [les fascias cervicaux moyen et profond - Le fascia endothoracique
- Le fascia transversalis et le fascia iliaca
- Les fascias du petit bassin

3 - Les fascias centraux

- Les fascias inter ptérygoïdiens, palatins, pharyngiens, péripharyngiens
- Le péricarde
- Le diaphragme
- Les fascias de la face interne du thorax et de l'abdomen et en particulier : *Les plèvres - Le péritoine et ses prolongations : mésos, ligaments, épiploon. *et leurs prolongements : les mésos - particulièrement les omentums et le mésentère]
- Les fascias de l'axe cérébro-spinal : les méninges.

C - Histologie des fascias

Il s'agit d'un rappel de l'enseignement prodigué à l'école en l'adaptant plus spécialement aux fascias. - Les composés biochimiques : (collagène, élastine, protéoglycanes et glycoprotéines) - Les constituants : (la substance fondamentale, les fibres, les cellules) - Les différents types de tissus : (conjonctif, muqueux, réticulé, lâche, dense, adipeux...) est-ce à dire qu'il s'agit des différents types de tissus conjonctifs, dans lesquels on reconnaît aujourd'hui : les tissus lâches, denses, adipeux, élastiques, muqueux et réticulaires auxquels on peut rajouter par extension les tissus musculaires, osseux, cartilagineux et les séreuses. Il sera plus particulièrement insisté sur les différents types de tissus conjonctifs.

D – Rôle des fascias

Les étudiants devront être capables de citer et de décrire les différentes fonctions des fascias dans les domaines suivants : - Rôle de soutien et de support (maintien de la forme anatomique, fixation à la structure osseuse, support du système nerveux et vasculaire, soutien et suspension des tissus mous (organes internes, muscles). les notions entre parenthèses seront retirées du texte définitif. - Rôle de séparation et de clivage - Rôle de protection (amortisseur des pressions, absorption des chocs) - Rôle hémodynamique - Rôle de communication et d'échanges (les fascias assurent la liaison entre la cellule et les structures vasculo-veineuses [nerveuses]) - Rôle de défense : les fascias par leur substance fondamentale constituent la première barrière de défense de l'organisme avant l'intervention du système général, ils auraient un rôle dans la régulation du stress.

E – Les chaînes fasciales

Ces chaînes sont l'expression de la « contagion » classique des tensions née à un endroit du corps qui par compensation se transmettent par des liens et trajets privilégiés appelées chaînes fasciales. C'est une extension de sens de ce que l'on connaît sous le nom de chaînes musculaires.

1 - Description

Chacune devra être décrite avec non seulement ses différents trajets mais également les désordres pathologiques qui en découlent. :

- dans ses différents trajets,
- dans ses rôles (transmission, amortissement, coordination),
- dans ses désordres.

2 – Exemples

Des exemples pratiques seront connus.

2.1 - Les principales chaînes fasciales :

- Externes : à partir du membre postérieur externe, antérieure, postérieure à partir du membre antérieur : interne, externe
- Internes : périphérique, centrale, mixte
- La chaîne méningée

2.2- Les zones d'amortissement :

- La ceinture pelvienne
- Le diaphragme
- La ceinture scapulaire
- L'hyoïde [actuellement dénommé appareil hyoïdien]
- La charnière cervico-occipitale
- l'entrée de la poitrine

2.3 - Les chaînes lésionnelles Leur occurrence dans le temps et l'espace :

- ascendantes, descendantes
- notion de primaire et secondaire.

F - Tests :

Trois précautions sont à prendre :

- être capable d'être en phase avec le sujet
- observer la Neutralité du thérapeute
- obtenir un Contact manuel subtil Chaque os, chaque muscle, chaque articulation, chaque organe peut ainsi pouvoir être écouté par l'étudiant. Il devra pouvoir déceler et décrire qualitativement et quantitativement le micromouvement propre à chaque structure, lequel nous indiquera un dysfonctionnement.

G - Traitement :

Sur la base de cet examen, l'étudiant devra pouvoir mettre en œuvre une technique correctrice et évaluer l'effet de son traitement. Les modalités de traitement seront différentes en fonction de la zone à traiter et de la pratique du thérapeute.

- Technique structurelle (pression, étirement etc.)
- Déroulement des fascias
- travail des cicatrices
- technique réflexe.
- Technique purement énergétique, etc.

06 - Ostéopathie viscérale

- COLOMBO Jean Claude, Docteur vétérinaire.

A - Prérequis

Seront considérées comme connus les principaux points de conformation externe et interne de structure et de topographie des organismes animaux étudiés dans le cours dispensé au sein des Ecoles Nationales Vétérinaires en France.

De même, seront considérés comme connues les liaisons et interférences physiologiques entre les organes, ainsi que les conséquences cliniques de leurs dysfonctions.

B - Introduction

L'Ostéopathie Viscérale devra être comprise comme un prolongement de l'abord fascial, et obéir aux mêmes règles de connaissance anatomique précise, d'écoute subtile et de traitement. Le but de cet enseignement sera de permettre à l'étudiant d'appréhender la continuité anatomique des structures ante et post diaphragmatiques, afin d'apprendre et de comprendre le principe sous tendant l'ostéopathie : l'unité du corps.

C - Anatomie

L'étudiant devra être capable de citer et de décrire les différents organes, tant dans leurs moyens de fixité que dans leurs rapports, à la lumière de leur mise en place embryologique, en citant les particularités des différentes espèces animales domestiques. En particulier, l'étudiant devra pouvoir citer et décrire pour chaque organe dans chaque espèce :

- sa position et ses moyens de fixité
- ses rapports avec les autres organes
- la topographie de son innervation et de son irrigation
- les rapports avec les fascias adjacents ou de soutien

1 - Notion de Diaphragmes :

L'étudiant devra pouvoir donner la définition, citer et décrire tant dans leur composition anatomique que dans leur fonction, les différents diaphragmes, au sens ostéopathique, à savoir :

- la tente du cervelet
- la charnière occipito-atloïdienne
- l'appareil hyoïdien
- la ceinture scapulaire et le diaphragme d'entrée de la poitrine
- le diaphragme respiratoire
- les diaphragmes pelviens crânial et caudal.

2 - Les organes viscéraux crâniens :

- les méninges - l'encéphale - une attention particulière sera portée sur l'hypophyse et sur ses rapports au sphénoïde.

3 - Les organes cervicaux :

- Le thymus
- La thyroïde
- L'appareil hyoïdien.

3 - Les organes ante diaphragmatiques :

- le cœur,
- les poumons,
- les plèvres,
- une attention particulière sera portée sur les structures médiastinales et leurs rapports.

4 - Le diaphragme respiratoire :

- importance de sa conformation et de ses liens.
- le rôle charnière.

5 - Les organes post diaphragmatiques :

- l'estomac
- le foie et les voies biliaires
- le pancréas
- la rate
- duodénum, jejunum, iléon, cœcum, colon, rectum.
- les reins
- la vessie
- l'appareil génital mâle et femelle.

D - Abord ostéopathique

1 - Notion d'articulation viscérale.

L'étudiant devra être capable d'expliquer la notion d'articulation viscérale, et d'en donner les principales caractéristiques. Il devra pouvoir décrire et expliquer succinctement la théorie des cylindres, et d'en donner une application pratique pour le diagnostic et le traitement en ostéopathie viscérale. L'étudiant devra être capable de définir, citer et décrire, pour chaque organe cité précédemment :

- les articulations : organes entre eux, organes/fascias, organes/muscles, organes/squelette.

2 – Mobilité et motilité viscérale

- la mobilité physiologique de ces articulations.
- la motilité, la mobilité physiologiques et la déformation de chaque organe au sein de son « berceau fascial » - en s'aidant des notions d'embryocinèse

3 - Notion de dysfonction viscérale.

L'étudiant devra être capable de définir, citer et décrire, pour chaque organe cité précédemment,

Les types de dysfonctions rencontrées - anergie, ptose - tension, congestion, torsion

Les origines lésionnelles possibles - adhérence - fibrose ou sclérose - tension fasciale mécanique ou émotionnelle - blocage articulaire squelettique - facilitation et stimulation SNA - perturbation énergétique.

Il devra en particulier savoir définir et caractériser pour chaque organe et dans chaque espèce étudiée, la notion de « densité » : technique d'écoute et perception, utilisation diagnostique et thérapeutique en ostéopathie viscérale.

E – Corrections Ostéopathiques

Les principes d'examen et de correction seront proches de ceux rencontrés en ostéopathie fasciale.

1 - Tests d'écoute.

L'étudiant devra être capable de se placer en écoute de son patient : en phase avec lui, dans la neutralité la plus totale, et en développant une écoute manuelle subtile. Les techniques d'écoute sont les mêmes qu'en ostéopathie fasciale : l'altération du micromouvement propre à chaque structure indiquera une dysfonction. L'étudiant devra pouvoir décrire les mouvements subtils de chaque organe :

- physiologiques
- en dysfonction sur le cas proposé.

2 - Traitement.

L'étudiant devra être capable d'explicitier et de justifier le choix d'une technique ; il devra être capable de contrôler son travail et d'en apporter des éléments d'observation et de contrôle pour justifier ses dires. Il devra pouvoir justifier et appliquer d'autres techniques que celle qu'il aurait spontanément choisie parmi les techniques viscérales classiques : - techniques de résilience tissulaire

- techniques fasciales
- techniques énergétiques ou acupuncturales. - techniques mécanistes

Comme pour tout l'enseignement d'ostéopathie, l'attention de l'étudiant devra être portée sur l'aspect global de l'analyse, du diagnostic et du traitement, en apprenant à distinguer les symptômes cliniques de la dysfonction ostéopathique.

07 - La tête

- MOLINIER Frédéric, Docteur Vétérinaire
- SERVANTIE Jean, Docteur Vétérinaire
- DOUART Claire Maître de conférence en anatomie comparative (ENVN).

A - Prérequis

Il est postulé que l'étudiant aura acquis les connaissances des études vétérinaires portant sur :

- l'ANATOMIE DE LA TETE : ostéologie, arthrologie, myologie, splanchnologie, angiologie et neurologie.
- l'HISTOLOGIE : du tissu osseux, et plus généralement, des tissus conjonctifs [cf. chapitre consacré aux fascias]. Une part sera tout spécialement faite à la mise en place du tissu osseux à partir d'un modèle conjonctif [os de membrane] ou d'un modèle cartilagineux [os de cartilage].
- la PHYSIOLOGIE : une place sera tout spécialement faite au métabolisme osseux [ostéogenèse et ostéoclasie] et à son contrôle hormonal.

Par ailleurs, l'étudiant aura aussi assimilé :

- les principes généraux de l'ostéopathie,
- les notions de flexion et d'extension de la symphyse sphéno-basilaire [SSB] : inspir - expir,
- la nature du mécanisme respiratoire primaire.

B - Bases anatomiques et physiologiques

1 – Description

L'étudiant devra être capable de fournir une description classique de l'anatomie de la tête, telle que décrite dans les pré-requis. Une place sera tout particulièrement faite :

- à l'organisation générale de la tête en cavités,
- aux os de la tête : leur emplacement relatif, leurs articulations et leurs variations spécifiques,
- au système nerveux central, aux nerfs crâniens, à leur trajet dans la tête et à leur relation avec les autres éléments de la tête, dont les os.

2 – Liens

L'étudiant en ostéopathie vétérinaire devra pouvoir expliquer tous les liens de continuité, de contiguïté et fonctionnels qui unissent les éléments constitutifs de la tête entre eux et avec leur entourage pariétal et viscéral. Dans ce but, il devra avoir assimilé la grande complexité phylogénétique et ontogénétique de la tête mammalienne. Il aura intérêt, pour ce faire, à se rapprocher des cours portant sur le mouvement respiratoire primaire et les viscères.

Aussi devra-t-il être capable :

- de restituer l'origine phylogénétique des os de la tête et leur évolution en faisant une place particulière aux os de la base du crâne et de l'oreille, à l'appareil hyoïdien et à l'articulation temporo-mandibulaire ainsi qu'aux os qui la constituent,
- de décomposer logiquement l'évolution phylogénétique des nerfs crâniens en relation avec leurs territoires de distribution, cutané et musculaire,
- d'expliquer simplement la mise en place des viscères céphaliques (langue et dérivés des arcs branchiaux) en comparant avec les cours portant sur la tête et les viscères. Une part sera faite au rôle des crêtes neurales dans la mise en place des arcs branchiaux,
- de poursuivre par la liste et la situation des organes d'origine céphalique placés dans les autres parties du corps [encolure - thorax principalement] et d'expliquer les conséquences sur l'organisation vasculo-nerveuse de la tête, de l'encolure et du thorax.

3 – Comparaison

L'étudiant devra être capable de lister puis de commenter méthodiquement les particularités vétérinaires de la tête, parmi lesquelles :

- le développement longitudinal et horizontal [qui s'oppose au développement vertical et transversal de la tête humaine],
- la dolichocéphalie et la brachycéphalie [principalement mais non exclusivement chez les Carnivores],
- l'influence de l'âge [fontanelles et organes des sens],
- la variété des particularités spécifiques : particularités du développement des régions et os de la tête et leur répercussion sur les mouvements crâniens, par exemple,
- les sphères faciale et crânienne,
- l'influence de la morphologie crânienne sur le comportement de l'animal.

4 – Mouvements et motilité de la tête

L'étudiant devra être capable : - d'expliquer logiquement les mouvements généraux de la tête, - d'expliquer les mouvements de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil hyoïdien,

- de lister les os de la tête puis de décomposer la nature et les mouvements de leurs charnières ou articulations, en relation avec la respiration crânienne,
- d'analyser le jeu du périoste au travers des sutures et son intrication avec les méninges,
- de décrire et expliquer la physiologie des trous et conduits vasculo-nerveux crâniens et faciaux.

