



afo

Association Française d'Ostéopathie

3^{ème} Contribution

2^{ème} réunion 14-10-03

Pratique de l'Ostéopathie et de la Chiropraxie

Contribution de
l'Association Française d'Ostéopathie
aux rencontres ministérielles
concernant
l'élaboration des décrets de la
Loi 2002-303

Contribution du 14 octobre 2003

Pratique
de
l'Ostéopathie et de la Chiropraxie.

2^{ème} réunion (14 octobre de 15 H à 17 H)

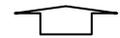
Pratique de l'ostéopathie et de la chiropraxie

A Dans le cadre de la prévention

B Dans le cadre des soins

1	<u>Liste des techniques utilisées</u>	3
2	<u>Liste des pathologies soignées</u>	34
3	<u>Recommandation de bonnes pratiques</u>	36
4	<u>Département Recherche et Développement</u>	37
5	<u>Annexe 1 Protocole clinique</u>	42
6	<u>Annexe 2 Le Coursus</u>	43
7	<u>Annexe 3 Traitement manipulatif lombaire</u>	47

Note : l'AFO maintient et confirme ses précédents écrits des Contributions du 9 septembre et du 30 septembre.



1) Liste des techniques utilisées :

Les techniques utilisées et listées ci-après proviennent pour la plupart de techniques ancestrales. La gestuelle s'est transmise au cours des diverses civilisations qui se sont succédées à travers le monde.

L'universalité et la pérennité du geste témoignent de la nécessité de cet art thérapeutique.

Toutes les adaptations ou codifications qui se sont succédées, sous divers noms, ont permis la transmission de ces gestes primordiaux.

Ce sont ces gestes que l'on retrouve comme dénominateur commun des médecines manuelles.

Les résultats thérapeutiques sont généralement constants grâce à ces actes purs ayant traversé toutes les civilisations.

Diverses tentatives d'explication de l'action des manipulations, pour justifier les résultats, ont entraîné tour à tour des explications pour le moins douteuses.

Il faut reconnaître que les ostéopathes et chiropraticiens agissent mieux en pratique que ne le laissent croire leurs théories et leurs écrits. A l'heure actuelle, toutes les actions thérapeutiques manuelles sont systématiquement vérifiées, à la lumière de la théorie des systèmes, de la cybernétique, de toutes les sciences fondamentales.

A la fin du 19^{ème} siècle aux Etats-Unis, Andrew Taylor STILL définissait l'Ostéopathie en répertoriant la plupart des techniques listées ci-après. Il codifia une pratique manuelle visant à soigner les « désordres » biologiques résultant d'un déséquilibre fonctionnel global.

En d'autres termes, il créa une thérapie manipulative holistique, c'est-à-dire destinée à prendre en compte l'homme dans sa globalité.

Il partit alors du principe qu'un dysfonctionnement vertébral, viscéral, ou crânien pouvait se répercuter sur la physiologie de l'organisme en entier (défense immunitaire, digestion, humeur, capacités physiques, reproduction... etc), admettant également que des troubles ou des douleurs ostéo-articulaires n'étaient pas forcément d'origine traumatique et qu'elles pouvaient être traitées par des mobilisations spécifiques.

L'ostéopathie occidentale a vu le jour dans les années 50, mais s'installa véritablement en France dans les années 60, et connut un franc succès médiatique et populaire à partir des années 70, même si elle s'est toujours vue refuser l'intégration dans le monde de la santé.

Cet engouement et le non encadrement légal de cette profession entraînèrent des utilisations abusives du terme ostéopathie débouchant sur l'installation de personnes sans formation ou avec de pseudo formations depuis les années 70.

Le 4 mars 2002, prolongeant les travaux effectués par Mme le ministre Georgina DUFOIX en 1983, la reconnaissance des professions d'ostéopathe et de chiropracteur a enfin vu le jour avec l'article 75 de :

la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002

J.O. Numéro 54 du 5 Mars 2002 page 4118

Cette loi donne enfin le libre choix du droit aux soins de santé et aux soins médicaux, assorti de la qualité et de la sécurité des soins donnés par les véritables ostéopathes exclusifs.

De plus, la qualité actuelle des travaux de recherche, en biomécanique notamment, a permis de vérifier, de quantifier l'action de l'ostéopathie et de la chiropractie, et asseoir sa sécurité et sa place dans les sciences.

L'ostéopathie et la chiropraxie se caractérisent par un raisonnement spécifique au terme duquel seulement, un geste spécifique est appliqué, et ne peuvent pas se résumer en une gestuelle, ou techniques diverses appliquées hors de ce contexte thérapeutique.

Ces techniques ont toutes été enseignées dès 1963 au Collège d'Ostéopathie de Genève et les publications tendant à les cataloguer datent des années 1979 à 1984.

Techniques ostéopathiques des systèmes cutané, musculaire, ligamentaire et aponévrotique

1979 Edition de la Maisnie.

GÉNÉRALITÉS

- Schémas de l'innervation cutanée radicaire
- Principaux repères nerveux des organes et des douleurs - Face
- Principaux repères nerveux des organes et des douleurs - Dos
- Les points de contacts

PEAU, MUSCLES, LIGAMENTS, APONÉVROSES PAR ACTION DIRECTE

- Manœuvre dite de Wetterwald ou « Pincer rouler »,
- Manœuvre de décollement de la peau avec dilacération
- Manœuvre de décollement et de stress cutané
- Technique dite « tracé sous-costal »
- Technique dite « tracé profond »
- Technique dite « tracé omo-thoracique » ou technique d'Aemmer
- Technique dite « pression sous-costale »
- Technique dite « manipulation diaphragmatique »
- Technique dite de « sidération de l'aponévrose externe du trapèze »
- Technique dite de « décollement des masses musculaires para-vertébrales »
- Technique dite « d'étirement des muscles cervicaux »
- Technique dite « d'étirement des trapèzes »
- Technique dite de « sidération du pyramidal »
- Sidération du pyramidal au pouce - Technique de Moutin
- Technique dite « dilacération des ligaments sacro-sciatiques »
- Technique dite « de drainage mandibulaire »
- Technique dite « décollement de l'omoplate » en décubitus latéral
- Technique dite « de translation de l'omoplate »
- Technique dite « de rotation de l'omoplate »
- Technique dite « d'élévation unilatérale du gril costal »

TECHNIQUES DE LIBÉRATION DES TENSIONS ARTICULAIRES PAR ACTION SPÉCIFIQUE SUR UN TENDON OU UN LIGAMENT

- Action sur les insertions musculaires de la ligne courbe occipitale
- Action sur le faisceau supérieur du trapèze au niveau de la 3^{ème} cervicale
- Action sur le ligament inter-épineux - Vertèbre en rotation
- Technique pour la région cervico-dorsale - C7 en flexion
- Action sur l'angulaire de l'omoplate à son insertion inférieure
- Action sur la portion musculaire des scalènes à la face latérale du cou
- Techniques de l'épaule
- Action sur le faisceau sternal du sterno-cléido-mastoïdien
- Action sur le tendon costal des scalènes
- Action sur le tendon terminal du biceps brachial
- Manipulation des fléchisseurs du poignet
- Technique du poignet et de la main
- Action élective sur les tendons extenseurs au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes
- Manipulation de l'extenseur propre du pouce
- Action sur les rhomboïdes à leur insertion sur le bord spinal de l'omoplate
- Action sur les articulations chondro-sternales
- Action sur le ligament inter-épineux
- Technique de la sacro-iliaque (pour S.I. droite)
- Technique pour le grand adducteur
- Technique du tendon du biceps fémoral à son insertion sur la tête du péroné

- Technique des ailerons rotuliens
- Technique du long péronier latéral à son insertion proximale
- Technique des péroniers à la face postérieure de l'extrémité inférieure du péroné
- Technique du jambier antérieur
- Technique de l'extenseur propre du I

MUSCLES, LIGAMENTS, APONÉVROSES ACTION INDIRECTE

- Technique d'extension globale de la région cervicale
- Technique d'extension globale de la région cervicale accompagnée d'une flexion latérale avec rotation de la tête
- Technique d'extension spécifique d'un niveau cervical
- Technique d'étirement des lames aponévrotiques latérales du cou
- Technique d'étirement des lames aponévrotiques latérales et postérieures du cou
- Traction cervicale
- Technique dite « de flexion cervicale avant-bras croisés »
- Technique dite « de flexion cervicale avec appui abdominal »
- Technique cervicale d'extension sélective - t. 1
- Technique cervicale d'extension sélective - t. 2
- Technique cervicale d'extension et de rotation sélective
- Technique dite « d'extension cervicale position assise »
- Technique d'extension dorsale - Station assise t. 1
- Technique d'extension dorsale - Station assise t. 2
- Technique d'extension dorsale - Station assise t. 3
- Technique d'extension dorsale - Station assise t. 4
- Technique d'extension dorsale - Station assise t. 5
- Technique d'extension dorsale - Station assise t. 6
- Technique de mise en tension des structures postérieures de la région haute dorsale - t. 1
- Technique de mise en tension des structures postérieures de la région haute dorsale - t. 2
- Technique de mise en tension des structures antérieures de la zone dorsolombaire
- Technique de mise en tension des articulations costo-vertébrales et inter-vertébrales en rotation et extension unilatérale.
- Technique dite « d'extension de l'épine dorsale »
- Technique de mise en tension de la région lombaire en contact croisé
- Technique de mise en tension des systèmes ligamentaire et musculo-aponévrotique postérieurs lombaires - t. 1
- Technique de mise en tension des systèmes ligamentaire et musculo-aponévrotique postérieurs lombaires - t. 2
- Technique de mise en tension bilatérale des systèmes de contention antérieurs de la région lombaire
- Technique de mise en tension unilatérale des systèmes de contention antérieurs et latéraux de la région lombaire
- Technique de mise en tension unilatérale des systèmes de contention lombaires antérieurs
- Technique assise - Technique de mise en tension de la région lombaire par dérotation en décubitus dorsal
- Technique de mise en tension ilio-lombaire
- Technique de mise en tension ilio-lombaire et sacro-iliaque
- Technique croisée Technique de mise en tension successive des systèmes de fixation sacro-iliaque et ilio-lombaire
- Technique dite « d'inhibition du sacrum »
- Technique de mise en tension de la capsule de la coxo-fémorale, de ses systèmes de fixation postérieurs et latéraux et du ligament rond
- Technique de mise en tension des adducteurs des cuisses
- Technique de mise en tension de la capsule coxo-fémorale et des systèmes de fixation en torsion
- Technique dite du 8
- Technique dite « pompe lymphatique »

Techniques ostéopathiques du système articulaire vertébral

1981 Editions Avenir des Sciences

PREAMBULE

Les techniques vertébrales ont reçu une appellation codifiée qu'il est nécessaire d'explicitier ci-après.