C - Examen et Diagnostic des Dysfonctions céphaliques

1 – Indications & exclusions

L'étudiant devra pouvoir énoncer les principales indications de l'ostéopathie crânienne, locales et distantes, et il devra être capable de les définir afin de pouvoir les reconnaître sur l'animal. De même, il devra impérativement être capable de fournir la liste des exclusions habituellement reconnues de l'ostéopathie crânienne et être capable de les définir afin qu'il sache les reconnaître sur l'animal.

2 – Positionnement, Tests

L'étudiant devra être capable : - de pouvoir diagnostiquer et décrire dans l'espace une dysfonction crânienne et d'en apprécier les conséquences locales et à distance

- d'indiquer le positionnement de l'animal et sa contention,

De montrer le bon positionnement des mains pour permettre :

- une écoute globale du crâne, une écoute particulière de chaque os de la tête (crâne et face)
- un contrôle spécifique des principales articulations : temporo-mandibulaire, inter-mandibulaire, articulations intrinsèques et extrinsèques de l'appareil hyoïdien, articulation atlanto-occipitale,
- un contrôle spécifique des méninges.

D - Techniques de Correction

1 - l'étudiant devra être capable d'énoncer, de justifier et de mettre en œuvre les différentes techniques de traitement des dysfonctions ostéopathiques de la tête

Techniques mécanistes :

- action sur les articulations temporo-mandibulaires, atlanto-occipital, appareil hyoïdien...
- action par accentuation de la flexion ou de l'extension forcées,... - action par mise en place d'une contrainte forcée temporaire : latéro-flexion, rotation, strain ...

Techniques fasciales :

Techniques crâniennes :

- action sur les articulations de os de la tête, - action sur le périoste et ses intrications avec les enveloppes méningées,
- la compression du 4ème ventricule [CV4], - le V-spread, - l'exagération des dysfonctions en s'aidant du mouvement respiratoire primaire
- action à partir du mouvement respiratoire primaire, - action par compression puis libération, et tout autre technique enseignée dans le cadre de l'ostéopathie crânienne, et d'en développer l'étude en décrivant chaque méthode sur l'animal.

2 - il devra pouvoir exposer 3 techniques de base utilisées en ostéopathie crânienne vétérinaire

08 - Squelette axial

- PALLANDRE Jean Pierre, Docteur Vétérinaire

A - Prérequis

- Afin de disposer d'un diplôme en ostéopathie vétérinaire, l'étudiant doit se prévaloir d'un diplôme vétérinaire reconnu dans le pays où il suit son enseignement et où le diplôme en ostéopathie vétérinaire est délivré.
- L'étudiant doit se prévaloir des connaissances en anatomie comparée du squelette axial : ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie, neurologie des différentes espèces concernées par le cursus d'enseignement vétérinaire.
- L'étudiant doit se prévaloir de la connaissance des pathologies affectant le squelette axial : arthropathies, myopathies, neuropathies, et toute pathologie générale infectieuse, virale, parasitaire, endocrinienne, métabolique pouvant affecter le bon fonctionnement du squelette axial.

B – Anatomie descriptive

La connaissance de l'anatomie du squelette axial par l'étudiant en ostéopathie vétérinaire devra lui permettre :

1. de décrire l'organisation générale du squelette axial et d'indiquer les variations spécifiques ;
2. de décrire à l'examen extérieur les repères anatomiques permettant d'identifier les différents segments vertébraux, les côtes et le sternum.
3. de décrire les variations architecturales de chaque vertèbre et d'en déduire logiquement les conséquences biomécaniques.
4. de décrire les articulations intervertébrales, vertébro-costales et sterno-costales et d'en déduire logiquement les conséquences biomécaniques
5. d'exposer les principales structures impliquées dans la contention de l'axe rachidien et des principaux éléments anatomiques limitant l'amplitude des mouvements
6. de citer l'organisation musculaire permettant la mobilisation du squelette axial
7. de décrire les relations anatomiques entre l'organisation du squelette axial et l'organisation du système nerveux et du système vasculaire.
8. d'exposer le support anatomique de la continuité et de la contiguïté entre l'axe squelettique et son environnement pariétal et viscéral.

C – Biomécanique et cinésiologie

Outre que l'étudiant en ostéopathie vétérinaire saura décrire les structures anatomiques du squelette axial, il devra comprendre le fonctionnement du squelette axial en mouvement.

Dans ce but, il devra :

- 1 - décrire les possibilités de mouvements actifs et passifs de chaque segment du squelette axial.
- 2 - citer les zones charnières (zones d'amplitude maximale) des mouvements axiaux principaux en flexion, extension, rotation, et latéro-flexion.

3 - citer les zones clés du point de vue ostéopathique de l'axe vertébral.

4 - décrire les agents mobilisateurs des segments vertébraux, des côtes et du sternum, et d'indiquer les axes principaux de mobilisation.

5 - décrire les éléments passifs et actifs limitant l'amplitude des segments vertébraux et d'indiquer les axes de limitation de mobilité

D – Dysfonction ostéopathique

L'étudiant en ostéopathie vétérinaire devra pouvoir décrire les théories actualisées de la restriction de mobilité vertébrale (Dysfonction ostéopathique vertébrale). Sur la base de ces principes lésionnels il devra pouvoir justifier des retentissements fonctionnels et organiques, qu'ils soient locaux ou à distance, sur l'ensemble de l'organisme, et les mettre en relation avec le dysfonctionnement vertébral. Il devra pouvoir expliquer les principes de relation structure/fonction et les règles de l'ostéopathie telles que décrites par Still.

F - Tests

L'étudiant en ostéopathie vétérinaire devra :

1 - pouvoir décrire et mettre en œuvre des techniques

- de mobilisations passives pour chaque segment ou groupes de segments vertébraux, les côtes et le sternum.
- de mobilisations actives pour chaque segment ou groupes de segments vertébraux, les côtes et le sternum

2 - à l'issue de ces examens de mobilisations actives et passives de segments vertébraux, des côtes et sternum, il devra pouvoir :

- décrire l'ensemble des restrictions de mobilité observées sur l'animal examiné.
- décrire avec précision les vertèbres, groupes de vertèbres, côtes ou sternum en restriction de mobilité.
- décrire avec précision pour chaque vertèbre, groupes de vertèbres, côtes ou sternum en lésion, la situation lésionnelle dans tous les paramètres de mobilité : flexion, extension, latéro-flexion, rotation, translation

G – Techniques - Corrections

L'étudiant devra connaître, pouvoir décrire et mettre en œuvre :

- des techniques de correction ostéopathiques mécanistes adaptées à chaque espèce et à chaque dysfonction.
- des techniques de correction ostéopathiques crânio-sacrées adaptées à chaque espèce et à chaque dysfonction.
- Des techniques d'énergie musculaire
- Des techniques fonctionnelles.

Il devra pouvoir indiquer l'intérêt respectif de chaque technique ainsi que ses indications majeures que ce soit en direct, semi-direct ou indirect.

Sur la base des examens qu'il aura réalisés, l'étudiant en ostéopathie vétérinaire devra pouvoir :

- mettre en œuvre des techniques de correction adaptées aux dysfonctions constatées et à l'espèce concernée et justifier de leur choix
- contrôler l'efficacité de son traitement en réalisant un nouveau testing et en montrant l'amélioration obtenue dans tous les paramètres de mobilité
- proposer lorsque cela est nécessaire un programme de réhabilitation fonctionnel fondé sur les chaînes lésionnelles, la hiérarchisation des dysfonctions et la prévention des récurrences liées au travail ou aux faiblesses de l'animal.

09 - Bassin et jonction lombosacrée

- SAWAYA Serge, Dr Vétérinaire, PhD ; Maître de Conférences en Anatomie Comparée (ENVL)
- GIMENEZ Natacha, Docteur vétérinaire

A - Prérequis

Anatomie comparée du bassin et de la jonction lombo-sacrée dans les différentes espèces :

- Ostéologie, arthrologie, myologie, neurologie (système nerveux périphérique, et système nerveux autonome) et angiologie.
- Splanchnologie ;
- La filière pelvienne, ses détroits crânial et caudal et leur contenu ; les modifications physiologiques en rapport avec la reproduction. Examen clinique incluant, chez les grandes espèces, l'examen transrectal Examens complémentaires des pathologie locomotrices et des pathologies viscérales du bassin en médecine vétérinaire. Pathologies du bassin : Affections ostéo-articulaires, musculaires, neurologiques – Affections uro-génitales et obstétricales – Affections des portions terminales de l'appareil digestif (notamment hernies inguinales et affections des glandes para rectales chez le chien) Thérapeutique vétérinaire, pharmacologique et chirurgicale.

En résumé, l'étudiant devra être capable :

- De décrire de façon précise l'anatomie de la région lombo-sacrée et du bassin,
- D'expliquer la physiologie des organes du bassin ;
- D'en connaître les pathologies chez les différentes espèces de mammifères domestiques ;
- Savoir réaliser un examen clinique « classique » sur l'animal lui permettant de diagnostiquer une éventuelle pathologie sous-jacente ne relevant pas de l'ostéopathie (c'est à dire être capable de réaliser un examen de boiterie et un examen médical....)

NB : le Bassin = 7 articulations : sacro-iliaques et ischio-pubienne ; lombo-sacrée, sacro-coccygienne et coxo-fémorales (coxo-fémorales : Cf référentiel sur les membres).

B. Bases anatomiques et biomécaniques de l'ostéopathie du bassin.

1- Extérieur - Ostéologie – Arthrologie – Chaînes myofasciales

La connaissance de l'anatomie fonctionnelle de la jonction lombo-sacrée et du bassin doit permettre à l'étudiant de :

- Identifier, visuellement et/ou par palpation les différents reliefs et repères anatomiques externes du bassin chez les différentes espèces de mammifères domestiques.
- Décrire avec précision la morphologie des surfaces articulaires lombo-sacrées (en mettant en évidence l'importance fonctionnelle du disque intervertébral lombo-sacral), sacro-iliaques, ischio-pubienne, sacro-coccygienne et leurs principales particularités spécifiques, (voire raciales, en ce qui concerne la jonction lombo-sacrée du cheval). En déduire logiquement, pour chacune d'elle les possibilités de mouvement,

et savoir les montrer sur des pièces anatomiques d'une part, et les mettre en évidence par mobilisation sur l'animal vivant d'autre part.

- Citer et décrire leurs moyens de contention ligamentaires et musculaires.
- Décrire les fascias du bassin, leurs insertions, et leurs connexions avec les structures environnantes, en insistant tout particulièrement sur la continuité avec les fascias des membres pelviens et du tronc (abdomen et thorax)(Cf référentiel sur les fascias).
- Percevoir les mouvements des surfaces articulaires et des structures articulaires et myofasciales au cours des tests de mobilisation articulaire et de l'écoute du MRP. S'en faire une représentation mentale et les décrire.

2 - La cavité pelvienne et son contenu – Le canal de la naissance

L'étudiant devra également connaître l'anatomie somatique et viscérale fonctionnelles, du bassin en tant que canal de la naissance :

- Les structures osseuses et articulaires entrant dans la délimitation du canal de la naissance
- Disposition des organes pelviens et leurs mésos, chez chaque espèce, et dans les deux sexes.
- Les modifications physiologiques de ces organes en rapport avec la reproduction.
- Expliquer les sollicitations et les contraintes subies par les différents constituants du bassin (parois et contenu) dans les circonstances en rapport avec la reproduction (notamment lors de la parturition).

3 - Neurologie – Angiologie

Afin de comprendre les relations entre les dysfonctions ostéopathiques somatiques et viscérales du bassin il est nécessaire que l'étudiant sache :

L'innervation somatique et viscérale du bassin :

- Segments médullaires à l'origine du plexus lombo-sacral et du plexus honteux, les trajets principaux des nerfs issus de ces plexus, leur rôle moteur et/ou sensitif, ainsi que les territoires cutanés desservis par chacun de ces nerfs
- L'organisation et le rôle de l'innervation Les grands axes, parasympathique et sympathique des viscères pelviens.
- le trajet des vaisseaux irriguant et drainant le bassin.
- Les principaux nœuds lymphatiques (notamment palpables à l'examen externe ou à l'examen transrectal chez les grandes espèces).

4 - Biomécanique

4 - 1 Biomécanique locomotrice

En complément indispensable à l'examen clinique et au raisonnement diagnostique l'étudiant devra être capable de :

a - Décrire les mouvements du bassin dans son ensemble en mettant en jeu la charnière lombo-sacrée, les articulations sacro-iliaques et sacro-coccygienne :

- au cours des tests articulaires passifs ou actifs, d'une part,

- au cours de la locomotion d'autre part, en indiquant les muscles intervenant dans la réalisation des mouvements décrits. b - Exposer la coordination des mouvements du bassin, avec ceux des membres pelviens, du pont vertébral et du balancier cervico-céphalique. c - Expliquer les circonstances d'hyper-sollicitation des structures articulaires du bassin pouvant amener à des dysfonctions, voire des affections lombosacrées ou sacro-iliaques chez différentes espèces. Plus particulièrement chez le cheval de course (galop, trot, lésions différentes selon le côté à l'intérieur ou à l'extérieur du virage) et de CSO d - Pouvoir en déduire la prescription d'exercices passifs ou actifs de rééducation fonctionnelle en complément du traitement ostéopathique chez le cheval et le chien.