Chaque technique vertébrale et ses variantes sont présentées comme suit :

TECHNIQUE CERVICALE - **C.D.S.3 (6-R)**

Dans le premier terme :

La première lettre indique le lieu d'application.

Nous en distinguons onze :

- O pour occiput.
- C pour région cervicale.
- CT pour charnière cervico-thoracique.
- T pour région thoracique.
- TL pour charnière thoraco-lombaire.
- L pour région lombaire.
- LS pour charnière lombo-sacrée.
- I pour ilium.
- P pour pubis.
- S pour sacrum.
- Cx pour coccyx.

La seconde lettre indique la position du patient.

Nous en distinguons cinq :

- D pour décubitus dorsal.
- P pour procubitus.
- L pour décubitus latéral.
- A pour station assise.
- O pour station debout.

La troisième lettre indique la catégorie à laquelle appartient la technique.

Nous en distinguons quatre :

- D pour techniques directes.
- S pour techniques semi-directes.
- I pour techniques indirectes.
- M pour les techniques nécessitant l'intervention de plusieurs praticiens.

Le numéro d'ordre qui termine le premier terme est attribué arbitrairement.

Dans le second terme un ou deux chiffres indiquent la nature du contact. Toutefois, dans les techniques indirectes, ces données sont absentes, les contacts n'étant plus spécifiques.

Nous distinguons quinze contacts qui sont toujours indiqués entre parenthèses () dans le texte.

Le quatorzième, ou contact du coude, est souvent confondu, par simplification, avec un contact plus large correspondant, en tout ou en partie, à la face cubitale de l'avant-bras : I.P.S.5 (14-E).

Le contact (15) correspond à la rotule. Il est utilisé dans quelques techniques T.A.S.3 (15, R, RE).

Les quinze contacts sont énumérés et localisés comme suit

Point N° 1	Pisiforme
Point N° 2	Éminence hypothénar
Point N° 3	Gouttière du talon de la main
Point N° 4	Éminence thénar
Point N° 5	Pulpe du pouce
Point N° 6	Articulation métacarpo-indicielle
Point N° 7	Articulation 1 ^{ère} et 2 ^{ème} phalanges de l'index
Point N° 8	Articulation 2 ^{ème} et 3 ^{ème} phalanges de l'index
Point N° 9	Pulpe de l'index
Point N° 10	Pulpe du majeur
Point N° 11	Pulpe de l'annulaire
Point N° 12	Bord cubital du 5 ^{ème} métacarpien
Point N° 13	Talon de la main (points 2, 3 et 4)
Point N° 14	Coude
Point N° 15	Rotule.

Dans le second terme, nous considérons, enfin, la ou les dernières lettres qui le composent.

Elles indiquent les applications de la technique en fonction des possibilités lésionnelles.

Nous en considérons six fondamentales et douze combinées

- R pour rotation concentrique.
- Rx pour rotation excentrique.
- F pour flexion.
- E pour extension.
- L pour latéralité.
- LF pour latéro-flexion.

Des combinaisons peuvent intervenir qui donnent

- RF pour rotation concentrique et flexion.
- RE pour rotation concentrique et extension.
- RxF pour rotation excentrique et flexion.
- RxE pour rotation excentrique et extension.
- RL pour rotation concentrique et latéralité.
- RxL pour rotation excentrique et latéralité.
- FL pour flexion et latéralité.
- EL pour extension et latéralité
- LFF pour latéro-flexion et flexion.
- LFE pour latéro-flexion et extension.

TECHNIQUES OCCIPITALES

- Technique occipitale O. D. S.1 (6-R,RLF)
- Technique occipitale O.D.S.2 (6-LF,LFR)
- Technique occipitale O.D.S.3 (2-LF,R) -V,O.D.S.3 (2-F)
- Technique occipitale O.D.S.4 (2-FL,L)
- Technique occipitale O.D.I.1 (Rx)
- Technique occipitale O.D.I.2 (Rx) -V,O.D.1.2 (E)
- Technique occipitale O.D.I.3 (E)
- Technique occipitale O.D.I.4. (E)
- Technique occipitale O.D.I.5 (Rx) - V,O.D.1.5 (F)
- Technique occipitale O.P.I.1 (RxE,E) - V,O.P.1.1 (RxE,E)
- Technique occipitale O.A.I.1 (RxE,E)

TECHNIQUES CERVICALES

- Technique cervicale C.D.S.1 (6-L) - V,C.D.S.1 (7-L)
- Technique cervicale C.D.S.2 (6-R) - V,C.D.S.2 (7-R) - V,C.D.S.2 (8-R)
- Technique cervicale C.D.S.3 (6-R) - V,C.D.S.3 (6-L)
- Technique cervicale C.D.S.4 (1-L)
- Technique cervicale C.D.S.5 (6-R)
- Technique cervicale C.D.S.6 (6-L)
- Technique cervicale C.D.S.7 (10-R)
- Technique cervicale C.D.S.8 (6-L)
- Technique cervicale C.D.S.9 (1,1-E)
- Technique cervicale C.D.I.1 (R,F,E)
- Technique cervicale C.P.D.1 (6,6-R) - V,C.P.D.1. (6,6-R)
- Technique cervicale C.P.S.1 (6-R)
- Technique cervicale C.P.S.2 (5-R)
- Technique cervicale C.P.S.3 (5-R)
- Technique cervicale C.P.I.1
- Technique cervicale C.L.D.1 (1-L)
- Technique cervicale C.L.D.2 (1-L)
- Technique cervicale C.A.S.1 (10-R)
- Technique cervicale C.A.S.2 (9,10,11-R) - V,C.A.S.2 (9-R) - V,C.A.S.2 (10-R)
- Technique cervicale C.A.S.3 (6-L)
- Technique cervicale C.A.S.4 (5-R)
- Technique cervicale C.A.I.1 (R). .

TECHNIQUES CERVICO-THORACIQUES

- Technique cervico-thoracique CT.P.D.1 (1-F,E,R)
- Technique cervico-thoracique CT.P.S.1 (5-R)
- Technique cervico-thoracique CT.P.S.2 (6-R,LF).
- Technique cervico-thoracique CT. P. S.3 (13-RF) - V ICT.P.S.3 (1-RF)
- Technique cervico-thoracique CT.P.S.4 (R,RF,FL)
- Technique cervico-thoracique CT.P.S.5 (2-R,E) - V,CT.P.S.5 (1-R,E)
- Technique cervico-thoracique CT.P.S.6 (13-R) - V,CT.P.S.6 (1-R)
- Technique cervico-thoracique CT.L.S.1 (5-R)
- Technique cervico-thoracique CT.L.I.1 (R,L,LF)
- Technique cervico-thoracique CT.A.S.1 (5-R,L,LF)
- Technique cervico-thoracique CT.A.S.2 (5-R,L,LF)
- Technique cervico-thoracique CT.A.S.3 (6-R,LF)
- Technique cervico-thoracique CT.A.S.4 (6-R,LF)
- Technique cervico-thoracique CT.A.1.1 (F)

TECHNIQUES THORACIQUES

- Technique thoracique T.P.D.1 (1-R,RF,RE) - V,T.P.D.1 (1-R,RF,RE)
- Technique thoracique T.P.D.2 (9-R,RF,RE)
- Technique thoracique T.P.D.3 (9,10-F,E)

- Technique thoracique T.P.D.4 (5-R,RF,RE)
- Technique thoracique T.P.D.5 (5,5-F,E)
- Technique thoracique T.P.D.6 (5,5-F,E)
- Technique thoracique T.P.D.7 (5,5-LF,RLF)
- Technique thoracique T.P.D.8 (4-R, RF,RE)
- Technique thoracique T.P.D.9 (4,4-F,E)
- Technique thoracique T.P.D.10 (2-R,RF,RE)
- Technique thoracique T.P.D.11 (1,2-R,RF,RE)
- Technique thoracique T.P.D.12 (12,12-F,E)
- Technique thoracique T.P.D.13 (12-F)
- Technique thoracique T.D.S.1 (4,7-R,F,E)
- Technique thoracique T.D.S.2 (F,E,RLF)
- Technique thoracique T.A.S.1 (1-R,RF,RE)
- Technique thoracique T.A.S.2 (1-R,RF,RE)
- Technique thoracique T.A.S.3 (15-R,RF,RE)
- Technique thoracique T.A.S.4 (15-F,E)
- Technique thoracique T.A.I.1 (F,E) - V,T.O.1.1 (F,E)
- Technique thoracique T.A.I.2 (F,E) - V,T.O.1.2 (F,E)
- Technique thoracique T.A.I.3 (F,E) - V,T.O.1.3 (F,E)

TECHNIQUES THORACO-LOMBAIRES

- Technique thoraco-lombaire TL.P.D.1 (1-R)
- Technique thoraco-lombaire TL.P.S.1 (1-R)
- Technique thoraco-lombaire TL.P.S.2 (1-E)
- Technique thoraco-lombaire TL.L.1.1 (R)
- Technique thoraco-lombaire TL.A.S.1 (1-R,LF)
- Technique thoraco-lombaire TL.A.S.2 (1-L,LFR)
- Technique thoraco-lombaire TL.A.1.1 (R)

TECHNIQUES LOMBAIRES

- Technique lombaire L.P.D.1 (1-R,RF,RE)
- Technique lombaire L.P.D.2 (1,1-E)
- Technique lombaire L.P.D.3 (1,I-F)
- Technique lombaire L.P.D.4 (1,1-F,E)
- Technique lombaire L.P.D.5 (1,12-R,RF,RE,RLF)
- Technique lombaire L.P.S.1 (1-R,RE) -V,L.P.S.1 (1-R,RE)
- Technique lombaire L.P.S.2 (1-R,RE)
- Technique lombaire L.D.1.1 (E)
- Technique lombaire L.L.1.1 (R) - V,L.L.1.1 (1,R) - V,L.L.I.1 (5, R) - V3 L.L.1.1(7,R)
- Technique lombaire L.L.1.2 (R)
- Technique lombaire L.A.S.1 (1-R)
- Technique lombaire L.A.S.2 (1-R)
- Technique lombaire L.P.M.1 (1-F)
- Technique lombaire L.P.M.2 (2,4-E)

TECHNIQUES LOMBO-SACRÉES

- Technique lombo-sacrée LS.P.I.1 (1,1-F)
- Technique lombo-sacrée LS.D.1.1 (R)
- Technique lombo-sacrée LS.D.I.2 (R)
- Technique lombo-sacrée LS.D.1.3 (R)
- Technique lombo-sacrée LS.L.S.1 (13-R)
- Technique lombo-sacrée LS.L.M.1 (9,10,11,13-R)

TECHNIQUES DU SACRUM

- Technique du sacrum S.P.D.1 (1-F,LF)
- Technique du sacrum S.P.D.2 (2-LF,F)

- Technique du sacrum S.P.D.3 (2-E)
- Technique du sacrum S.P.S.1 (2-LF,F)
- Technique du sacrum S.P.I.1 (R,F)
- Technique du sacrum S.D.S.1 (3,3-E)
- Technique du sacrum S.D.S.2.(4-LF,E)
- Technique du sacrum S.L.1.1.(F,LF)
- Technique du sacrum S.L.1.2 (LF,F)
- Technique du sacrum S.L.1.3 (LF,E)
- Technique du sacrum S.A.S.1 (1-LF,F)
- Technique du sacrum S.A.S.2 (1-LF,E)

TECHNIQUES ILIAQUES

- Technique iliaque I.P.D.1 (1-E)
- Technique iliaque I.P.D.2 (1,13-E)
- Technique iliaque I.P.S.1 (1-E)
- Technique iliaque I.P.S.2 (1-E)
- Technique iliaque I.P.S.3 (2-E)
- Technique iliaque I.P.S.4 (1-E)
- Technique iliaque I.P.S.5 (14-E)
- Technique iliaque I.P.S.6 (1-E)
- Technique iliaque I.P.1.1 (F)
- Technique iliaque I.P.I.2 (E)
- Technique iliaque I.P.1.3 (L)
- Technique iliaque I.D.S.1 (3,13-F)
- Technique iliaque I.D.S.2 (3,13-F)
- Technique iliaque I.D.S.3 (3-F)
- Technique iliaque I.D.1.1 (LF)
- Technique iliaque I.D.1.2 (LF)
- Technique iliaque I.D.I.3 (F)
- Technique iliaque I.D.I.4 (F,E)
- Technique iliaque I.L.S.1 (13-E)
- Technique iliaque I.L.S.2 (2-E)
- Technique iliaque I.L.S.3 (13-F) - V,I.L.S.3 (13-F)
- Technique iliaque I.L.S.4 (13,3-F)
- Technique iliaque I.A.S.1 (13-F)
- Technique iliaque I.O.S.1 (3-F)
- Technique iliaque I.L.M.1 (13,3-F)
- Technique iliaque I.L.M.2 (3,3-E)

TECHNIQUES PUBIENNES

- Technique pubienne P.D.I.1 (F)
- Technique pubienne P.D.1.2
- Technique pubienne P.D.1.3 (E)

TECHNIQUES COCCYGIENNES

- Technique coccygienne Cx.P.D.I (9,13-F,E,R)
- Technique coccygienne Cx.L.S.1 (5-LF)

TECHNIQUES COSTALES

- Technique costale CO.D.S.1 (6-E)
- Technique costale Co.D.S.2 (5,4-E)
- Technique costale CO.P.S.1 (6-F)
- Technique costale Co.P.S.2 (6-E)
- Technique costale Co.P.S.3 (1-E,F) - V,Co.P.S.3 (13-E,F)
- Technique costale Co.L.S.1 (9,10,11-F)
- Technique costale Co.L.S.2 (9,10,11-F)
- Technique costale Co.L.S.3 (5-E)

- Technique costale CO.A.S.1 (6-F)
- Technique costale Co.A.S.2 (6-E) – V,CO.A.S.2 (6-E)
- Technique costale Co.A.S.3 (9,10,11-F)
- Technique costale Co.A.S.4 (5-E)
- Technique costale Co.A.S.5 (9,10,11-F)
- Technique costale Co.A.S.6 (6-F)
- Technique costale Co.A.S.7 (6-F)
- Technique costale Co.A.S.8 (9,10,11-F)
- Technique costale Co.A.S.9 (5-E)

TECHNIQUES STERNALES

- Technique sternale ST.D.D.1 (9,10,11,13-F)
- Technique sternale ST.D.S.1 (2,2-F)

Techniques ostéopathiques du système locomoteur périphérique

Edition du 18 mai 1983. Imprimer sur les presses de Roto-Sadag, division d'arts graphiques de la Tribune de Genève.

Généralités

Description des points de contact Alpha et Omega

Description des quinze contacts

Le membre supérieur

La ceinture scapulaire

La clavicule

Techniques claviculaires.

Technique cléïdo-sternale : **pré-sternale**

Technique cléïdo-sternale : **supériorité**

Technique cléïdo-sternale : **postériorité**

Technique acromio-claviculaire: **supériorité**

Technique claviculaire : **antériorité**

Technique claviculaire : **postériorité**

Technique claviculaire : **décompression**

L'épaule

Techniques Numéro-scapulaires

Technique Numéro-scapulaire : **infériorité**

Technique Numéro-scapulaire : **infériorité**

Technique Numéro-scapulaire : **supériorité**

Technique Numéro-scapulaire : **supériorité**

Technique Numéro-scapulaire : **antéro-interne**

Technique Numéro-scapulaire : **normalisation du ligament coraco-huméral**

Technique Numéro-scapulaire : **adduction du long biceps**

Technique Numéro-scapulaire : **normalisation long, court biceps et coraco-brachial**

Le coude

Techniques cubito-humérales

Technique cubito-humérale : **abduction**

Technique cubito-humérale : **adduction**

Technique cubito-humérale: **rotation**

Technique cubito-humérale: **rotation**

Techniques radio-humérales

Technique radio-humérale: **postériorité**

Technique radio-humérale: **antériorité**

Technique radio-humérale: **rotation cubitale interne**

Techniques radio-cubitales

Technique radio-cubitale: **postériorité**

Technique radio-cubitale: **postériorité**

Technique radio-cubitale: **tennis elbow**

Technique radio-cubitale: **diastasis radio-cubital inférieur**

Le poignet

Techniques carpiennes

Technique carpienne: **antériorité**

Technique carpienne: **postériorité**

Technique carpienne: **antériorité semi-lunaire**

Technique carpienne : **adduction**

Technique carpienne: **abduction**

Technique carpienne: **rotation spécifique**

Technique carpienne: **rotation globale**

La main

Technique carpo-métacarpienne

Technique carpo-métacarpienne : **abduction du premier métacarpien**

Techniques métacarpiennes

Technique métacarpienne: **antériorité ou postériorité**

Technique métacarpienne: **antéro-postériorité céphalique**

Techniques phalangiennes

Technique phalangienne: **antéro-posteriorité**

Technique phalangienne: **addo-abduction**

Le membre inférieur

La ceinture pelvienne

La hanche

Techniques coxo-fémorales

Technique coxo-fémorale: **antériorité**

Technique coxo-fémorale: **posteriorité**

Technique coxo-fémorale: **infériorité**

Technique coxo-fémorale: **globale**

Technique coxo-fémorale: **ligament ilio-fémoral**

Technique coxo-fémorale: **psaos-iliaque**

Technique coxo-fémorale: **rotation interne**

Technique coxo-fémorale: **rotation externe**

Le genou

Techniques tibio-fémorales

Technique tibio-fémorale : **antériorité**

Technique tibio-fémorale : **abduction**

Technique tibio-fémorale : **adduction**

Technique tibio-fémorale : **adduction ou abduction**

Technique tibio-fémorale : **globale**

Technique tibio-fémorale : **rotation interne**

Technique tibio-fémorale : **rotation externe**

Technique tibio-fémorale : **rotation externe du tibia et du péroné**

Technique tibio-fémorale : **posteriorité tibiale**

Technique tibio-fémorale : **ménisque interne ou externe**

Technique tibio-fémorale : **ménisque interne ou externe**

Technique tibio-fémorale : **posteriorité tibiale**

Technique tibio-fémorale : **rotation externe du tibia et du péroné**

Technique tibio-fémorale : **rotation interne**

Technique tibio-fémorale : **ménisque interne ou externe**

Technique fémoro-rotulienne

Technique fémoro-rotulienne : **supériorité rotulienne**

Le péroné

Techniques péronéo-tibiales

Technique péronéo-tibiale : **antériorité céphalique**

Technique péronéo-tibiale : **antériorité distale**

Technique péronéo-tibiale : **antériorité distale**

Technique péronéo-tibiale : **posteriorité céphalique**

Technique péronéo-tibiale : **posteriorité distale**

Technique péronéo-tibiale : **posteriorité céphalique**

La cheville

Techniques tibio-astragaliennes

Technique tibio-astragalienne : **posteriorité**

Technique tibio-astragalienne : **posteriorité**

Technique tibio-astragalienne : **antériorité**

Technique tibio-astragalienne : **décoaptation astragalienne**

Technique tibio-astragalienne : **harmonisation astragalienne**

Technique tibio-astragalienne : **antériorité**

Technique tibio-astragalienne : **décoaptation astragalienne**

Le pied

Techniques astragalo-calcanéennes

Technique astragalo-calcanéenne : **antériorité**

Technique astragalo-calcanéenne : **antériorité-interne**

Technique astragalo-calcanéenne : **posteriorité-externe**

Techniques calcanéennes

Technique calcanéenne : **addo-abduction**

Technique calcanéenne : **antéro-infériorité**

Techniques tarsiennes

Techniques tarsiennes: **abduction ou adduction**

Techniques cuboïdiennes

Technique cuboïdienne : **rotation interne**

Technique cuboïdienne : **rotation interne**

Technique cuboïdienne : **rotation interne**

Techniques scaphoïdiennes

Technique scaphoïdienne : **rotation externe**

Techniques des cunéiformes

Technique des cunéiformes: **infériorité**

Technique des cunéiformes: **infériorité**

Techniques métatarsiennes

Technique métatarsienne: **cunéo-métatarsienne supéro externe**

Technique métatarsienne: **cunéo-métatarsienne inféro interne**

Technique métatarsienne: **supériorité ou infériorité**

Technique métatarsienne: **infériorité céphalique**

Technique métatarso-phalangienne

Technique métatarso-phalangienne : **abduction de l'hallux**

Techniques phalangiennes

Technique phalangienne: **globale**

Techniques ostéopathiques des os du crâne et de la face

1981 Edition Maisonneuve

GÉNÉRALITÉS

- biseaux des os du crâne
- mouvement des os du crâne. Membranes de tension réciproque
- innervation sensitive des téguments de la face
- structures sensibles de l'endocrâne
- innervation sensitive des muqueuses de la tête et du cou