4.2 - Biomécanique ostéopathique

4.2.1- Articulations sacro-iliaques

Pour comprendre les mouvements entre le sacrum et les iliums et pouvoir définir spatialement les dysfonctions ostéopathiques l'étudiant doit pouvoir décrire :

- Les différents axes de rotation du sacrum et expliquer les mouvements qui leurs sont associés, éventuellement à partir de pièces osseuses.
- Plus particulièrement, l'axe transverse dorsal de Sutherland autour duquel se réalisent les mouvements inhérents à la motilité propre du sacrum en rapport avec ceux de la symphyse sphéno-basilaire et le système méningé crânio-sacré. Expliquer la différence entre les notions de mobilité et de motilité du sacrum.
- La biomécanique de ce mécanisme crânio-sacré spécifique au concept ostéopathique (Cf. référentiel MRP).

4.2.2 Axe(s) crânio-sacré(s) :

L'étudiant doit être capable d'étendre cette notion d'axe crânio-sacré à différents niveaux tous en inter-relation les uns avec les autres et d'expliquer de manière synthétique :

- L'axe crânio-sacré ostéo-articulaire
- L'axe crânio-sacré myo-fascial
- L'axe crânio-sacré neurophysiologique

4.2.3 Symphyse ischio-pubienne

L'étudiant doit savoir :

- Mettre en évidence les micro-mouvements de cette articulation par l'écoute du MRP.
- La manière de solliciter – et tester – les mouvements de la symphyse ischio-pubienne par une mise en contrainte des surfaces articulaires dans différentes directions. 5 - Les diaphragmes crânial et caudal du bassin De l'ensemble de ses connaissances l'étudiant doit pouvoir comprendre la notion de diaphragmes pelviens selon l'ostéopathie. Il doit être capable de décrire du point de vue anatomique, fonctionnel et biomécanique :

Le diaphragme crânial ou ceinture de l'entrée du bassin en soulignant en particulier :

- son rôle de transmission des efforts de propulsion des postérieurs vers le rachis par les articulations sacro-iliaques.

- Son couplage au diaphragme céphalique de la tente du cervelet par les méninges rachidiennes,
- Son rôle de zone majeur d'amortissement et d'articulations fasciales (insertion de tous les fascias du membre pelvien et du tronc)
- Sa correspondance avec la ceinture énergétique hypogastrique dont le niveau d'énergie correspond à celui de l'appareil uro-génital en liaison avec les fonctions d'expulsion (urine, fonctions sexuelles, propulsion).
- Le diaphragme caudal en mettant l'accent sur :
- La confluence de nombreuses structures fasciales déterminant les diaphragmes pelvien et urogénital réunis par le fascia périnéal,
- Sa continuité avec le diaphragme respiratoire

C – Examen ostéopathique et diagnostic des dysfonctions du bassin

1- Aspects théoriques

L'étudiant devra être capable de :

Décrire précisément les dysfonctions concernant les différentes articulations du bassin.

Plus particulièrement, en ce qui concerne les articulations sacro-iliaques, savoir différencier et expliquer les dysfonctions :

- ilio-sacrées : ilium ventral ou dorsal, ilium « in-flare » ou « out-flare » (correlation avec sacrum ventral ou dorsal sur axe oblique droit ou gauche)
- sacro-iliaques : sacrum en flexion ou extension « bilatérale », sacrum en torsion sur axe oblique droit ou gauche (ventral ou dorsal)

De préciser les différents moyens de les mettre en évidence :

- Examen visuel passif,
- Examen visuel dynamique,
- Tests de mobilisation,
- Ecoute » du MRP des différentes structures anatomiques

2 - Aspects pratiques

2.1 Objectifs généraux

Au moyen des différentes techniques d'examen ostéopathique l'étudiant devra mettre en évidence et définir spatialement une dysfonction ostéopathique affectant une ou plusieurs articulations du bassin : lombo-sacrale, sacro-iliaque, ilio-sacrée, sacro-coccygienne, ischio-pubienne (et coxo-fémorale : Cf référentiel membres) Il devra être capable de décrire la (les) technique(s) de diagnostic utilisée(s), justifier son choix et expliquer le diagnostic.

2.2 Examen manuel, tests d'écoute.

L'étudiant doit savoir réaliser et commenter un examen palpatoire précis du bassin :

- Définir précisément les zones de modification de température, de texture ou de densité tissulaire, de tonicité musculaire, de tensions fasciales.
- Détecter des points sensibles ou réactionnels. Savoir les interpréter. Décrire leur emplacement précis, le type de sensibilité (aigüe / chronique) et mettre en relation avec soit une affection locale, soit une affection à distance.
- Savoir mettre en œuvre des tests articulaires passifs ou actifs de façon à objectiver et différencier des restrictions de mobilité lombo-sacrée, sacro-iliaque, ilio-sacrée, sacro-coccygienne, ischio-pubienne et/ou coxo-fémorale. La décrire spatialement.
- Savoir réaliser et décrire le ressenti d'une écoute du MRP en direct et en indirect et pouvoir définir une exagération de mouvement, ou une restriction de mobilité et la préciser spatialement.

2.3 Examen visuel (statique) : L'étudiant doit savoir mettre en évidence et décrire toute asymétrie visible au niveau du bassin (Amyotrophie, asymétrie de positionnement des reliefs osseux, asymétrie du port de la queue etc.) et la mettre en relation avec les dysfonctions décelées à l'examen manuel.

2.4 Examen de l'animal en mouvement (Cf. examen dynamique des membres et du rachis) Dans le cadre de l'examen dynamique global de l'animal, savoir mettre en jeu (ou donner les instructions adéquates au propriétaires pour) des mouvements qui sollicitent plus spécifiquement les articulations du bassin. Apporter une interprétation argumentée de la relation entre les signes de dysfonction mis en évidence à l'examen rapproché et ceux observés à l'examen de l'animal en mouvement.

2.5 Etablir, et argumenter un diagnostic

- Dresser un bilan lésionnel et fonctionnel
- Déterminer si l'origine est primaire, viscérale ou somatique
- Discuter le rapport avec d'éventuelles dysfonctions viscérales des organes pelviens
- Dans le contexte global : Argumenter les origines d'une dysfonction siégeant au niveau du bassin : suite ascendante / suite descendante
- Savoir juger de la pertinence du recours à des examens complémentaires (et les justifier...)
- Décider et justifier le choix de la thérapeutique la plus adéquate.
- Etablir et argumenter un pronostic.

D – Techniques de correction

1- Aspects théoriques :

L'étudiant devra être capable de décrire les différentes techniques de corrections appliquées aux dysfonctions du bassin citées plus haut :

- Techniques mécanistes : structurelles (directes ou indirectes), myotensives, mobilisations actives et passives ;
- Techniques fasciales ;
- Techniques basées sur la correction du MRP des différentes structures anatomiques ;
- Techniques de stretching.

2 - Aspects pratiques

- L'étudiant devra être capable de normaliser une dysfonction sacro-iliaque, ilio-sacrée, ou lombo-sacrée : - Choisir une technique et l'expliquer,
- La mettre en œuvre,
- Vérifier le résultat
- Enoncer et justifier la conduite à tenir par le propriétaire dans les jours suivant la consultation.

10 - Ceinture thoracique et jonction cervico-thoracique

- MOLINIER Frédéric, Docteur Vétérinaire
- DOUART Claire Maître de conférence en anatomie comparative (ENVN).
- CHENE Patrick Dr vétérinaire & Ostéopathe D.O.

A - Prérequis

L'étudiant devra connaître : l'anatomie de la région concernée : membre thoracique, base de l'encolure, entrée de la cage thoracique et son contenu, sa physiologie et sa mécanique classiquement enseignée. les affections liées à cette région.

B - Préliminaires

Dans la biomécanique, se superposeront plusieurs façons de voir les choses - tout en gardant comme référence l'anatomie fonctionnelle ou dynamique du corps vivant [style KAPANDJI enseigné dans les milieux de la kinésithérapie], de même pour la physiologie, qui inclut la physiologie classique, telle qu'enseignée dans les écoles vétérinaires (cf. prérequis), mais qui inclut aussi le mouvement respiratoire primaire, avec son retentissement sur les structures et les fonctions.

C - Bases anatomiques et physiologiques

1- Anatomie descriptive

l'étudiant devra être capable de fournir une description classique de l'anatomie de la ceinture thoracique :

- les os intervenants et leurs articulations : ceinture scapulaire, vertèbres, sternum et côtes, voire squelette céphalique. Une place devra être faite aux cartilages de croissance de chacun d'eux et une description de la forme générale du thorax et de son entrée sera bienvenue.
- leurs articulations : la forme et l'étendue des surfaces articulaires, l'emplacement des ligaments, dont dépendent la direction et l'ampleur des mouvements, doivent être parfaitement connus.
- les muscles unissant ces pièces osseuses : emplacement, conformation et insertions, rôle présumé.
- les nombreux fascias de la région : situation et continuité.
- les organes de l'entrée de la poitrine : œsophage, trachée, vaisseaux, nerfs et nœuds lymphatiques, et le thymus doivent pouvoir être décrits dans leur conformation, leur situation et leurs moyens d'union.

2 - liens

Tous les liens de continuité, de contiguïté et fonctionnels qui unissent les éléments constitutifs de la ceinture thoracique telle que décrits, entre eux et avec leur entourage pariétal et viscéral doivent pouvoir être parfaitement démontrés sur schémas ou pièces anatomiques. Dans ce but,

l'étudiant devra avoir assimilé la grande complexité phylogénétique et ontogénétique de la région.

Aussi devra-t-il être au moins capable :

- de restituer l'origine phylogénétique de la ceinture scapulaire des Mammifères.
- d'expliquer simplement la mise en place embryologique du thorax et des membres.
- de reconnaître les relations embryonnaires qui unissent certains organes thoraciques et céphaliques et de les retrouver par le moyen de l'encolure.

3 - Anatomie comparée

Des éléments d'anatomie comparée sont indispensables à connaître et décrire, tant dans les domaines de l'anatomie classique que de l'anatomie fonctionnelle : adaptation à la course, à la préhension, à la défense ou à l'attaque, au vol, influence de la conformation de la race : longilignes, brévilignes, influence de l'âge, influence du comportement et de l'utilisation dans le travail.

4 – Biomécanique

L'étudiant devra être capable de déduire logiquement les mouvements de la ceinture scapulaire, à partir de sa description anatomique classique : balancement du membre, mouvements respiratoires, et devra pouvoir décrire le mouvement de chaque articulation intervenant en propre.

D – Conduite diagnostique

Etablir, et argumenter un diagnostic

- Dresser un bilan lésionnel et fonctionnel
- Déterminer si l'origine est primaire, viscérale ou somatique
- Discuter le rapport avec d'éventuelles dysfonctions viscérales des organes pelviens
- Dans le contexte global : Argumenter les origines d'une dysfonction siégeant au niveau du bassin : suite ascendante / suite descendante
- Savoir juger de la pertinence du recours à des examens complémentaires (et les justifier..)
- Décider et justifier le choix de la thérapeutique la plus adéquate.
- Etablir et argumenter un pronostic.

E – Technique de correction

L'étudiant doit être capable :

D'indiquer le positionnement de l'animal et sa contention.

De montrer le bon positionnement des mains :

- pour une écoute globale de façon à pouvoir établir un diagnostic ostéopathique et savoir où intervenir,
- pour une écoute spécifique des éléments à corriger : contrôle direct par préhension, pour les éléments osseux et articulaires accessibles, contrôle par glissement fascial

pour le contrôle des organes entravés, contrôle par une technique myotensive pour le travail musculaire et tendineux.

D'exposer le choix d'une technique parmi les principales utilisées en ostéopathie, en fonction de divers facteurs dont le tissu concerné, sa localisation, l'origine de la dysfonction, la facilité de l'animal, l'attitude du propriétaire et l'aide qu'il peut apporter, etc.

1- Aspects théoriques :

L'étudiant devra être capable de décrire les différentes techniques de corrections appliquées aux dysfonctions du bassin citées plus haut :

- Techniques mécanistes : structurelles (directes ou indirectes), myotensives, mobilisations actives et passives ;
- Techniques fasciales ;
- Techniques basées sur la correction du MRP des différentes structures anatomiques ;
- Techniques de stretching.

2 - Aspects pratiques

L'étudiant devra être capable de normaliser une articulation omo-serrato-thoracique, scapulo-humérale, scapulo-axiale :

- Choisir une technique et l'expliquer,
- La mettre en œuvre,
- Vérifier le résultat
- Enoncer et justifier la conduite à tenir par le propriétaire dans les jours suivant la consultation.

11 - Membres thoraciques et pelviens

- SAWAYA Serge, Dr Vétérinaire, PhD, Maître de Conférences en Anatomie Comparée (ENVL)

A- Prérequis

1 - Anatomie Comparée, systématique, topographique et fonctionnelle de base :

- L'extérieur avec les repères anatomiques (reliefs osseux, articulaires, musculaires).
- Connaître les aplombs des différentes espèces domestiques.
- Ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie, neurologie des membres thoraciques et pelviens.

2 - Physiologie neuro-musculaire :

- En particulier les principes des réflexes myotatiques, myotatique inversé, la boucle gamma.
- Physiologie de la douleur : les voies de la nociception ; les douleurs référées ; les mécanismes de contrôle de la douleur.

3 - Pathologie des membres :

- Les affections articulaires, musculaires, tendineuses, neurologiques, sans oublier les affections rhumatismales, et les affections extrinsèques aux membres se traduisant par des signes cliniques au niveau des membres (neurologiques, parasitaires etc) Diagnostic différentiel.
- L'Examen clinique : savoir réaliser un examen orthopédique complet chez les différentes espèces : Recueil précis de l'anamnèse
- examen statique : inspection, palpation/palpation-pression, mobilisations
- Examen dynamique. Savoir établir un score de la douleur, un score de boiterie.