TECHNIQUES GÉNÉRALES

- approche par la voûte
- approche fronto-occipitale
- mouvement de flexion (approche par la voûte)
- mouvement de flexion (approche fronto-occipitale)
- mouvement d'extension (approche par la voûte)
- mouvement d'extension (approche fronto-occipitale)
- mouvement de torsion (approche par la voûte)
- mouvement de torsion (approche fronto-occipitale)
- mouvement de R.F.L. (approche par la voûte)
- mouvement de R.F.L. (approche fronto-occipitale)
- déplacement latéral de la symphyse (approche par la voûte)
- déplacement latéral de la symphyse (approche fronto-occipitale)
- déplacement vertical de la symphyse (approche par la voûte)
- déplacement vertical de la symphyse (approche fronto-occipitale)
- décompression de la symphyse (approche par la voûte)
- décompression de la symphyse (approche fronto-occipitale)
- décompression de la symphyse (technique à quatre mains)
- technique d'ouverture suturale
- compression du quatrième ventricule
- roulement alterné des temporaux
- roulement synchrone des temporaux
- technique de réanimation (Father Tom)
- mouvement général du crâne (index intra-buccal)
- pompe occipitale
- spread (correction directe)
- spread (correction indirecte)
- spread sutural (ouverture suturale)

OCCIPITAL

- test occipito-atloïdien
- équilibrage du trou occipital
- écartement du trou occipital
- ouverture occipito-mastoïde
- désimpaction occipito-mastoïde
- occipital antérieur ou postérieur
- repositionnement occipital

TEMPORAL

- réduction de la fixité de l'os
- rotation externe unilatérale
- rotation interne unilatérale
- trompe d'Eustache
- pétro-basilaire
- pétro-jugulaire
- pariéto-mastoïde

- pariéto-mastoïde. Pivot H.M.
- désengagement pariéto-squameux
- pivot sphéno-squameux. Biseau supérieur
- pivot sphéno-squameux. Biseau inférieur
- décompression pivot sphéno-squameux. Technique no 1
- décompression pivot sphéno-squameux. Technique no 2
- repositionnement sphéno-pétreux
- temporo-zygomatique

FRONTAL

- élargissement du frontal (rotation externe)
- soulèvement du frontal (rotation interne)
- désenclavement du frontal
- technique dite du grappin (Surface en forme de L)
- fronto-sphénoïde : petite aile
- fronto-sphénoïde : petite aile (approche par la voûte)
- fronto-zygomatique
- désimpaction fronto-zygomatique
- fronto-maxillaire
- fronto-nasal
- fronto-pariétal
- séparation fronto-frontale

PARIÉTAL

- rotation externe/interne
- soulèvement pariétal
- expansion du pariétal
- désimpaction de lambda
- ouverture suturale inter-pariétale postérieure
- ouverture suturale inter-pariétale
- désengagement pariéto-frontal (externe)
- désimpaction de bregma
- désengagement pariéto-sphénoïde (bilatéral)
- désengagement pariéto-sphénoïde (unilatéral)
- désengagement pariéto-occipital
- désengagement pariéto-squameux
- désengagement unilatéral de l'angle postéro-inférieur enfoncé

SPHÉNOÏDE

- repositionnement de l'os (approche occipito-sphénoïdale)
- drainage du sinus sphénoïdal

OS DE LA FACE

- Face
 - rotation externe/interne. Technique no 1
 - rotation externe/interne. Technique n° 2
- Maxillaire
 - mouvement général de l'os
 - rotation externe/interne, unilatérale
 - rotation externe/interne, bilatérale
 - maxillo-ethmoïde
 - maxillo-palatin
 - maxillo-nasal
 - inter-maxillaire

repositionnement de l'os
drainage du sinus maxillaire

- Ethmoïde
 - libération unilatérale de l'os
 - libération de la lame perpendiculaire
 - libération de la lame criblée
 - libération des masses latérales
 - drainage du sinus éthmoïdal

- Zygoma
 - rotation externe/interne
 - rotation externe/interne. 2e technique
 - repositionnement de l'os
 - zygoma-maxillaire

- Palatin
 - libération ptérygo-palatine
 - libération inter-palatine

- Vomer
 - repositionnement de l'os

- Ganglion sphéno-palatin
 - technique de stimulation

- Orbite
 - rétrécissement
 - élargissement

- Unguis
 - repositionnement

TECHNIQUES CIRCULATOIRES

- compression à l'astérion
- décongestion générale immédiate
- libération des canaux vasculaires
- drainage vasculaire général
- drainage vasculaire général (approche fronto-pariéto-occipitale)
- drainage vasculaire général (approche fronto-occipitale)
- drainage de la sphère postérieure
- drainage du sinus longitudinal
- drainage des sinus ptérygoïdiens

Techniques ostéopathiques des systèmes organique et circulatoire

1979 Edition de la Maisnie

ABDOMEN

- Distribution cutanée des nerfs du tronc
- Métamères de la paroi abdominale . . .
- Morphologie générale et morphologie organique d'après Raymond Grégoire
- Points et zones de fixité du tractus digestif
- Sphincters anatomiques - Sphincters physiologiques
- Principaux repères douloureux de l'abdomen
- Palpation globale de l'abdomen
- Méthode de palpation abdominale en position génu-pectorale
- Manipulation abdominale globale
- Manœuvre dite de « refoulement viscéral »

CARDIA, PYLORE, DUODÉNUM, VÉSICULE BILIAIRE, CANAL CHOLÉDOQUE, SPHINCTER D'ODDI

- Technique de palpation différentielle épigastre et hypocondre droit au pouce
- Manipulation dite de « réduction hiatale »
- Technique dite de sédation du pylore au pouce
- Technique dite de sédation du pylore bimanuelle
- Manipulation dite du deuxième duodénum et du bas-cholédoque – Technique du pouce
- Manipulation dite du deuxième duodénum et du bas-cholédoque - Bimanuelle
- Technique dite « vésicule au pouce »
- Technique dite « vésicule aux doigts »
- Technique dite « ponçage du point pré-ombilical gauche »

INTESTINS

- Réduction de la flexion du caecum sur le côlon ascendant
- Rotation interne du caecum
- Rotation externe du caecum
- Réduction du côlon ascendant
- Réduction du tiers externe droit du transverse verticalisé
- Réduction du tiers externe gauche du transverse verticalisé
- Manipulation de réduction combinée, caecum, côlon ascendant et transverse
- Manipulation dite « élévation du rectum »

RATE, FOIE

- Technique du « procédé du pouce »
- Élévation et compression de la rate ou du foie
- Manipulation de compression de la rate ou du foie mains superposées
- Manipulation dite de compression de la rate ou du foie avec contre-appui
- Manipulation du foie ou de la rate avec contre-appui - Décubitus ventral
- Manipulation de réduction du foie
- Manipulation du foie dite sous-costale
- Manipulation de compression du foie en décubitus latéral
- Manipulation dite de compression du foie en position assise

REINS

- Trajectoire du rein mobile et situation de la néphroptose à ses divers degrés
- Palpation
- Palpation du rein mobile
- Réduction du rein droit - Manipulation dite croisée
- Réduction du rein gauche - Manipulation dite croisée
- Manipulation dite « élévation du rein »

PETIT BASSIN

- Description de la main en position de Brandt
- Flexions et versions utérines
- Examen bimanuel vagino-abdominal selon Thure Brandt
- Technique d'étirement direct des ligaments larges
- Technique d'étirement indirect des lig. larges I - Étirement unimanuel bilatéral
- Technique d'étirement indirect des lig. larges II - Étirement bimanuel unilatéral
- Technique d'étirement direct des ligaments utéro-sacrés
- Technique d'étirement indirect des ligaments utéro-sacrés
- Manipulation de réduction dite pression redressante ou pression vaginale antérieure
- Manipulation de réduction dite élévation utérine ou utéro-vaginale de Brandt avec aide
- Manipulation de réduction dite élévation utérine et utéro-vaginale sans aide
- Élévation des annexes
- Manipulation de réduction dite de détorsion des ligaments larges
- Manipulation de réduction dite en bascule
- Manipulation de réduction dite abdomino-recto-vaginale
- Technique de percussion du sacrum

LES MOUVEMENTS THÉRAPEUTIQUES EN GYNÉCOLOGIE

- 1. Les mouvements vaso-constricteurs hémostatiques, décongestifs
 - Abduction des cuisses d'après Stapfer
 - Extension du tronc, cruro-fémoro-pelvi-dorsale
 - Extension cruro-fémoro-iliaque dans la station sur pieds
- 2. Les mouvements vaso-dilatateurs, hémorragigènes, congestifs
 - Flexion et extension d'un des membres inférieurs portant le poids du corps
 - Renversement du tronc en arrière
 - Circumduction fémorale passive
- 3. Les mouvements thérapeutiques orthostatiques
 - Mouvement d'adduction fémorale
 - Mouvement des releveurs

PROSTATE, VÉSICULES SÉMINALES

- Technique d'étirement direct de la portion préprostatique des lames S-R-P
- Mise en tension indirecte de la partie préprostatique des lames sacro-rectogénito-pubiennes
- Mise en tension directe de la portion rétroprostatique des lames S-R-P
- Élévation de la prostate

AMYGDALÉ, OS HYOÏDE, LARYNX, THYROÏDE, GLANDES SALIVAIRES, OEIL

- Amygdale : technique des cryptes
- Amygdale : technique réflexe
- Larynx : technique Janse
- Larynx : technique Hauser
- Larynx : technique Wells
- Manipulation des glandes parotides, sublinguales et sous-maxillaires
- Manipulation de la chaîne ganglionnaire cervicale
- Manœuvres circulaires et vibrations de l'oeil. Mobilisation du globe oculaire

Techniques ostéopathiques (extraits)

SIDÉRATION DU PYRAMIDAL AU POUCE TECHNIQUE DE MOUTIN

But

Cette manipulation vise à réduire l'état de contracture du pyramidal et le cercle pathologique qu'il entretient.

Attitude du patient

Décubitus dorsal. Tête soutenue.

Attitude du praticien

Debout du côté opposé à celui atteint.