4 – Biomécanique classique :

En particulier, connaître :

- les aspects spécifiques de la locomotion équine : les différentes allures , avec la chronologie et la synchronisation du poser des pieds antérieurs et postérieurs, les allures dissymétriques, etc.....
- Le pied du cheval sa pathologie et la maréchalerie.
- Les examens complémentaires dans le diagnostic des affections orthopédiques en médecine vétérinaire.
- Spécificité du pied des bovins et ses affections

5 - Thérapeutique vétérinaire

- Thérapeutique pharmacologique : Indications, contre-indications, effets secondaires ou indésirables des substances pharmacologiques utilisées en thérapeutique rhumato-orthopédique en médecine vétérinaire

- Chez les animaux de rente : délais d'attente lait et viande – Chez le cheval (et chien) de sport : Substances dopantes.

6 - Thérapeutique chirurgicale :

- Si le vétérinaire pratiquant l'ostéopathie n'est pas obligatoirement un chirurgien, il convient qu'il ait des connaissances de base minimales sur les possibilités de thérapeutique chirurgicale d'une affection donnée, ainsi que des principes des techniques chirurgicales employées actuellement dans le traitement de ces affections. L'ostéopathe peut être amené à consulter en post-opératoire, et la technique chirurgicale employée aura obligatoirement une influence sur les résultats de l'examen clinique et pourra conditionner le traitement ostéopathique
- Connaître les différents moyens de contention orthopédique (pansements souples, pansements rigides, « strappings », orthèses etc...) utilisés en orthopédie vétérinaire : leur indications, contre-indications, précautions d'emploi.

B – Bases anatomiques et biomécaniques de l'ostéopathie des membres

Pour certains aspects de l'anatomie comparée, il s'agira de compléter et/ou approfondir les connaissances de base acquises au cours du cursus vétérinaire, en mettant en exergue trois points majeurs en ostéopathie :

- La relation structure-fonction,
- L'anatomie palpatoire,
- Le mouvement et sa biomécanique.

1- Ostéologie – Arthrologie – chaînes myofasciales

L'étudiant devra connaître l'anatomie fonctionnelle de toutes les articulations des membres thoracique et pelvien :

- Identifier, visuellement et/ou par palpation les différents reliefs et repères anatomiques sur l'extérieur des membres thoracique et pelvien des animaux.
- Identifier manuellement les diverses structures palpables au niveau de l'articulation testée (épicondyles, interligne articulaire, ménisques, capsule, récessus synoviaux, ligaments collatéraux, terminaisons tendineuses...)
- Décrire avec précision la morphologie (type, aspect général, orientation des axes des surfaces articulaires),
- En déduire logiquement, pour chacune d'elle les possibilités de mouvement et savoir mettre en évidence ces mouvements par mobilisation sur l'animal vivant : Les mouvements majeurs (flexion-extension) ; mouvements mineurs (abduction/adduction – rotations) qui conditionnent les premiers, ainsi que des mouvements de translation (de type « tiroir »).
- Citer et décrire les structures qui limitent et contrôlent les amplitudes de ces mouvements (Reliefs osseux, ligaments, muscles, fascias, etc..)
- Percevoir les mouvements des surfaces articulaires et des structures articulaires (tension/relâchement ; étirement/torsion etc. des ligaments) s'en faire une représentation mentale et les décrire au cours des tests de mobilisation articulaire et des test de l'écoute du MRP.

- Citer les muscles mobilisateurs en flexion et extension, abduction et adduction, et en rotation interne et externe (quand ils existent) de chaque articulation, et savoir en dessiner les axes directeurs sur un schéma simple.
- Les fascias (Cf. référentiel « fascias ») : L'étudiant doit être capable de citer les fascias du membre thoracique et du membre pelvien, de décrire leur disposition, leurs attaches, ainsi que leurs connexions avec ceux du tronc.

2 - Biomécanique

L'étude de la biomécanique des membres appliquée à l'ostéopathie doit amener l'étudiant à comprendre :

- leur fonctionnement au cours de leur fonction principale : le support du corps et la locomotion ;
- les circonstances mécaniques amenant à l'apparition des affections locomotrices.
- les mécanismes amenant aux lésions ostéopathiques.
- les moyens de les prévenir.

L'étudiant devra être capable de :

- Citer les « zones clés » des membres thoracique et pelvien (au même sens que les charnières et zones clés vertébrales) anatomiquement et biomécaniquement remarquables.
- En complément indispensable à l'examen clinique et au raisonnement diagnostique, de décrire, non selon les mouvements « possibles » mis en évidence par tests articulaires passifs, mais aussi les mouvements « effectifs » mis en jeu au cours de la locomotion et leurs effecteurs.
- Expliquer les principaux événements (Différentes phases - mouvements articulaires – enchaînements des principales actions musculaires – contrôle du mouvement) se déroulant au cours d'une foulée d'un membre thoracique et d'un membre pelvien (plus particulièrement chez le chien et le cheval – chez lesquels on peut s'appuyer sur de nombreuses études de cinématique, cinétique, EMG etc....)
- Pouvoir en déduire les structures subissant le plus de contraintes : 1) à chaque phase d'une foulée – 2) en fonction de l'allure (trot, galop) – 3) en fonction de l'activité sportive de l'animal. En faire le lien avec le diagnostic des affections locomotrices.
- En déduire la prescription des exercices passifs ou/et actifs sur des bases biomécaniques pour compléter la réhabilitation du cheval ou du chien et aider à la prévention de ces affections.

3 - Neurologie – Angiologie

Pour l'interprétation de l'examen clinique et établir un diagnostic, il est nécessaire que l'étudiant sache :

- Les segments spinaux, dont sont issues les racines des nerfs destinés aux membres, les trajets principaux de ces nerfs, leur rôle moteur et/ou sensitif, ainsi que les territoires de sensibilité cutanée desservis par chaque nerf.
- Les grands axes des vaisseaux irrigant ou drainant les membres, les axes de circulation de la lymphe, ainsi que les nœuds lymphatiques palpables à l'examen clinique.

C – Les dysfonctions ostéopathiques des membres.

Il s'agit ici des signes de dysfonctions de l'appareil locomoteur proprement dit (rhumato-orthopédiques) à l'exclusion de tout autre signe siégeant au niveau des membres mais en relation avec des affections concernant d'autres organes (dermatologique, parasitaire, cardiovasculaire ou autres fonctions organiques). L'étudiant en ostéopathie, de par son examen global du patient, devra pouvoir faire le diagnostic différentiel de ces affections.

Au moyen des différentes techniques d'examen ostéopathique l'étudiant devra mettre en évidence et définir dans l'espace les dysfonctions ostéopathiques affectant les différentes articulations des membres thoraciques et pelviens : En flexion, en extension, en abduction, en adduction, en rotation externe, en rotation interne, en translation crâniale (dorsale), caudale (palmaire, plantaire) latérale ou médiale, ou une combinaison de 2 ou 3 de ces composantes.

D – Examen ostéopathique des membres.

1 - Objectifs

L'examen des membres doit rentrer dans le cadre d'un examen global du patient. Il doit permettre au vétérinaire ostéopathe :

- de diagnostiquer d'éventuelles affections dermatologiques, neurologiques, ou orthopédiques (musculaires, tendineuses ou ostéo-articulaires) des membres dont le traitement n'est pas, du moins en première instance, du ressort de l'ostéopathie ;
- de mettre en évidence des dysfonctions dermatologiques, neurologiques, ou orthopédiques siégeant au niveau des membres et pouvant être l'expression secondaire d'une affection siégeant sur une autre partie du corps ou, éventuellement, d'origine viscérale.
- de mettre en évidence des dysfonctions ostéopathiques, ou des affections locomotrices dont le traitement relève de l'ostéopathie, et les mettre en rapport avec les symptômes décrits par le propriétaire.

2 - Savoir faire

Une place particulière doit être donnée à l'examen manuel (palpation, tests articulaires, écoute du MRP). Cependant, l'étudiant doit être capable de compléter cette écoute manuelle par une inspection, et par une évaluation de l'animal en mouvement.

2.1 Réaliser un examen des membres selon l'art de l'ostéopathie

Examen manuel L'étudiant doit savoir réaliser et commenter un examen palpatoire précis :

- Définir précisément les zones de modification de température, de modification de texture ou de densité tissulaire, de tonicité musculaire, de tension fasciale ;
- Détecter des points sensibles ou réactionnels. Savoir les interpréter (contractures, trigger-points, points sentinelles). Décrire leur emplacement précis, le type de sensibilité (aigue / chronique) et mettre en relation avec soit une affection locale, soit une affection à distance.

Pour chaque articulation, il devra savoir :

- Réaliser un test articulaire : Apprécier l'amplitude des mouvements, articulaires pour les mouvements majeurs et pour les mouvements mineurs. Apprécier la qualité du mouvement. Déceler et décrire spatialement une restriction de mouvement
- Différencier une restriction de mobilité d'une laxité articulaire.
- Déterminer la nature de cette restriction de mobilité (Origine ostéo-articulaire ? tendineuse ? musculaire ?) Car cela conditionnera le type de technique de correction à mettre en œuvre.
- Ecouter et décrire le ressenti du MRP - Décrire et préciser dans l'espace une restriction de mobilité.

Inspection :

L'étudiant doit savoir décrire :

- Les aplombs de l'animal, apprécier leur qualité, et décrire les éventuelles conséquences d'aplombs anormaux sur les structures articulaires, ou musculo-tendineuses.
- L'état des poils et de la peau des membres, et les mettre en rapport avec d'éventuelles dysfonctions organiques décelées à l'examen général de l'animal, ou, éventuellement avec les méridiens tendino-musculaires des membres. (cf. relation avec la médecine chinoise)
- Plus spécifiquement chez le cheval, la conformation du pied, apprécier les proportions du sabot, la qualité des différents constituants de la boîte cornée (paroi, sole, fourchette, ligne blanche), l'usure de la paroi ou du fer. Savoir en déduire une asymétrie d'appui, et la mettre en relation avec un défaut d'aplomb ou une dysfonction siégeant à un autre étage du membre.

Examen de l'animal en mouvement.

Il conviendra de :

- Savoir mener un examen dynamique complet chez le chien et le cheval, en donnant les instructions adéquates au propriétaire.
- Décrire les asymétries, irrégularités, ou boiterie observées au cours d'un examen dynamique, en précisant les phases de la locomotion où la gêne fonctionnelle est la plus évidente (au soutien : au ramener ou à l'embranchée, à l'appui : au freinage ou à la propulsion).
- Mettre en rapport et expliquer les mouvements irréguliers des membres avec ceux du rachis.
- Apporter une interprétation argumentée de la relation entre les dysfonctions mises en évidence à l'examen palpatoire et celles observées à l'examen dynamique.

2.2 Dresser un bilan lésionnel, algique et fonctionnel

A la lumière de l'historique, de l'anamnèse, de l'activité de l'animal, et des résultats de l'examen clinique, l'étudiant devra :

- Dresser un bilan lésionnel, et définir le statut algique et fonctionnel du patient.
- En faire ressortir, l'origine probable (lésion I) et les blocages secondaires (par compensation)
- Argumenter les origines d'une affection des membres : suite ascendante / suite descendante

- Savoir juger de la pertinence du recours à des examens complémentaires (biochimiques, imagerie médicale, anesthésies loco-régionales) et les justifier..
- Etablir et argumenter un pronostic.

E – Traitement ostéopathique

1- Justifier le recours au traitement par ostéopathie

A la lumière des examens et bilan globaux de l'animal, le étudiant devra être capable :

- De juger si le traitement d'une affection locomotrice diagnostiquée relève de l'ostéopathie, du moins en première instance, ou d'une autre méthode thérapeutique.
- De justifier et argumenter le choix du traitement par ostéopathie ;
- Dans le cas de pathologies dont le traitement pharmacologique et/ou chirurgical est référencié et reconnu efficace : savoir expliquer et argumenter l'éventuel choix de l'ostéopathie.
- Dans le cas de pathologies « chirurgicales », de juger de la pertinence et justifier l'application de l'ostéopathie, en complément de méthodes pharmacologiques et/ou chirurgicales, que cela soit en pré-opératoire ou en post-opératoire. L'Elève devra connaître et citer les affections des membres dans lesquelles l'ostéopathie en général, ou plus particulièrement certaines techniques, seront contre-indiquées.

2 - Définir et exposer une « stratégie thérapeutique »

En se basant sur le bilan de son examen clinique, et dans le cadre d'une prise en charge globale du patient, l'étudiant devra être capable de déterminer les zones clés à corriger, justifier et argumenter son choix.

3 - La correction ostéopathique

Pour chaque articulation des membres thoracique et pelvien l'étudiant devra être capable de :

Décrire, expliquer et savoir réaliser les corrections correspondant à la dysfonction diagnostiquée selon chacune des techniques de l'ostéopathie :

- Mécaniste : Directe, indirecte et fonctionnelle.
- Fasciale : Directe et indirecte.
- Crânienne et crânio-sacrée... En fonction de la nature de la lésion, justifier le choix de la (des) technique(s) adéquates.

4 - Contrôler le résultat

Celui de la (des) technique(s) appliquée(s) L'étudiant devra être capable de contrôler et montrer le résultat du traitement appliqué :

Sur l'animal en statique :

- Levée des restrictions de mobilité : par mobilisation passive des articulations et par l'écoute du MRP direct et indirect
- Modification de la douleur associée, superficielle et/ou profonde par palpation ou. palpation-pression des points préalablement sensibles.

- La disparition ou l'atténuation des tensions myofasciales, et la modification de la densité tissulaire sous-jacente par palpation.
- Le rétablissement de la motilité fasciale par l'écoute du MRP direct et indirect.
- La disparition de réactivité d'éventuels points sentinelles détectés. Sur l'animal en mouvement aux différentes allures en ligne droite et dans les mouvements asymétriques.

5 - Prescription de soins complémentaires

Si nécessaire, et selon l'affection traitée, l'étudiant devra être capable de justifier, prescrire et expliquer les soins complémentaires à apporter au patient :

5-1 Conseils sur la conduite à tenir

Selon l'affection traitée, l'étudiant devra être capable d'apporter des conseils précis, explicites et justifiés au propriétaire du patient :

- Quant à l'activité permise dans les jours suivant le traitement, et à l'évolution de la durée et de l'intensité de l'exercice permis au cours de la convalescence du patient.
- Concernant d'éventuelles modifications de l'hygiène de vie du patient : conditions d'hébergement, habitudes alimentaires, mise en place d'un régime diététique adapté.

5-2 Suivi de l'évolution du traitement

A la lumière de ses connaissances concernant l'évolution des processus inflammatoires, et des délais de cicatrisation des différents tissus, et en fonction du bilan ostéopathique, de l'ancienneté des lésions, et de la réponse aux corrections réalisées, l'étudiant devra être capable de :

- Prévoir et argumenter l'évolution possible de la récupération fonctionnelle du patient , donner des délais d'amélioration à court terme,
- Justifier les délais nécessaires à une consultation de contrôle.

F - Prévention

En se basant sur ses connaissances de la physiologie et de la biomécanique du mouvement d'une part, et sur son savoir sur l'étiologie des pathologies locomotrices chez les différentes espèces d'autre part, l'étudiant devra être capable, par des arguments persuasifs et de façon didactique, de sensibiliser le propriétaire sur l'intérêt d'un suivi ostéopathique régulier dans la prévention des affections orthopédiques des membres et plus particulièrement chez les animaux sportifs (Tendinites et claquages, déchirures musculaires et myosites fibrosantes, lésions des ligaments du grasset, fêlures et fractures d'effort et de fatigue, syndrome naviculaire, ostéites etc.).

12 - Ostéopathie et autres médecines

- COLOMBO Jean Claude, Docteur vétérinaire.

0 – Avertissement :

Ce référentiel n'est pas celui d'un enseignement des techniques citées, mais il met l'accent sur la prise de conscience de leur existence, l'intention d'ouvrir l'esprit des étudiants aux autres possibilités thérapeutiques décrites dans le monde animal, enfin sur la compréhension des liens qu'elles entretiennent.

A - Prérequis :

Le praticien vétérinaire ostéopathe est avant tout :

- un praticien : devant donc faire preuve de sens clinique et être capable d'exercer son art. - un vétérinaire : devant donc être capable d'établir un diagnostic en mettant en œuvre l'obligation de moyen qui est la sienne, en n'oubliant pas la notion de perte de chances pour l'animal (aspects médicaux et sportifs), en obtenant, comme tout autre praticien, le consentement éclairé de son client.
- un ostéopathe : devant donc être capable de développer une vision holistique de son patient, de se doter de moyens diagnostiques complémentaires de son art ostéopathique.

Il devra donc savoir :

- diagnostiquer des dysfonctions et mettre en œuvre des traitements ostéopathiques sans négliger le recours à des investigations, des traitements classiques nécessaires au bien être de l'animal et dans le respect de la déontologie vétérinaire,
- connaître ses limites tant diagnostiques que thérapeutiques. quand il lui faudra avoir recours à d'autres types d'approches médicales et lesquelles : acupuncture, allopathie dont la chirurgie, maréchalerie, dentisterie ou autre... - comment se positionne l'ostéopathie par rapport aux autres thérapies tant d'un point de vue philosophique que pragmatique. Avec humilité et confraternité, l'étudiant doit savoir reconnaître la persistance de lésions fonctionnelles adaptatives après traitement chirurgical et proposer leur correction.

B - Acupuncture

1- Objectifs :

L'étudiant en ostéopathie vétérinaire devra connaître la relation entre les principes fondamentaux de l'ostéopathie et l'approche de la Médecine Traditionnelle Chinoise.

2 – Savoirs

L'étudiant devra être capable :

- d'expliquer sommairement les relations énergétiques, au sens de la Médecine Traditionnelle Chinoise, entre les organes,

- de définir le concept de méridien, d'en expliquer le rapport avec les vallées fasciales en ostéopathie
- de définir la notion de loge énergétique, et de la rapprocher de la topographie du Système Nerveux Autonome, en particulier dans la notion de segment facilité.

3 –Justification

L'étudiant devra justifier, de façon concise :

- De la complémentarité des deux méthodes tant dans leur aspect holistique qu'étiologique
- Le recours à une thérapeutique manuelle de son choix, en particulier en sachant analyser la vitalité de l'animal et sa capacité à réagir positivement à la thérapie manuelle. Il devra en particulier savoir apprécier les situations où, tant dans l'approche acupuncturale que dans l'examen ostéopathique, l'animal ne lui semblera pas capable de réagir selon le principe d'autorégulation, et pourra éventuellement alors entrer dans les critères d'exclusion de l'acte ostéopathique.
- Il devra savoir tenir compte du souhait de son client de recourir ou non à ce type de thérapeutique et recueillir son consentement éclairé.

C - Allopathie

1 - Objectifs :

D'une manière générale, répondre à son obligation de moyens aussi complètement que possible

2 – Savoirs :

L'étudiant devra être capable de verbaliser et rendre intelligible pour un non ostéopathe, les dysfonctions observées et leurs conséquences cliniques.

Il devra savoir rédiger un compte-rendu précis, permettant, en trouvant une adéquation entre sémiologies classiques et ostéopathiques.

- une relation claire avec le vétérinaire traitant
- une explication intelligible par le client sans ambiguïté possible.
- décrire le schéma corporel de l'animal examiné, d'estimer la localisation de la dysfonction primaire et d'envisager la pathogénie du tableau lésionnel en proposant à chaque fois la meilleure thérapie possible.
- mener à bien son diagnostic ostéopathique, et d'affiner le pronostic, en sachant mettre en œuvre, en les justifiant, si nécessaire, les moyens d'investigation complémentaires, lui-même ou en référant à un confrère.
- justifier le recours à une thérapeutique complémentaire non ostéopathique, au vu des examens et investigations rendus éventuellement nécessaires par le cas clinique présenté, sans perte de chance pour l'animal.
- connaître les conséquences d'un traitement concomitant sur son examen ostéopathique. En particulier il devra prendre en compte les effets potentiels de l'administration préalable d'AINS, d'AIS, de tranquillisants, de vaccinations ou de traitements chimiques sur le Mécanisme Respiratoire Primaire, la motilité fasciale, les signaux d'alerte et les seuils d'excitation neuronaux.

- L'étudiant devra connaître les conséquences cliniques et biologiques de la concomitance d'une correction ostéopathique et de la mise en œuvre d'un traitement chimique ou mécanique, que celui-ci ait débuté avant son intervention ou soit entrepris postérieurement. Il devra en particulier connaître et décrire : -comment son intervention manuelle, selon le principe d'auto-régulation ostéopathique, pourra avoir des effets cliniques visuels sur l'animal, particulièrement les phases possibles d'aggravation transitoire, en sachant donner des éléments à son client pour les différencier de pathologies nouvelles sans rapport avec son traitement ostéopathique. - les effets des médications antalgiques sur la réponse des voies nerveuses afférentes au traitement ostéopathique. Dans cette optique, l'étudiant devra savoir expliquer pourquoi le praticien doit garder avec le client un moyen de liaison étroit, permettant de se tenir informé de l'évolution du cas et d'orienter le traitement en conséquence : l'apparition de symptômes nouveaux doit être impérativement signalée.

D - Spécificités équines

1- Maréchalerie :

L'étudiant devra être capable de juger les aplombs d'un cheval, d'en connaître les conséquences biomécaniques et de proposer des solutions.

Il devra connaître

- les aplombs et leurs anomalies
- la biomécanique du pied et les conséquences des restrictions observées en ostéopathie
- les principales ferrures orthopédiques et leur indication dans chaque discipline en fonction des pathologies et des restrictions de mobilité

2 - Dentisterie :

L'étudiant devra être capable de détecter un problème dentaire et de proposer un traitement

Il devra connaître :

- la dentition du cheval, les pathologies principales et leurs conséquences sur l'occlusion buccale,
- la relation au cavalier et l'équilibre crâniosacré.
- les traitements à proposer
- des conseils de prévention

F - Autres thérapies :

De nombreuses autres thérapies seront décrites, afin de les définir, d'en connaître l'existence, et d'en appréhender la complémentarité avec l'ostéopathie : chiropractie, homéopathie, physiothérapie, étiopathie, kinésithérapie, comportementalisme, phytothérapie, etc...

13 - Travaux pratiques

- GIMENEZ Natacha, Docteur vétérinaire

0 – Avertissement

Les chapitres précédents présentent les éléments théoriques, et sont organisés de manière générale selon le même schéma : pré requis, bases anatomiques, bases physiologiques, diagnostic (tests à mettre en œuvre), techniques de traitement. Il est capital au cours de tous les travaux pratiques, indépendamment des descriptions des tests et des techniques de mettre l'accent sur le toucher et la perception des tensions tissulaires et des dysfonctions afin que l'étudiant optimise son écoute ostéopathique.

Remarque : Les pré-requis ne sont pas inclus dans les travaux pratiques. Cependant, il pourra être jugé nécessaire d'inclure dans les travaux pratiques certains rappels nécessaires à la compréhension de l'enseignement ostéopathique, et notamment des rappels anatomiques sur pièces isolées ou sur animal vivant. Cependant, la partie des travaux pratiques portant sur les pré-requis n'est pas détaillée ici.

A - Contenu

Pour chaque chapitre, les travaux pratiques doivent permettre :

- d'illustrer les bases anatomiques en portant l'accent sur l'anatomie ostéopathique
- de mettre en œuvre les techniques spécifiques de diagnostic et de traitement en ostéopathie

1 - Bases Anatomiques

Pour chaque chapitre :

- l'étudiant devra avoir à sa disposition les pièces anatomiques nécessaires à l'illustration des bases anatomiques présentées
- une démonstration claire des éléments anatomiques abordés dans le chapitre devra être réalisée, en mettant l'accent sur les éléments importants pour la compréhension des techniques ostéopathiques abordées (rapports anatomiques, articulations au sens large, anatomie palpatoire, variations inter-spécifiques...)
- un temps suffisant devra être accordé à la partie des travaux pratiques consacrée à l'anatomie afin que chaque étudiant répète individuellement la démonstration réalisée, sur pièce isolée ou sur animal vivant selon le sujet.
- On n'oubliera pas de mettre l'accent à chaque fois que cela est possible sur « l'anatomie du vivant » et sur la palpation de repères anatomiques sur animal vivant, en soulignant les variations inter-spécifiques

2 - Diagnostic

Pour chaque chapitre : Une démonstration systématique des tests de diagnostic présentés devra être réalisée sur animal vivant (petits ET grands animaux) en insistant sur la réalisation pratique de ces tests (contention de l'animal, position des mains).

2-1- cas des tests mécanistes :

- Une démonstration systématique sur animal vivant des amplitudes articulaires physiologiques devra être réalisée sur animal sain ; on accordera encore une fois une grande importance à la réalisation pratique de ces tests (positionnement correct de l'animal dans l'espace, positionnement correct du thérapeute par rapport à l'animal, règles de sécurité pour le thérapeute, positionnement des mains ; on n'hésitera pas à disposer de cas cliniques pour la démonstration afin de réaliser la démonstration de réponses normales et anormales (lors de dysfonction).
- Chaque étudiant devra ensuite mettre en œuvre les tests présentés sur animal vivant, en bénéficiant des conseils de(s) l'enseignant(s).

2.2 cas des tests fonctionnels

- Pour les tests diagnostiques basés sur l'écoute du MRP ou sur une écoute « tissulaire » au sens large, une démonstration systématique de la réalisation pratique des tests devra être réalisée (positionnement de l'animal, positionnement du thérapeute, position des mains). Il est capital dès le début de l'enseignement de développer le sens du toucher, de mettre l'accent sur l'attitude mentale du thérapeute - Chaque étudiant devra mettre en œuvre les tests présentés sur petits et grands animaux. Une grande attention devra être accordée aux travaux pratiques mettant en œuvre l'écoute du MRP afin d'accompagner individuellement chaque étudiant dans cet apprentissage.

3 - Techniques de Traitement

- Une démonstration systématique des techniques de traitement présentées devra être réalisée sur petits et grands animaux, en insistant sur l'aspect pratique (positionnement et contention de l'animal, approche de l'animal, positionnement du thérapeute, position des mains) et sur les variations interspécifiques dans la mise en œuvre des mêmes tests diagnostiques.
- Une mise en œuvre « fictive » devra être réalisée de manière systématique par chaque étudiant (pour les techniques mécanistes, chaque étudiant devra mimer la réalisation de toutes les techniques sur petits et grands animaux, sans aller jusqu'au thrust dans les techniques directes / pour les techniques utilisant le MRP, chaque étudiant devra réaliser le positionnement correct pour chaque technique ; certaines techniques comme le CV4 pourront être réalisées systématiquement par chaque étudiant).
- Une mise en œuvre « réelle » des techniques devra être réalisée par chaque étudiant sur des cas cliniques petits et grands animaux, en fonction des dysfonctions diagnostiquées, sous contrôle de(s) l'enseignant(s).