Positionnement

Le membre inférieur du côté atteint, est amené en flexion et attiré en adduction forcée entraînant une rotation du bassin.

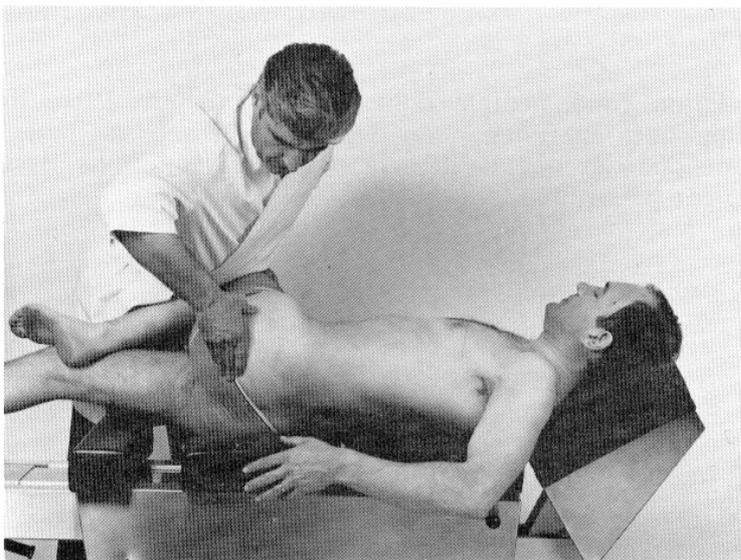
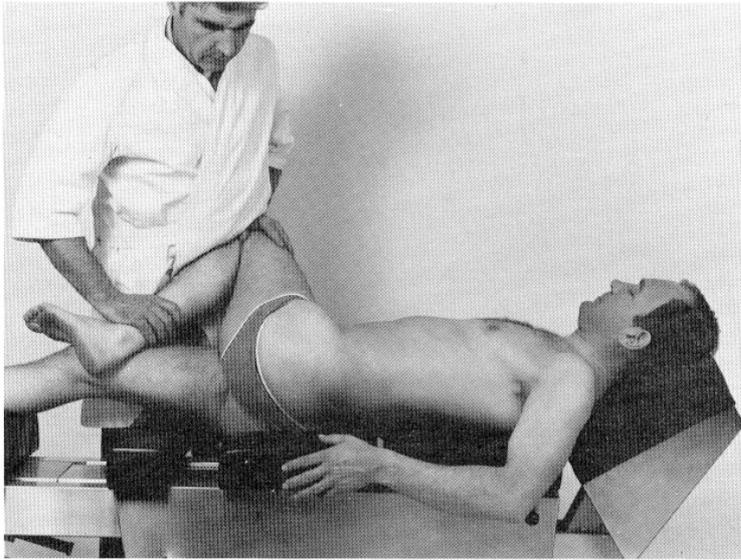
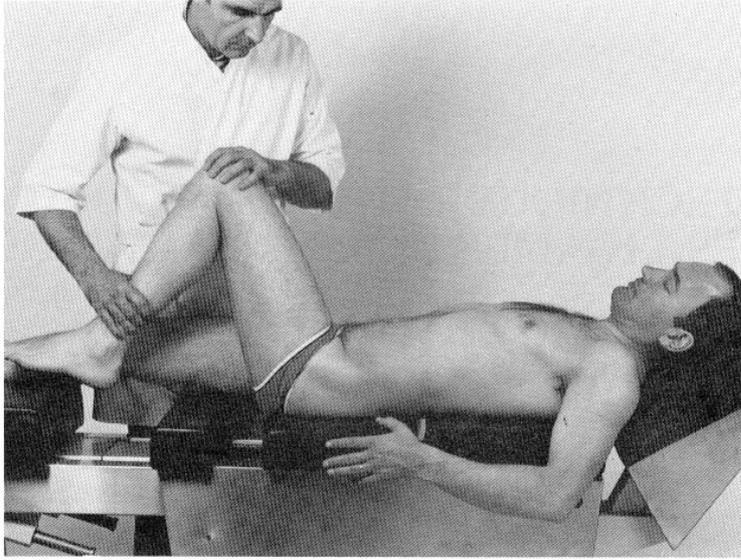
Manipulation

Dilacération au pouce du pyramidal mis en tension forcée par le positionnement.

Critiques

Cette méthode est très commode et efficace. Elle permet une mise en tension plus importante et plus précise que dans l'attitude en décubitus latéral.

Références: L. MOUTIN, G.A. MANN.



TECHNIQUE CERVICO-THORACIQUE

CT.A.S.1 (5-R,L,LF)

But

Corriger la rotation, la latéralité ou l'infériorité de la septième cervicale à la troisième dorsale.

Attitude du patient

Il est assis à bonne hauteur.

Attitude du praticien

Il est debout derrière le malade, faisant corps avec lui, la ceinture scapulaire dominant celle du patient.

Positionnement et prise de contact

La main gauche du praticien enveloppe les faisceaux ascendants du trapèze, tandis que le pouce, en extension, prend un contact (5) ferme sur la face latérale et externe de l'apophyse épineuse spécifiée.

Le bras droit s'appuie sur l'épaule correspondante du patient, cependant que l'avant-bras se moule sur le côté droit du visage, la main disposée en diagonale aboutissant sur le sommet de la tête.

Manipulation

1^{er} temps : La colonne cervicale est entraînée en extension, rotation droite et latéro-flexion gauche.

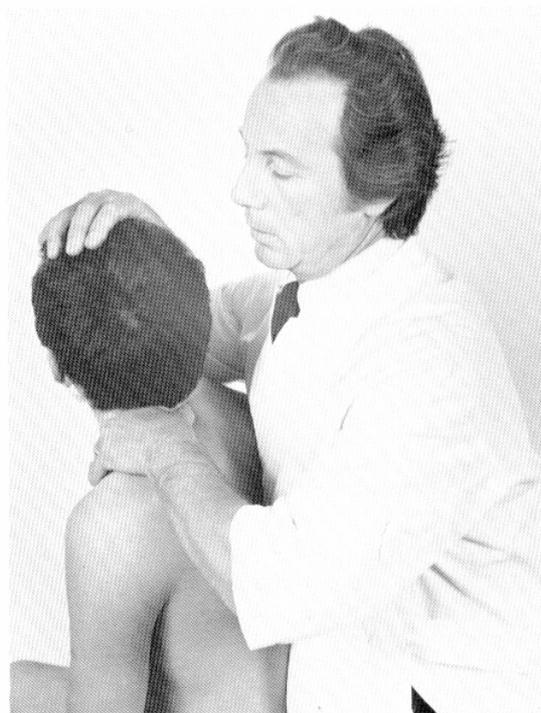
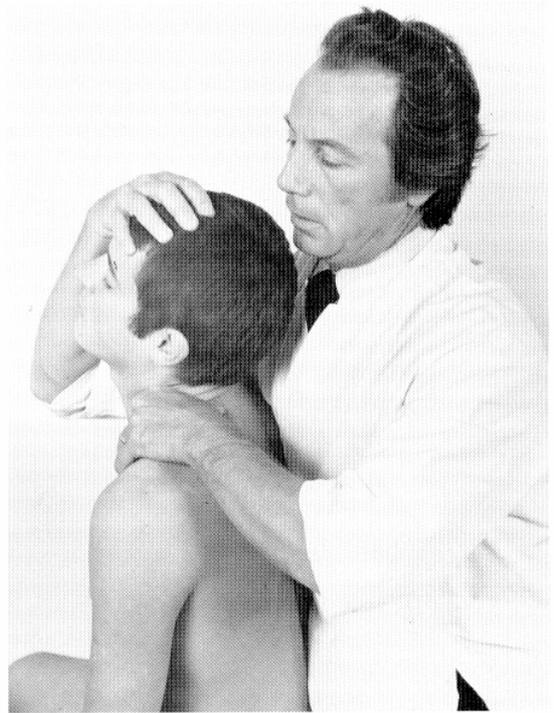
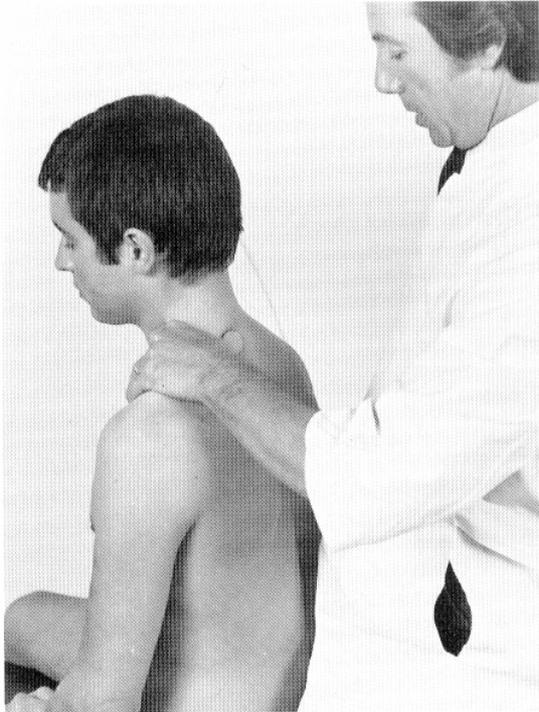
2^{ème} temps : La mise en tension est faite en réglant le degré des composantes du mouvement cervical et cela en fonction de l'étage vertébral intéressé.

3^{ème} temps : Le verrouillage étant obtenu, pour la postériorité droite la réduction est faite par le pouce gauche qui exerce une poussée sèche, de gauche à droite et dans le plan frontal, sur l'apophyse épineuse spécifiée.

Critiques

Excellente technique spécifique dont le positionnement est le point délicat. Elle est indiquée chez les personnes âgées.

Références : F. ASHMORE, J.H. EIMERBRINK, D. HEILIG, E. LAYCOCK, F.L. MITCHELL, P.S. MORAN, B.J. PALMER, W. PEPER, N.A. PRUZZO, A.T. STILL.



TECHNIQUE THORACIQUE

T.P.D.2 (9-R,RF,RE)

But

Spécialement employée chez les très jeunes enfants, cette technique vise à réduire les postériorités unilatérales accompagnées ou non de flexion ou d'extension au niveau dorsal.

Attitude du patient

Le malade est en procubitus, la table à bonne hauteur.

Attitude du praticien

L'étiopathe est debout sur le côté de la table, à la hauteur des membres inférieurs du patient.