4 - Cas cliniques

Tout au long de l'enseignement, des cas cliniques réels devront être présentés (petits et grands animaux) :

- réalisation du diagnostic par l'étudiant, puis contrôle par l'enseignant
- réalisation du traitement par l'étudiant ou par l'enseignant (dans la mesure du possible, on privilégiera les techniques réalisables par l'étudiant, en fonction des techniques déjà enseignées ou non).
- Contrôle du traitement par l'étudiant, contrôle par l'enseignant et discussion.

B- MODALITES PRATIQUES

Pour chaque technique et chaque chapitre du référentiel, on veillera à ce que les travaux pratiques soient organisés de manière à :

- constituer de petits groupes de travail (3 à 5 maximum)
- réaliser un encadrement et un accompagnement individuel de chaque étudiant (pour cela il devra être prévu un encadrement supplémentaire pour les travaux pratiques, avec un quota de 1 enseignant pour 5 à 10 étudiants au maximum)
- Des stages chez un vétérinaire ostéopathe qui accepte de manière effective de présenter sa méthode et son savoir faire viennent en complément des TD réalisés dans le cursus.

14 - Conclusion

Ce référentiel est le fruit de la collaboration active d'une dizaine de personnes, la plupart vétérinaires ostéopathes.

Mais certains, qui n'étaient pas ostéopathes, nous ont avec assiduité aidé à formuler et reformuler nos idées, à corriger nos textes. Nous les en remercions chaleureusement (En Particulier Claire Douart et Thierry Chambon du SNVEL).

Ce texte qui a pour but de donner un cadre pour l'apprentissage de l'ostéopathie par un vétérinaire n'a à notre connaissance pas d'équivalent ailleurs.

Il ne doit pas être considéré comme un cadre figé, c'est une première mouture à laquelle il faudra intégrer au fur et à mesure les données, preuves et concepts nouveaux, et en retirer ce qui deviendra caduque.

Sciemment, nous y avons mis tout ce qui fait l'ostéopathie, prouvé ou non prouvé. Nous ne pouvons qu'affirmer ou réaffirmer :

- vouloir n'enseigner, comme les décrets de l'ostéopathie humaine parus cette année le demandent, que ce qui est actuellement démontré est sclérosant pour l'avenir.
- Se plier à une grande rigueur est nécessaire, mais ne doit pas empêcher un enseignant de délivrer un savoir faire strictement nécessaire pour aller plus avant dans la perception du corps à soigner.
- avoir plusieurs concepts à son arc est une grande richesse qu'il faut à tout prix conserver pour pouvoir les comparer les uns aux autres. Il faut juste s'assurer qu'ils ne sont pas contradictoires et n'en garder sur le moment que le plus pertinent.

15 - Glossaire d'ostéopathie

- FOSSE Fabrice, Docteur vétérinaire
- CHENE Patrick, Vétérinaire et ostéopathe D.O.
- COLOMBO Jean Claude, vétérinaire ostéopathe.

A

Articulation lato sensu :

Contact entre deux tissus mobiles l'un par rapport à l'autre. Quels que soient les tissus et leur moyens d'union, exemple :

- Au plan musculo-squelettique, la motricité résulte d'une activité volontaire mettant en jeu le système nerveux central, les muscles et les os. Les muscles mobilisent les structures osseuses contigües unies entre elles par un système d'articulations ; la forme de ces articulations détermine les axes et les amplitudes de ces mouvements volontaires.
- Au plan viscéral, la motricité, les automatismes et la motilité entraînent une modification des rapports des viscères entre eux. Ces mouvements entre des structures se font dans des amplitudes et selon des axes définis. Ceci nous conduit au concept d'articulation viscérale qui a comme point commun avec l'articulation squelettique des surfaces de glissement et un système d'attaches ; elle ne diffère que par son manque de muscle moteur (d'après J.P. BARRAL D.O.)

Axe de mouvement :

Exemple d'un os crânien : La ligne virtuelle autour de laquelle tourne n'importe quel os crânien. On ne doit pas mettre trop d'emphasis sur ces axes car la motilité est minime et beaucoup modifiée par des influences physiologiques et pathologiques. Ils ont une valeur dans l'analyse du mouvement des os crâniens et dans la compréhension de l'action mécanique et du mécanisme articulaire crânien dans sa globalité humaine (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.). On décrit également des axes de mobilité et de motilité en ostéopathie viscérale humaine (d'après JP BARRAL D.O) et animale (d'après F. Lizon et Dr F FOSSE)

B

Barrière d'une articulation :

C'est la limite d'amplitude de mouvement d'une articulation. Cette barrière peut être :

- anatomique : limite de débattement au-delà de laquelle l'intégrité de l'articulation est en jeu.
- motrice permise par sa motricité physiologique (active ou passive), c'est en deçà de la limite anatomique

- ou pathologique, diminuée encore par rapport à la barrière motrice dans un ou plusieurs paramètres de l'espace. C'est cette limite qui définit la dysfonction ostéopathique.

Biomécanique.

En ostéopathie, la considération de l'organisme vivant comme un système mécanique. L'organisme est considéré comme constitué de leviers sur des axes. L'attention sera autant portée aux mouvements adaptatifs en rotation, glissements, adduction/abduction (rotation externe d'un tibia par rapport au fémur par exemple...) aussi minimes soient-ils, qu'aux mouvements sagittaux de grande amplitude (comme l'extension d'un grasset).

Remarque : Si « micro » ici veut dire de l'ordre du « micron » ou dans le sens « non évaluable à l'œil nu, ou avec les moyens de perceptions humains » je veux bien qu'on parle de micro-mouvements pour les os de la tête,, la jonction sphéno-basilaire ou la symphyse ischio-pubienne , mais les rotations externe /interne d'un tibia n'ont rien de « micro » (ils peuvent atteindre 10°- 20° en rotation externe – et beaucoup plus en rotation interne - selon la position initiale du genou (en flexion/extension) et selon que cela soit au cours d'un mouvement actif ou passif) même quand il y a une dysfonction ostéopathique avec restriction de mobilité dans un sens ou l'autre.

Autre remarque concernant ces mouvements qu'on qualifie de « mineurs » : quand on a des amplitudes de mouvement de > 50° pour une rotation interne du tibia par rapport au fémur ou pour des abduction (> 90°) et adduction (> 60°) de la hanche : peut-on encore parler de mouvements « mineurs »

C

Coenesthésie

Communication. Echange réciproque d'énergie, d'information, avec conscience et intention (d'après P. TRICOT D.O.)

Compression du quatrième ventricule (du cerveau) (compression du bulbe).

C'est une technique pour diminuer la capacité du quatrième ventricule en rapprochant son plancher vers le toit, pour que le liquide céphalo-rachidien à l'intérieur qui n'est pas compressible, soit dispersé à travers tous les canaux naturels. A partir de là, ce débordement de la vague doit se manifester à travers tous les contenants du liquide céphalo-rachidien qui est en continuité avec le système lymphatique et les liquides de tous les tissus du corps en général.

La compression du quatrième ventricule est réalisée en rapprochant les angles latéraux de l'écaïlle de l'occiput, exagérant ainsi sa convexité postérieure. La flexibilité de l'os vivant et les biseaux des surfaces articulaires permettent une telle action qui est par contre minime. La tente du cerveau, par son attache sur la surface interne de l'écaïlle de l'occiput, est rapprochée du cervelet et les hémisphères sont donc abaissés sur le toit du quatrième ventricule tandis que les pédoncules cérébraux moyens sont tractés vers le haut pour soulever le plancher augmentant ainsi la pression par ces deux voies (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Concept crânien.

Les mécanismes anatomique et physiologique crâniens découverts, développés et enseignés par William Garner Sutherland. C'est une contribution à la façon de pensée propre à l'école ostéopathique qui a été défini comme « ce système dans l'art de guérir qui donne une importance majeure à l'intégrité structurelle du mécanisme du corps, comme facteur spécifique le plus important pour maintenir le bien-être de l'organisme en santé ou dans un état de la maladie » (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

« Core-link »

C'est une autre analogie se rapportant à la dure-mère rachidienne qui a pour rôle d'être un lien central ou membrane de tension réciproque qui souligne la fonction mécanique de cette structure qui unit l'occiput au sacrum. Il coordonne ainsi la sphère crânienne cranial bowl avec le pelvic bowl. Il unit le mouvement involontaire du sacrum entre les iliaques avec la mobilité du mécanisme crânien pendant les cycles respiratoires. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

D

Décompression.

Type de technique réalisée dans le but de libérer une ou des sutures crâniennes qui ont été forcées ensemble ou compressées à la suite d'un traumatisme. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Déformation.

Une déformation est un changement intrinsèque de la forme Déformabilité. Propriété intrinsèque d'un tissu à se déformer.

Désengagement.

Terme donné à une technique utilisée pour la libération d'une articulation imbriquée dans une autre, comme les sutures crâniennes présentant une certaine quantité de blocage produit par la réception réciproque des surfaces articulaires. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Déroulements des méridiens (ou des fascias).

Il s'agit de techniques fluidiques permettant par l'intermédiaire des vallées fasciales de normaliser le « qi » (énergie ou flux d'énergie) dans le réseau des méridiens et leurs entrailles correspondantes (le Dr. F. LIZON), et de normaliser les récepteurs de tensions proprioceptifs contenus dans les enveloppes fasciales et les muscles, ce qui permet un rééquilibrage global de la zone traitée.

Densité.

- dans l'approche ostéopathique tissulaire, la relation de la matière à l'espace que l'on peut extrapoler en relation énergie/espace (d'après P. TRICOT D.O.)

- dans l'approche des techniques de résilience , la densité correspond à la dysfonction ostéopathique (sensation d'absence de résilience, de dureté, de torsion fasciale) (d'après Dr. Fabrice FOSSE) Doigts qui pensent, sentent, voient et savent. Un terme descriptif de l'approche manuelle intelligente nécessaire pour effectuer le diagnostic et le traitement crânien. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) Les dysfonctions vertébrales. Initialement décrite, une dysfonction est l'expression d'une pathologie fonctionnelle d'un complexe articulaire (articulation et structures myofasciales) qui se traduit par une perte ou une restriction de mobilité articulaire. Par extension ce terme s'applique à toute dysfonction ostéopathique : crânienne, viscérale, fasciale, musculaire, énergétique (d'après RICHARD D.O.)

Dysfonction ostéopathique

On désigne par dysfonction ostéopathique toute altération fonctionnelle réversible de l'organisme se traduisant par une restriction de mobilité d'un ou de plusieurs de ses composants, ainsi que les répercussions biologiques locales et /ou à distance mises en jeu lors de l'apparition de la perturbation et de sa persistance. C'est l'objet de recherche et de traitement en ostéopathie.

E

Ecoute. Recueil principalement par la palpation d'une perception consciente d'un état tissulaire.

Equilibre membraneux. Un état physiologique normal d'équilibre harmonieux des tensions de la dure-mère du crâne et la dure-mère rachidienne de la moelle épinière. Il est rarement présent chez les patients. Le mécanisme maintient un état d'équilibre relatif dans toutes les conditions, l'équilibre noté à ce moment-là est celui qui est possible dans les conditions existantes et persistera sûrement jusqu'à la suppression du strain vers un état de normalité fonctionnelle. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Expir.

Phase d'exhalaison de l'air dans la respiration secondaire et d'extension crânienne (aplatissement latéral, allongement de l'arrière vers l'avant, agrandissement de bas en haut) dans le mouvement respiratoire primaire.

Extension vertébrale.

L'extension (ou dorsiflexion) est définie en biomécanique rachidienne comme une inclinaison vers le haut dans un plan sagittal. (Rotation dorsale dans le plan sagittal, autour d'un axe transversal avec rapprochement des processus épineux et éloignement des corps vertébraux)

Extension crânienne.

Etat dans lequel le crâne présente une légère convexité normale de la symphyse sphéno-basilaire qui est abaissée vers les pieds ; les os pairs périphériques sont en rotation interne. Le résultat est une augmentation des diamètres vertical et antéropostérieur du crâne tandis que le diamètre latéral est diminué (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Extension respiratoire.

Position prise par les os médians du crâne (occiput, sphénoïde, vomer et lame perpendiculaire de l'ethmoïde) ainsi que le sacrum lors de la phase expiratoire du cycle respiratoire (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

F

Fasciae (Fascias).

Ce sont des tissus conjonctifs organisés d'origine mésenchymateuse qui possèdent une anatomie et une physiologie spécifique. Pour les ostéopathes « le fascia est un organe et les fasciae constituent un système organique ». Les fasciae sont divisés en fasciae superficiels, intermédiaires et profonds (d'après GABAREL D.O. et ROQUESD.O.)

Facilitation segmentaire.

L'état d'hyperexcitabilité d'une région de la moelle épinière est associé à un seuil d'excitabilité bas. Elle diminue la résistance causée par les effets de la dysfonction « ostéopathique synaptique » de telle sorte qu'une autre stimulation provoque encore plus facilement une réaction. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Flexion

Elle est définie en biomécanique rachidienne comme une inclinaison vers le bas dans un plan sagittal. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (= Rotation ventrale autour d'un axe transversal dans le plan sagittal avec éloignement des processus épineux et rapprochement des corps vertébraux)

Flexion crânienne.

Etat dans lequel le crâne présente une légère convexité normale de la symphyse sphénobasilaire qui est montée vers le vertex et les os pairs périphériques qui sont en rotation externe. Le résultat est une augmentation du diamètre latéral et une diminution des diamètres vertical et antéropostérieur (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Fluctuation du liquide céphalo-rachidien.

L'idée vient du fait que le liquide céphalo-rachidien fait une fluctuation et non une circulation selon un cycle rythmique d'activité réciproque. Dans la littérature scientifique, il y a beaucoup de textes qui corroborent ce cycle biphasé ou ce phénomène de va et vient, de flux, de fluctuation comme la marée. Les praticiens qui utilisent le concept crânien ont déterminé que le liquide céphalo-rachidien avait une fluctuation rythmique entre 10 et 14 cycles par minute chez l'homme adulte, 12 à 16 chez les chiens, 6 à 8 chez les chevaux et 5 à 7 chez les bovins. La perception de ce flux exige un sens du toucher avec une perception délicate. En se servant du mécanisme articulaire membraneux, il est possible de modifier manuellement le rythme, l'amplitude et/ou la direction de cette vague fluctuante (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Force de traction Médullaire.

Force qui s'exprime particulièrement lors de la croissance différentielle entre les vertèbres (sensibles à l'hormone de croissance) et la moelle épinière (insensible à cette hormone) qui si elle présente une force constamment trop élevée peut aboutir à des malformations osseuses ou des dégâts neuronaux (Royo Salvador, Chêne).

Force motrice.

Fait référence à la force qui active le mécanisme crânien. Personne ne connaît son origine mais il semblerait qu'elle soit une énergie de nature électrochimique comme celle qui active le muscle cardiaque. Elle se manifeste dans la motilité innée du système nerveux central et dans la fluctuation du liquide céphalo-rachidien. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Fulcrum.

Point d'appui, pivot. « Fulcrum de Sutherland ». Nom souvent utilisé pour définir le point d'appui automatique du mécanisme articulaire membraneux du crâne se trouvant à la jonction de la faux du cerveau et de la tente du cervelet qui se déplace en suspension. Ce nom a été donné en l'honneur de son découvreur W.G. Sutherland. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

I

Impulsion rythmique crânienne.

Représente la preuve d'une fluctuation cyclique du liquide céphalo-rachidien qui peut être palpé par un observateur expérimenté et entraîné. L'IRC correspondrait à la supposée motilité innée des cellules gliales du cerveau (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Inspir

Phase d'inhalation de l'air dans la respiration secondaire et de flexion crânienne (agrandissement latéral, raccourcissement de l'arrière vers l'avant, aplatissement de bas en haut) dans le mouvement respiratoire primaire.

L

Latéroflexion

La latéroflexion en biomécanique rachidienne est un mouvement de vertèbre qui s'inscrit dans un plan horizontal autour d'un axe ventro-dorsal.

Lésions (= Dysfonctions) articulaires crâniennes.

Toute restriction de la position normale du mouvement des tissus osseux du crâne signale une dysfonction articulaire crânienne. Cette mobilité articulaire altérée influence la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, la circulation sanguine et encore plus le drainage veineux, le trophisme du système nerveux central et ainsi les fonctions de tout le corps. Ces modifications

peuvent être corrigées par un traitement crânien approprié et ceci est donc indépendant et n'inclut pas des entités pathologiques comme les infections, les malignités, les fractures, etc (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Lésions (= dysfonctions) articulaires ligamentaires.

Ces lésions sont reliées à toutes les restrictions de l'amplitude normale de mouvement d'une articulation vertébrale ou périphérique, impliquant inévitablement les éléments ligamentaires du mécanisme articulaire. Des modifications semblables peuvent être corrigées par des méthodes thérapeutiques manuelles ostéopathiques. Ceci est donc indépendant de et n'inclut pas des entités pathologiques comme les infections, les malignités, les fractures, etc. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Lésions (= dysfonctions) articulaires membraneuses

Ces lésions sont reliées à toutes les déviations de la position ou de l'amplitude articulaire normale d'une articulation crânienne, impliquant inévitablement les éléments dure-mériens du mécanisme articulaire crânien. Des modifications semblables peuvent être corrigées par des méthodes thérapeutiques manuelles ostéopathiques. Ceci est donc indépendant de et n'inclut pas des entités pathologiques comme les infections, les malignités ou les fractures (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Lésions (= dysfonctions) interosseuses.

Ce sont des lésions au niveau de la jonction suturale entre deux os adjacents (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Lésions intra-osseuses.

Ce sont des lésions de l'os même, traumatiques ou comme à l'intérieur des éléments pré - osseux de l'occiput et se produisant donc pendant la période périnatale ou pendant l'enfance, avant l'ossification, l'union des éléments préosseux (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Lésions (= Dysfonctions) traumatiques.

Ces lésions sont le résultat de la violence d'un choc. Cela peut être un gros coup, des coups moins sérieux à répétition ou une accumulation de microtraumatismes consécutifs (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Lift

est une technique qui a pour but de séparer légèrement les os les uns par rapport aux autres ou à leur annexe (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

M

Mécanique Dysfonctionnelle.

L'étude de la formation des dysfonctions ostéopathiques, la statique et la kinésie des muscles, des fascias ou des membranes en rapport avec le mécanisme articulaire ; la quantité, la vélocité, la direction et la région de l'impact d'une force traumatique ; ou les effets réflexes à la suite d'un strain, d'une toxémie, etc. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Mécanisme crânien.

La structure et l'agencement des composants qui forment l'unité fonctionnelle du concept crânien. Ceci inclut le cerveau et sa motilité inhérente, la membrane intracrânienne, la fluctuation du liquide céphalo-rachidien et la mobilité articulaire des os du crâne. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Mécanisme crânio-sacré.

Le mécanisme crânien intégré au sacrum de façon structurelle et physiologique par la dure-mère rachidienne forme une unité fonctionnelle mécanique. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Mécanisme respiratoire primaire.

Nom donné au complexe métabolique et régulateur qui est considéré par Sutherland W.G comme le fondement de la vie elle-même. La motilité inhérente du système nerveux central, la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, l'action directrice et limitative des membranes dure-mériennes, intra-crâniennes et intra-rachidiennes, la mobilité articulaire des os crâniens et la mobilité involontaire du sacrum entre les iliaques font tous partie de ce mécanisme anatomo-physiologique. Nommé primaire ou essentiel car il est en relation directe avec la respiration tissulaire interne du système nerveux central, qui contrôle le reste du corps.

Nommé respiratoire car il implique non seulement la fonction physiologique d'échange des liquides nécessaires à un métabolisme et une biochimie normale du système nerveux central mais de toutes les cellules du corps. (« On l'appelle mécanisme respiratoire interne à cause des échanges gazeux entre les cellules des tissus et leur environnement interne, qui est formé par les liquides dans lesquels baignent les cellules »)

Nommé mécanisme car tout les composants travaillent ensemble comme une unité pour accomplir cette physiologie fondamentale. Le mécanisme agit selon deux phases : un cycle respiratoire interne d'inspiration et un cycle d'expiration se manifestant par un mouvement de tout les constituants simultanément, ayant pour résultat des changements minimes dans la forme du crâne.

Dans un mécanisme ainsi équilibré selon les lois de la physique mécanique, un mouvement adéquat de n'importe quel composant fait bouger les autres parties, faisant une unité fonctionnelle de tout l'ensemble. Il peut aussi être influencé par des facteurs externes comme l'exercice, un traumatisme ou un bon traitement crânien. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Membrane de tension réciproque.

Il y en a deux, une crânienne, l'autre rachidienne. La première est l'unité fonctionnelle formée par la faux du cerveau et la tente du cervelet (d'où membrane au singulier) opérant autour d'un point d'appui qui se déplace automatiquement et qui est en suspension au niveau du sinus droit et ainsi, qui, grâce à sa capacité de mise en tension, guide et régularise la mobilité articulaire involontaire des os crâniens.

Les membranes rachidiennes de tension réciproque s'unissent structurellement et coordonnent fonctionnellement les mouvements articulaires involontaires des os du sacrum et du crâne.
Membrane rachidienne.

Elle est composée par les méninges de la moelle épinière attachées fermement autour du foramen magnum, aux corps des deuxième et troisième vertèbres cervicales, puis descend libre de toute attache jusqu'au corps de la deuxième vertèbre sacrée.

Métamère

Disposition corporelle issue de la disposition originale du système nerveux sympathique et qui en ostéopathie permet de faire des relations vertèbres-organe-zone cutanée dont la valeur diagnostique et pronostique est certaine.

Mobilité articulaire crânienne.

Le mouvement entre les os du crâne est minime mais définitivement palpable. Il est normalement présent au cours de toute la vie, c'est une partie du cycle respiratoire primaire. Les facteurs influençant la mobilité articulaire du crâne sont la forme des surfaces articulaires, l'âge du patient, les états de toxémie, les traumatismes, etc. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Mobilité respiratoire involontaire.

La motilité de sacrum ou des os du crâne qui a lieu pendant le cycle de la respiration interne qui est indépendante de tout acte volontaire comparée au mouvement qui se passe volontairement lors des changements posturaux, etc. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Motilité.

Micromouvement rythmique d'un tissu qui résulte d'une faculté motrice intrinsèque de sa structure et de l'adaptation aux contraintes extérieures.

Motilité innée du cerveau.

Le cerveau a une capacité innée pour bouger spontanément, comme il a été observé aussi pour les autres organes du corps (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.), on a le même concept pour tout les organes, voire toutes les cellules.

Mouvement. Le mouvement est un déplacement dans l'espace.

Mouvement respiratoire primaire

La motilité viscérale est une motilité vécue, active, qui résulte d'une faculté motrice intrinsèque de sa structure que nous dénommons « Motilité ». Le viscère se mobilise par ses propres moyens. C'est un mouvement lent et de faible amplitude, non visible. Cette motilité perceptible à la main, demande une grande éducation du toucher ; elle est l'expression cinétique des tissus en mouvement. Nous n'avons aucune explication scientifique de ces mécanismes, seul le fait expérimental nous les a fait connaître. Est-ce uniquement un prolongement du mouvement respiratoire primaire, ou ce mouvement correspond-il au mouvement créé par le développement des différents organes pendant la vie embryonnaire ? (d'après J.P. BARRAL D.O.)

O

Oscillateurs neuronaux

Groupes de cellules nerveuses fonctionnant ensembles de manières pulsatiles et capables d'entraîner dans certaines conditions appelée accrochage neuronal d'autres groupes de neurones dans un fonctionnement rythmé avec ou sans décalage temporaire. C'est ainsi qu'est possible l'alternance flexion extension de la jambe lors de la marche et ce de façon tout à fait automatique.

Ostéopathie crânio-sacrée

Une étude des mécanismes anatomiques et physiologiques dans le crâne et leur interrelation avec le corps et en particulier avec le sacrum. Elle comporte un système complet de protocoles diagnostiques et thérapeutiques qui s'appliquent pour la prévention et le traitement des maladies à l'intérieur de la pratique générale de la science de l'ostéopathie. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Ostéopathie fluidique.

Elle résulte de la fusion entre le concept du MRP et de la médecine traditionnelle chinoise, où les vallées fasciales constituent les supports anatomiques des méridiens. Elle développe les techniques PCV, les déroulements fluidiques et les transferts énergétiques (d'après le Dr. F. LIZON, Dr. Alain BOUCHET et le Dr. Fabrice FOSSE).

Ostéopathie fasciale

utilise toutes techniques réflexes (traits tirés, travail des cicatrices, point de Jarricot etc...) afin de diminuer les tensions à l'intérieur des fascias.

Ostéopathie mécaniste.

Ensembles de techniques s'en tenant aux principales articulations, utilisant des descriptions précises d'axe et de mouvement et aboutit en général aux techniques structurelles voire d'énergie musculaire.

Ostéopathie viscérale.

partie de l'ostéopathie qui traite les articulations viscérales et ses effets somatiques. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

P

Phase d'expiration.

C'est le moment du cycle d'action du mécanisme respiratoire primaire qui inclut la contraction ou la diminution de capacité des ventricules du cerveau, la symphyse sphéno-basilaire qui descend, la rotation interne de tous les os pairs périphériques, une moitié du cycle de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien du système nerveux central et la chute vers l'avant de la base du sacrum. Cette phase du cycle respiratoire peut coïncider avec la phase d'expiration de la respiration pulmonaire mais pas nécessairement. Le mécanisme respiratoire primaire continue son cycle même lorsque la respiration est retenue (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Phase d'inspiration.

La portion du cycle du mécanisme respiratoire primaire qui inclut la dilatation ou l'augmentation de capacité des ventricules du cerveau, l'élévation de la symphyse sphéno-basilaire, la rotation externe des os pairs périphériques, la moitié du cycle de fluctuation du liquide céphalo-rachidien, le mouvement céphalique de la partie rachidienne du système nerveux central et le recul de la base du sacrum. Cette phase du cycle respiratoire peut coïncider avec la phase d'inspiration de la respiration pulmonaire mais pas nécessairement ; le mécanisme respiratoire primaire continue son cycle même lorsque la respiration pulmonaire est retenue (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Projection mentale

il s'agit tout en ne quittant pas l'endroit où la main se trouve d'explorer la motilité de structures anatomiques éloignées de ce lieu (d'après d'après L. ISSARTEL et le Dr. F. LIZON)

Pseudo-thrust,

consiste à accentuer de façon brève et rapide la mise en tension le plus loin possible de la barrière motrice pathologique (méthode indirecte) (d'après le Dr. Fabrice FOSSE)

Q

Quadrants du crâne.

Afin d'être systématique dans l'examen par observation de la périphérie, on propose un guide lors de l'observation, la tête est divisée en quatre quadrants, droit et gauche antérieurs, droit et gauche postérieurs. Ils sont définitivement reliés à la mécanique du crâne. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

R

Résilience mécanique

Elle correspond à la résistance qu'oppose la structure anatomique palpée sous une légère

pression de la main de l'ostéopathe. Une résilience physiologique doit être souple et libre. Elle s'applique aux os, aux articulations et aux muscles (d'après le Dr. Fabrice FOSSE).