Prise de contact

Postériorité avec extension : Le pouce gauche attire la peau vers le haut. L'index (9) prend ensuite contact avec la transverse postériorisée.

Postériorité avec flexion : Le pouce gauche attire la peau vers le bas. L'index (9) prend ensuite contact avec la transverse postériorisée.

La main gauche renforce ensuite le contact indexiel par un appui transverse (12) ou par un appui pouce (5).

Manipulation

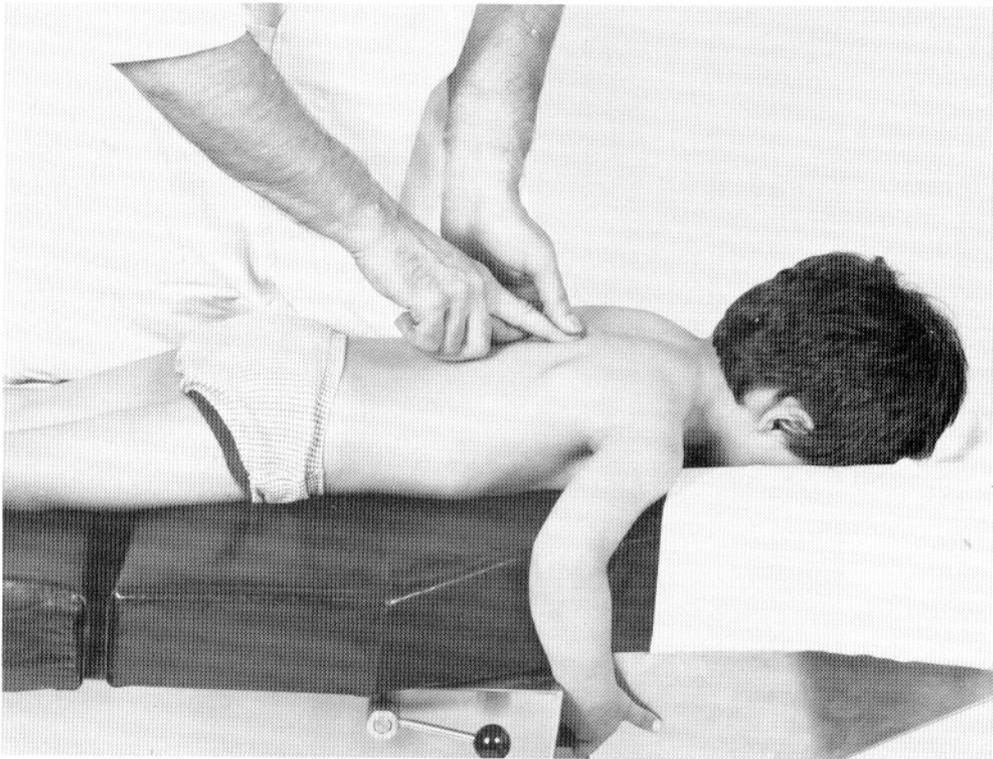
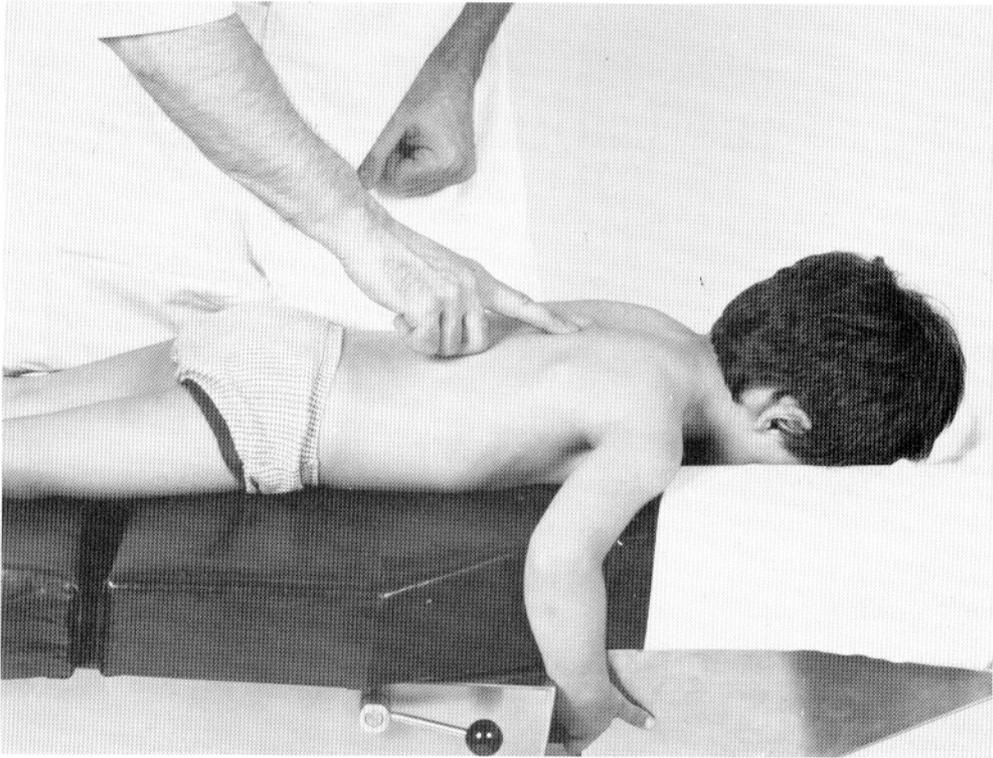
1^{er} temps : La mise en tension est effectuée par une recherche sur un axe oblique en bas et vers la tête (extension) ou en bas et vers le sacrum (flexion).

2^{ème} temps : La réduction est obtenue par une poussée calculée et brève exécutée sur l'axe de mise en tension.

Critiques

Il s'agit de la technique la plus ponctuelle et la plus légère de toute la gamme dorsale. Elle est spécifiquement indiquée chez les nourrissons et les très jeunes enfants.

Références : B.H. HOUSER, J. DANSE, B.J. PALMER, B.F. WELLS.



TECHNIQUE LOMBO-SACRÉE

LS.L.I.1 (13-R)

But

Cette technique est indiquée pour corriger la rotation globale du bassin par rapport à la direction opposée prise par L5, voire L4.

Attitude du malade

Il est en décubitus latéral du côté lésé, les genoux repliés. Le bras inférieur est disposé de telle manière que la main puisse s'accrocher au coussin de tête ; l'autre bras pend librement en dehors de la table. La tête est soutenue (fig. II).

Attitude du praticien

Il est debout à l'angle inférieur de la table du côté opposé à la rotation pelvienne.

Positionnement

Cependant que le patient étire le bras supérieur en direction du sol, l'étiopathe lui saisit les deux genoux serrés et les amène à angle droit sur l'abdomen.

Prise de contact

Un contact ponctuel (13) est recherché du côté lésé sur la face latéro-externe des apophyses épineuses des quatrième et cinquième vertèbres lombaires afin de les immobiliser, les doigts se moulant sur le flanc au-dessus de la crête iliaque (fig. 1).

Manipulation

1^{er} *temps* : L'étiopathe majore et diminue l'ouverture fémoro-abdominale en vue de trouver l'angle favorable à la dérotation pelvienne.

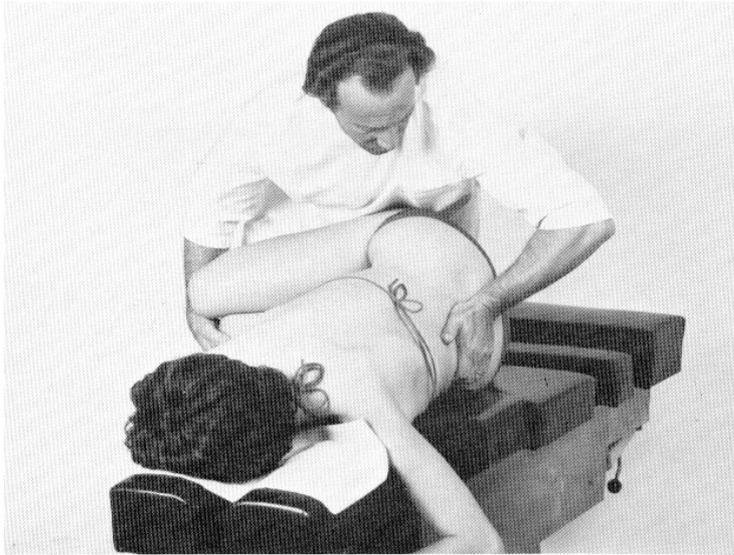
2^{ème} *temps* : La mise en tension s'effectue par le soulèvement des deux genoux et la rotation du bassin en direction du contre-appui pratiqué du côté opposé à la hauteur de L4 et L5.

3^{ème} *temps* : La réduction est réalisée par une brusque exagération de la rotation pelvienne dans le sens de la mise en tension, tandis que le talon de l'autre main (13) affirme son contact.

Critique

Technique éminemment rationnelle servie par la sélectivité des contacts et le respect de la mécanique inter-somatique.

Références : C.H. DOWNING, F.L. MITCHELL, H. FRYETTE, W.J. WALTON.



TECHNIQUE ASTRAGALO-CALCANEENNE

But

Cette technique est indiquée pour réduire l'antériorité astragalo-calcaneenne. Elle vise également à obtenir la décoaptation sous-astragalienne.

Attitude du patient:

Il est en décubitus dorsal.

Attitude du praticien:

Il est debout, au pied de la table, face au malade.

Positionnement:

Le pied du malade est placé en flexion dorsale moyenne. L'attitude est maintenue par un coussin glissé sous la face plantaire.

Prise de contact:

La main controlatérale de l'étiopathe prend un contact (1) sur le col de l'astragale. L'autre main renforce la première par un contact pisiforme dans la tabatière anatomique.