Résilience tissulaire

Elle correspond à la résistance qu'oppose un tissu à la pression de « l'ordre du toucher MRP » de la main de l'ostéopathe. En cas de lésions, on perçoit une zone dure et figée, en torsion que l'on nomme densité (d'après Dr F fosse).

Rotation

La rotation en biomécanique rachidienne est un mouvement qui s'inscrit dans un plan vertical autour d'un axe horizontal.

Rotation externe.

C'est la rotation périphérique de tout os pair du crâne. Dans la mécanique physiologique du cycle respiratoire, les os pairs font une rotation externe quand la symphyse sphéno-basilaire fait une flexion pendant la phase d'inspiration (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (possible pour n'importe quel os pair).

Rotation interne.

C'est une rotation vers le centre des os pairs du crâne (ou autre os pair). Dans la physiologie mécanique du cycle respiratoire, tous les os pairs font une rotation interne lorsque la symphyse sphéno-basilaire fait une extension pendant la phase d'expiration (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

S

Sidebending rotation

(latéroflexion rotation) du crâne. Une lésion de positionnement de la symphyse sphénobasilaire et des structures associées dans laquelle le sphénoïde et l'occiput font une rotation dans la même direction sur un axe antérosupérieur-postéroinférieur, tandis qu'au même moment une latéroflexion sur des axes verticaux parallèles rapproche le côté haut et sépare le côté bas (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O)

Strain crânien.

Toute modification de la structure du crâne, des relations des sutures ou de la fonction mécanique et qui est le résultat d'une force provenant de l'intérieur ou de l'extérieur du corps. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Still-point.

Le mot « point » est incorrect, on devrait parler de moment d'immobilité. Un still-point est relié au temps. Dans l'approche tissulaire, on reconnaît deux types de still-point : le still-point physiologique et le still-point de résolution. Le still-point physiologique survient régulièrement dans tout phénomène alternatif. Chaque temps du phénomène est séparé par un

instant (qui peut être très court) où le phénomène, allant dans une direction, s'arrête avant de repartir dans une autre. L'étalement de la marée est un still-point physiologique typique. Le still-point de résolution correspond à l'instant de résolution d'une lésion ostéopathique. Il intéresse un phénomène physiologique. Le moment où la structure ayant terminé de se libérer est en attente, juste avant de se remettre en mouvement. Cette immobilité peut durer un certain temps. Il est essentiel que le praticien la respecte et attende jusqu'à la fin du still-point (d'après P. TRICOT D.O.)

T

Technique crânienne.

Méthode de traitement des dysfonctions ostéopathiques du mécanisme cranio-sacré (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Technique d'action directe.

La méthode par laquelle les segments en lésion sont guidés vers la normalité en parcourant à l'envers le chemin pris lors de la formation de la lésion. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Technique d'exagération (indirecte)

Dans cette technique, les segments en lésion sont relâchés pour leur permettre de se remettre en position normale après avoir exagéré légèrement la relation anormale articulaire. Ceci tend à favoriser un retour à la normale de l'alignement. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Technique d'induction, d'incitation (ou d'accélération).

Méthode qui augmente le rythme et l'amplitude de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Technique de ralentissement (pour freiner).

Une méthode qui diminue le rythme et l'amplitude de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) De nombreuses techniques manipulatives fasciales, musculaires et viscérales utilisent les mêmes dénominations.

Tension membraneuse équilibrée.

Le point précis dans l'amplitude articulaire du mécanisme crânien où la tension exercée sur lui est égale dans toutes les directions. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Technique structurelle.

Le principe du traitement manipulatif structurel est de positionner la vertèbre en dysfonction contre la barrière motrice pathologique en inversant ses paramètres dans les trois plans de

l'espace, la réduction se faisant par « thrust », caractérisée par sa haute vélocité et sa basse amplitude, sur un seul des paramètres (en général le majeur). Ce sont des techniques passives (= sans l'intervention de l'animal), de positionnement direct, à action directe (d'après RICHARD D.O).

Technique d'énergie musculaire.

S'entend des techniques qui utilisent la contraction musculaire pour normaliser en général en direct une articulation. On décrit des techniques isométriques et des techniques isocinétiques.

Technique fonctionnelle.

Méthode fine de repositionnement de l'articulation en dysfonction en se servant du mouvement respiratoire primaire ou secondaire, en technique par exagération ou par repositionnement au point neutre.

Technique du MRP artistique

Technique décrite en ostéopathie fasciale et fluidique où les fasciae du praticien sont en syntonisation avec ceux du patient (d'après le Dr. LIZON)

Technique par Diapulsion fluidique il s'agit d'une application de la technique v-spread ou potency aux fasciae (d'après le Dr. F. LIZON)

Technique de drainage fascial

Il s'agit de technique de palpation-pression énergétique suivant la circulation lymphatique (d'après J.J HENTRAYE D.O et le Dr.A BOUCHET)

Technique réflexe

Par mobilisation active elle consiste à stimuler des zones de réflexes (dos, croupe, thorax, abdomen) pour amener la vertèbre ou le groupe vertébral contre la barrière pathologique en inversant les paramètres spatiaux et à exagérer la stimulation pour que l'animal passe lui-même la barrière motrice pathologique et normalise sa lésion (d'après le Dr. Fabrice FOSSE)

Technique par mobilisation active indirecte

Consiste à stimuler des zones réflexes pour amener le groupe vertébral dans le sens des paramètres spatiaux de la dysfonction, le plus loin possible de la barrière motrice pathologique lésion (d'après le Dr. Fabrice FOSSE)

Tenségrité

La tenségrité - transcription française du néologisme anglais "tensegrity" forgé à partir de "tensile" et "integrity" - est un concept architectural, plastique et mécanique, initialement développé par Fuller, Snelson et Emmerich.

Stricto sensu, une structure de tenségrité se présente comme un système mécanique dans un état d'auto-équilibre stable comportant un ensemble discontinu de composants comprimés au

sein d'un continuum de composants tendus (Motro et Raducanu). On soulignera deux propriétés essentielles : l'autocontrainte ou tension inhérente au système, et l'indépendance de ce dernier vis-à-vis de la gravité.

Les analogies structurelles et fonctionnelles entre ces systèmes et le vivant ont conduit au modèle de tenségrité cellulaire (Ingber) et à des modèles biomécaniques macroscopiques (Levin).

La tenségrité se présentant comme un modèle biomécanique unifiant les diverses échelles structuro-fonctionnelles du vivant, du noyau au corps entier, devient en cela un outil didactique de choix pour l'ostéopathie, renforçant son caractère holistique. Plus précisément, le modèle autorise une appréciation plus pertinente du concept de fascia et étaye des conjectures concernant le mode d'action du geste ostéopathique (lien structure/fonction).

Tension.

Dans le concept tissulaire, la relation de l'énergie au temps (d'après P. TRICOT D.O.)

Thrust.

Le thrust consiste à accentuer de façon brève et rapide, sans dépasser la physiologie articulaire, la mise en tension exécutée contre la barrière motrice pathologique (méthode directe)

Trigger point

Décrit par les Dr Travell J. et Simons D. en 1956 le « trigger point », traduit par « Point gâchette » ou « Point détente » (to trigger = déclencher) est une zone d'hyperexcitabilité dans un tissu qui, lorsqu'on lui applique une pression suffisante, donne naissance à une douleur et une hypersensibilité référée, des dysfonctions motrices, et parfois à des phénomènes neurovégétatifs référés et des troubles proprioceptifs (TRAVELL JG et SIMONS DG, 1993 : Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux, traité des points détente musculaire. Tome 1. Bruxelles, Haud International, 763pages). Le plus souvent les « Trigger Point » sont localisés dans les muscles et leurs fascias, mais il existe des Trigger Point ligamentaires, périostés et cutanés. Un grand nombre d'entre eux correspond à des points moteurs et/ou à des points d'acupuncture réactionnels. Chez l'homme, la présence des Trigger Points est souvent associée au syndrome de douleur myofascial (décrit également chez le cheval) ainsi qu'au syndrome fibromyalgique

V

« V spread ». Une technique ayant pour but la réparation d'une suture crânienne lésée ou de toute autre zone en forte tension en plaçant un doigt de chaque côté de la suture et en maintenant les doigts écartés. (d'après W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)

Table des Matières

Préambule	2
00 - Présentation générale : historique et épistémologie.....	3
A- Pré requis	3
B - Définitions	3
C - Histoire	3
D - Philosophie.....	3
01 - Bases neurophysiologiques de l'Ostéopathie	5
A- Pré requis	5
1- en ANATOMIE :	5
2- en HISTO-CYTOLOGIE, il saura dépendre :	5
3 - en PHYSIOLOGIE, il saura :.....	6
B-Physiologie du Neurone	6
C- Anatomie-physiologie du Système nerveux.....	6
02 - Le mouvement respiratoire primaire	8
0-Avertissement	8
A- Prérequis	8
B - Bases anatomiques de l'étude du Mouvement respiratoire primaire	9
C - Bases physiologiques du Mouvement respiratoire primaire.....	10
D - Pratique du Mouvement respiratoire primaire.....	10
03 - Systèmes mis en jeu par l'ostéopathie	12
0 - Introduction	12
A - Système nerveux autonome	12
B - Sens du Toucher, Oscillateurs neuronaux une Compréhension des Sensations tactiles.....	13
C - Un Modèle biomécanique proposé pour l'Ostéopathie : la Tenségrité.....	14
04 - Diagnostic et thérapeutique	17
A - Prérequis.....	17
B - Diagnostic	17
C - Traitement ostéopathique complet :	17
D - Conclusion	18
05 - Fascias	19
0 - Introduction	19
A - Embryologie des fascias	19
B - Anatomie des fascias.....	19
C - Histologie des fascias	20
D - Rôle des fascias.....	20
E - Les chaînes fasciales.....	20
F - Tests :	21
G - Traitement :	21
06 - Ostéopathie viscérale.....	23
A - Prérequis	23
B - Introduction.....	23
C - Anatomie.....	23
D - Abord ostéopathique	24
E - Corrections Ostéopathiques	25
07 - La tête	26
A - Prérequis	26
B - Bases anatomiques et physiologiques	26
C - Examen et Diagnostic des Dysfonctions céphaliques.....	27
D - Techniques de Correction	28
08 - Squelette axial	29
A - Prérequis	29
B - Anatomie descriptive.....	29
C - Biomécanique et cinésiologie.....	29
D - Dysfonction ostéopathique	30
F - Tests	30
G - Techniques - Corrections.....	30
09 - Bassin et jonction lombosacrée	32
A - Prérequis	32
B. Bases anatomiques et biomécaniques de l'ostéopathie du bassin.....	32
1- Extérieur - Ostéologie - Arthrologie - Chaînes myofasciales	32
2 - La cavité pelvienne et son contenu - Le canal de la naissance	33
3 - Neurologie - Angiologie.....	33

1- Extérieur - Ostéologie – Arthrologie – Chaînes myofasciales	32
2 - La cavité pelvienne et son contenu – Le canal de la naissance	33
3 - Neurologie – Angiologie	33
4 - Biomécanique	33
C – Examen ostéopathique et diagnostic des dysfonctions du bassin.....	35
1- Aspects théoriques	35
2 - Aspects pratiques.....	35
D – Techniques de correction.....	36
1- Aspects théoriques :	36
2 - Aspects pratiques.....	37
10 - Ceinture thoracique et jonction cervico-thoracique	38
A - Prérequis	38
B - Préliminaires	38
C - Bases anatomiques et physiologiques	38
1- Anatomie descriptive	38
2 - liens.....	38
3 - Anatomie comparée	39
4 – Biomécanique	39
D – Conduite diagnostique.....	39
E – Technique de correction.....	39
1- Aspects théoriques :	40
2 - Aspects pratiques.....	40
11 - Membres thoraciques et pelviens.....	41
A- Prérequis	41
1 - Anatomie Comparée, systématique, topographique et fonctionnelle de base :	41
2 - Physiologie neuro-musculaire :	41
3 - Pathologie des membres :	41
4 – Biomécanique classique :	41
5 - Thérapeutique vétérinaire	41
6 - Thérapeutique chirurgicale :	42
B – Bases anatomiques et biomécaniques de l’ostéopathie des membres	42
1- Ostéologie – Arthrologie – chaînes myofasciales	42
2 - Biomécanique	43
3 - Neurologie – Angiologie.....	43
C – Les dysfonctions ostéopathiques des membres.....	44
D – Examen ostéopathique des membres.....	44
1 - Objectifs.....	44
2 - Savoir faire	44
E – Traitement ostéopathique.....	46
1- Justifier le recours au traitement par ostéopathie.....	46
2 - Définir et exposer une « stratégie thérapeutique »	46
3 - La correction ostéopathique	46
4 - Contrôler le résultat.....	46
5 - Prescription de soins complémentaires	47
F - Prévention.....	47
12 - Ostéopathie et autres médecines	48
0 – Avertissement :	48
A - Prérequis :	48
B - Acupuncture.....	48
C - Allopathie.....	49
F - Autres thérapies :	50
13 - Travaux pratiques	51
0 – Avertissement	51
A - Contenu	51
1 - Bases Anatomiques	51
2 - Diagnostic	51
3 - Techniques de Traitement	52
4 - Cas cliniques.....	52
B- MODALITES PRATIQUES	53
14 - Conclusion	54
15 - Glossaire d’ostéopathie.....	55
A	55
B.....	55
C.....	56
D	57
E.....	58
F.....	59
I.....	60

P	65
Q	65
R	65
S	66
T	67
V	69