Manipulation:

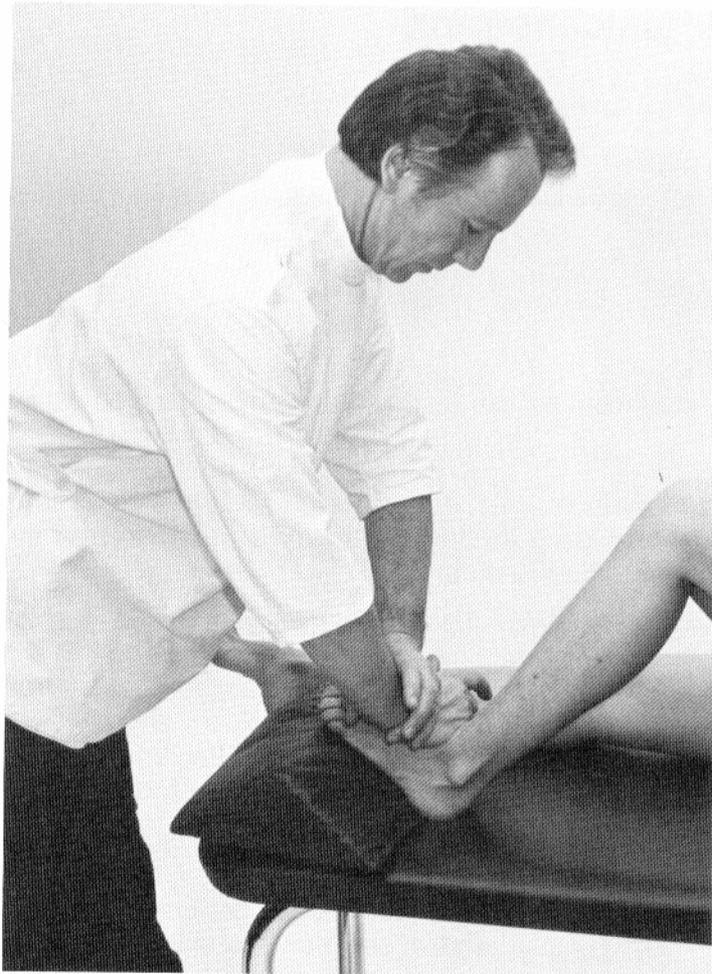
1^{er} temps: La mise en tension est effectuée par une pression empruntant un axe oblique dirigé de haut en bas et de dedans en dehors jusqu'à ce que la table fasse contre-appui au calcaneum.

2^{ème} temps: La réduction est réalisée par une sèche et courte impulsion transmise sur l'axe de mise en tension.

Critiques:

Technique applicable à l'enfant comme à l'adulte.
Respect absolu de la règle de la non-douleur au temps de la mise en tension.

Références : Charles-H. Aemmer.



DÉCOMPRESSION PIVOT SPHÉNO-SQUAMEUX

(TECHNIQUE N° 1)

But.

Dégager la compression affectant la totalité du pivot sphéno-squameux.

Position du patient.

Allongé sur le dos, dans une position agréable et parfaitement détendue.

Position du praticien.

Assis à la tête du patient, côté lésion, près de l'angle de la table de traitement. Son avant-bras homologue repose sur la table, préalablement réglée à bonne hauteur.

Points de contact.

La main homologue du praticien en supination, enveloppe la colonne cervicale supérieure. Le pouce est placé le long de l'apophyse mastoïde, l'éminence thénar contactant la portion mastoïde du temporal.

L'autre main englobe le frontal dans sa paume. Le pouce se situe sur la surface externe de la grande aile du sphénoïde, du côté lésé. Les autres doigts sont dirigés obliquement vers l'apophyse orbitaire externe opposée.

Mouvement.

Description pour une technique exécutée à droite.

1^{er} temps:

Le praticien presse d'une façon douce et constante sur l'apophyse mastoïde droite afin d'entraîner le temporal droit en rotation externe (phase d'expansion).

2^{ème} temps:

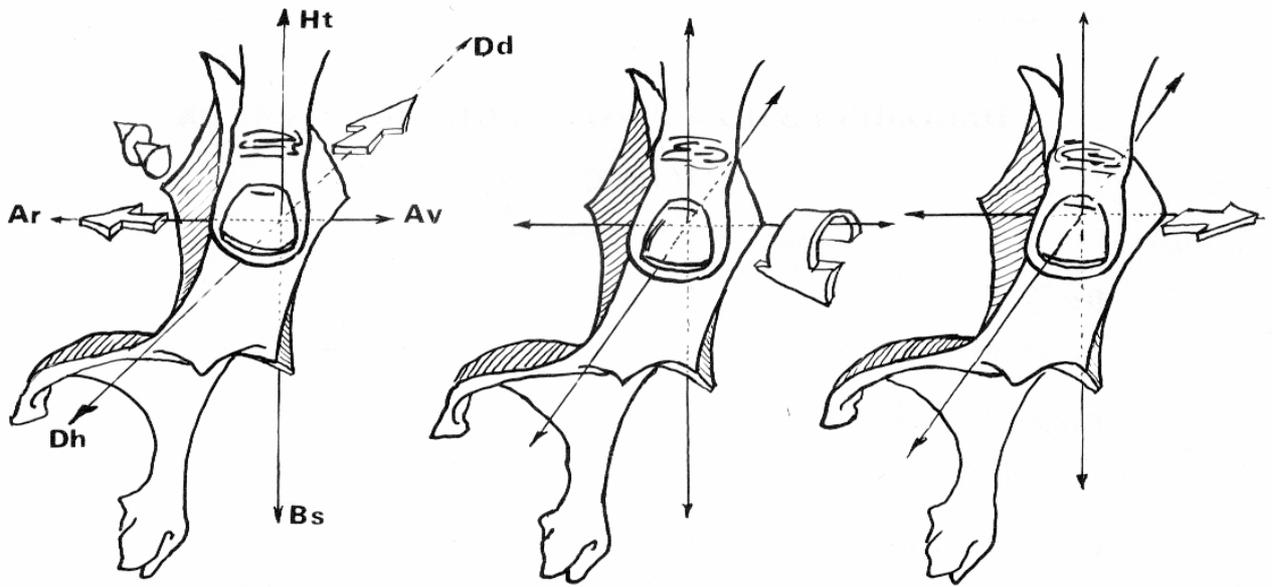
Sa main gauche dégage le biseau externe de la grande aile, en l'entraînant vers l'intérieur (et légèrement en arrière), et le biseau interne sous le point-pivot) en l'amenant inférieurement, autour de l'axe antéro-postérieur (phase de relâchement).

3^{ème} temps:

Avec sa main gauche, il tire l'ensemble vers l'avant, augmentant ainsi la séparation d'avec le temporal (maintenu lui, bien postérieurement). Cette action de la main gauche peut être renforcée par un début de rotation de la tête du patient, vers la gauche (autour d'un axe vertical), en fin de mouvement (phase d'expansion).

Critiques.

Le praticien doit parfaitement enchaîner les différents temps, et terminer son action en cherchant le nouveau point d'équilibre.



MANIPULATION DE RÉDUCTION DITE PRESSION REDRESSANTE OU PRESSION VAGINALE ANTÉRIEURE

But

Cette manipulation est destinée à réduire les rétroversions. Elle s'emploie aussi comme moyen d'étirement du système suspenseur.

Conditions nécessaires

Il faut que la paroi abdominale soit dépressible et que l'utérus forme un levier suffisamment rigide (rétroversion).

Attitude de la patiente

La malade est dans la position habituelle à l'examen et aux manipulations gynécologiques. La table légèrement déclive.

Attitude du praticien

L'étiopathe est debout à la droite de la malade. Il effectue le toucher vaginal de l'index droit, tandis que la main gauche, libre, en pronation, est en contact avec la paroi abdominale.

Manipulation

1^{er} temps : L'index prend contact avec la face antérieure du col, très près de l'isthme. Il conduit celui-ci vers le sacrum et le fait remonter le long de la concavité. Pendant ce temps, la main abdominale exécute de légères frictions circulaires à droite et à gauche de l'utérus.

2^{ème} temps : L'utérus est arrivé à la situation verticale. L'index droit le maintient dans cette position, tandis que la main abdominale, située exactement dans l'axe de l'organe, déprime par petites pressions successives la paroi abdominale et pénètre dans le cul-de-sac péritonéal antérieur, jusqu'au contact de l'index vaginal. Glissés derrière la symphyse, au-dessus de la vessie vide, les doigts dépriment la paroi antérieure du vagin. A ce moment, le col fuit vers la concavité sacrée et la face antérieure de l'utérus s'incline vers le pubis. L'utérus s'élève de un à deux centimètres puis s'antéverse dès que la paroi antérieure du vagin se tend.

3^{ème} temps

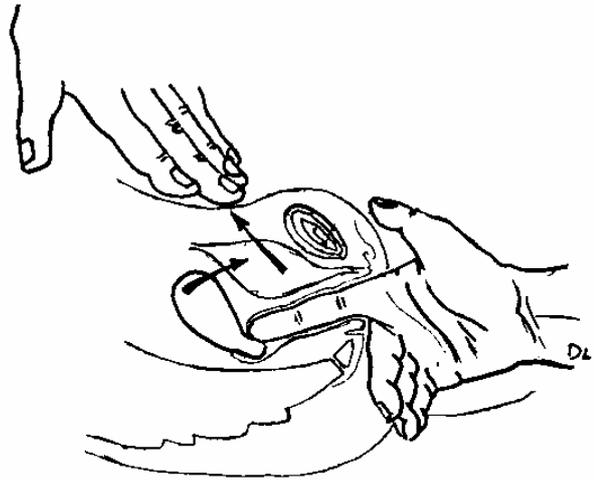
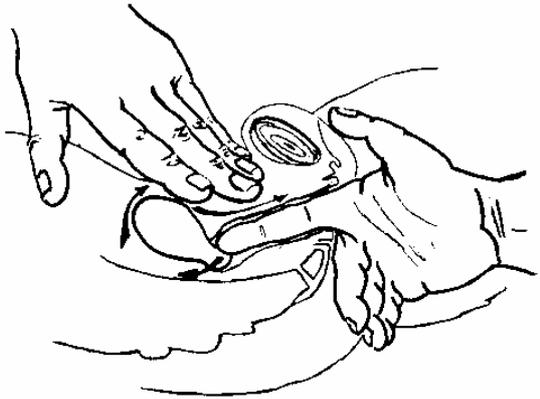
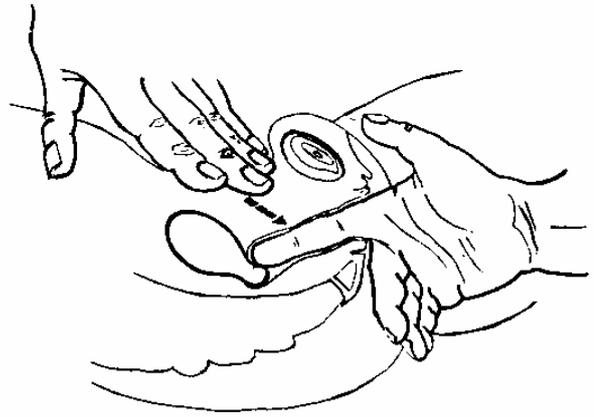
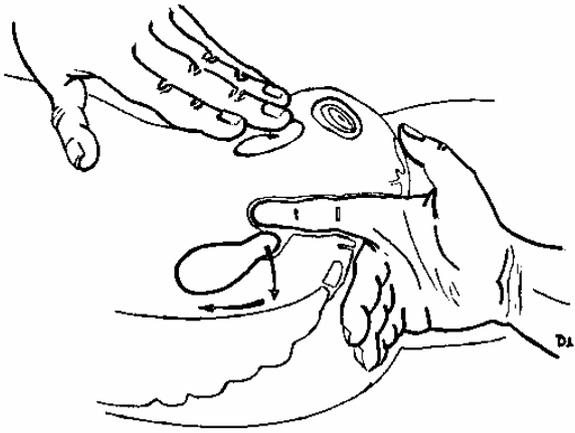
- Première solution. La main gauche est brusquement retirée. Le fond de l'utérus se précipite vers la symphyse, tandis que la face antérieure se couche sur l'index droit. L'utérus est réduit.
- Deuxième solution. La face dorsale de la main est amenée vers le pubis. Par ce mouvement les doigts qui dépriment le péritoine et le vagin se portent vers le haut. A ce moment, l'index vaginal sent fuir le col et les doigts extérieurs sentent l'utérus qui les frappe, comme chassé par un ressort. L'utérus est réduit.

Critiques

La manœuvre réussit d'autant mieux que la paroi antérieure du vagin est plus courte. Cette paroi remplit l'office d'un puissant ligament antéverseur et agit comme un véritable ressort. Si elle est longue et lâche, la tension n'est pas obtenue ou ne l'est que par une dépression beaucoup plus profonde.

Il est, en outre, indispensable que l'utérus soit médian, que la pression soit exercée sur la ligne médiane, que les doigts ne glissent ni à droite ni à gauche du vagin. Enfin, il est indispensable que la lèvre antérieure du col soit suffisamment importante pour assurer une prise à l'index.

Références : Thure BRANDT, Henri STAPPER.





2) Liste des pathologies soignées

L'Ostéopathie et la Chiropraxie, se sont développées différemment, ayant été en grande partie influencées par la culture et les conditions historiques dans lesquelles leur évolution a commencé. Leur base commune est une approche holistique de la vie, l'équilibre entre l'esprit, le corps et leur environnement, et un accent sur la santé plutôt que sur la maladie.

Dans l'ensemble, le praticien se concentre sur l'état général du patient individuel, au lieu de se concentrer sur la douleur ou la maladie dont il souffre.

Il ne peut donc pas y avoir une liste de pathologies classiques.

En effet, l'ostéopathie ne répertorie pas sous un vocable les symptômes présentés par le patient, mais les considère au contraire comme autant d'informations qui permettent de remonter à la dysfonction qui induit les signes présentés.

En revanche l'ostéopathe, par la formation médicale incluse dans son cursus, connaît la pathologie classique pour pouvoir établir les diagnostics d'exclusion.

Mais ses modes de raisonnement et de fonctionnement excluent les traitements symptomatiques.

☞ L'ostéopathie et la chiropraxie :

- envisagent le patient dans sa globalité
- ont pour but le rétablissement des fonctions de l'organisme par la recherche et le traitement des restrictions de mobilité où et quelles qu'elles soient,
- ont, et doivent avoir, une pratique exclusivement manuelle, sans aucun adjuvant.

☞ Le raisonnement de l'Ostéopathie est basé sur la perte de mobilité ostéo-articulaire ou organique et ses répercussions locales et à distance. Cette dysfonction ou « lésion ostéopathique » est une modification de structure* qui assure sa propre continuité dans le temps et qui est réversible en cas de traitement approprié.

* UMR 7561 CNRS-UHP, Nancy 1

« Physiopathologie et pharmacologie Articulaires » Faculté de Médecine.

En association avec COGITOBIO, financé à 75% par le BIOCRITT de l'Ile de France

- Etude de la qualité de la cicatrisation du tissu conjonctif ligamentaire sous contraintes mécaniques physiologiques et en l'absence de celles-ci. (C. GUINGAMP, M. SPAMPANATO Maîtres de conférences)

MECABIO, COGITOBIO

- Etude du comportement du tissu articulaire sous contraintes. Les modifications métaboliques (synthèse et élimination) régulées par les différents types d'efforts mécaniques. (MC. TASSONI Dr en biochimie et biologie moléculaire)

UNIVERSITE TECHNOLOGIQUE DE COMPIEGNE

- Définition des séquences IRM permettant d'établir un outil de quantification des Protéoglycanes au sein des ligaments du genou chez le sujet jeune. (Monsieur le Docteur Fauchet Spécialiste de médecine nucléaire et de Monsieur François Langevin, Enseignant Chercheur à l'UTC, département Génie Biologique)

☞ Les indications de l'ostéopathie sont tous les troubles fonctionnels, uniquement après avoir mis en évidence la concomitance et la relation de ces derniers avec une perturbation de mobilité.

☞ Toutes les autres causalités doivent être envisagées avant de proposer un traitement mécanique. C'est le protocole clinique qui prime, pour assurer efficacité et innocuité.

Voir en Annexe 1 et 3.

Les troubles d'ordre mécanique sont fréquents. Ils peuvent intéresser le système locomoteur et ses différents composants musculaire, osseux, ligamentaire, et également le système organique et circulatoire.

Leurs conséquences directes peuvent être une destruction structurale importante, mais très fréquemment, simplement une modification de la statique et de la dynamique d'un système.

Ce sont ces dernières atteintes qui concernent l'ostéopathie, même si elles peuvent paraître au premier abord beaucoup moins spectaculaires que les grandes destructions structurales, qui elles, concernent la médecine conventionnelle.

Les conséquences directes qu'elles amènent en modifiant l'arrangement d'un système et en perturbant sa fonction, forment une grande part de la pathologie.

Leurs conséquences secondaires sont encore plus importantes. Les perturbations circulatoires, mécaniques, neuro-végétatives qui leur sont liées, modifient rapidement ou progressivement le fonctionnement des autres systèmes qui en dépendent.

- ☞ Autrement dit, ces phénomènes mécaniques sont à l'origine de lésions ostéopathiques articulaires, viscérales ou circulatoires qui entraînent et fixent les chaînes ostéopathiques. Ces lésions vont pouvoir être le point de départ et le point d'appui du développement de phénomènes pathologiques secondaires de tout ordre.

L'ostéopathie s'intéresse aux signes, à la clinique, et essaie de recadrer ces signes avec des dysfonctions structurelles, pour pouvoir remonter le plus haut possible dans les chaînes ostéopathiques (relations de cause à effet s'enchaînant), et ainsi proposer un véritable traitement de fond.

- ☞ Si l'ostéopathie propose des solutions aux indications médicales lorsque celles-ci sont réversibles, en revanche, si celles-ci sont irréversibles (maladies dégénératives, maladies génétiques, maladies infectieuses, fractures...), l'Ostéopathie ne sera plus étiopathique mais palliative et complémentaire. Les manipulations ne remplacent ni les antibiotiques lorsqu'ils sont nécessaires, ni la chirurgie lorsqu'elle est indispensable.
- ☞ L'Ostéopathe suit une formation, spécifique, longue et rigoureuse, lui permettant une prise en charge classique des patients, l'accès au diagnostic et d'assumer sa position de première intention. (Voir Protocole Clinique Annexe 1, Cours Annexe 2, traitement Annexe 3)
- ☞ Ainsi les pathologies des sphères classiques d'Oto-rhino-laryngologie, de Pneumologie, de Cardio-Angiologie, de Gastro-Entéro-Hépatologie, de Gynécologie-Obstétrique, de Uro-Néphrologie et de Rhumatologie sont explorées bénéfiquement par l'ostéopathie lorsque les troubles présentés sont d'origine mécanique.
- ☞ Les résultats peuvent être classés en plusieurs catégories :
 - constants, tangibles et vérifiables
 - constants, tangibles mais non vérifiés actuellement et d'indications traditionnelles
 - inconstants, tangibles mais non vérifiés actuellement et d'indications traditionnelles
- ☞ Médecines traditionnelle et complémentaire, telles que définies par l'OMS, l'ostéopathie et la chiropractie permettent de maintenir le bien-être, et prévenir, diagnostiquer ou traiter la maladie.



3) Recommandations de bonnes pratiques.

La santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social ».

Médecines traditionnelle et complémentaire, telles que définies par l'OMS, l'ostéopathie et la chiropractie permettent de maintenir le bien-être, et prévenir, diagnostiquer ou traiter la maladie.

La prise en charge du patient, dans son contexte global, est identique, que ce soit dans le cadre de la prévention ou des soins.

L'ostéopathie et la chiropraxie sont, dans les faits, des professions de première intention, sans subordination à d'autres professions de santé, ayant un niveau de formation de 3^{ème} cycle, une pratique préventive et curative, exclusivement manuelle, permettant de diagnostiquer et traiter les troubles fonctionnels présentés par les patients.

L'ostéopathie et la chiropraxie sont des arts thérapeutiques indépendants des autres sciences médicales possédant un enseignement, une approche, une pratique et des techniques spécifiques qui ne peuvent s'appliquer qu'au terme d'un raisonnement, lui aussi, spécifique.

Les cursus éprouvés aboutissent sur la capacité de diagnostic, et intègrent les recommandations de bonnes pratiques (Annexes 1, 2 et 3) dans l'attente de les voir officiellement accréditées.

Dans ce but à l'heure actuelle, toutes les actions thérapeutiques manuelles sont systématiquement vérifiées, à la lumière de la théorie des systèmes, de la cybernétique, et de l'ensemble des sciences fondamentales. C'est l'objet du chapitre suivant concernant la recherche et le développement.



4) Département Recherche et Développement

Organisation permettant la recherche, la validation théorique et pratique de l'ostéopathie, ainsi que son intégration au monde médical, scientifique et technologique, en liant la structure de recherche fondamentale MECABIO, la société de transfert de technologie COGITOBIO et la structure d'enseignement en biomécanique appliquée à l'ostéopathie OSTEOBIO.

Moyens

- Recherche fondamentale
- Base de données
- Recherche appliquée :
 - Journées post-graduées ostéobio
 - Mémoires de fin d'études
 - Universités de printemps
- Formation « cadre »
- Prix Ostéobio

Recherche fondamentale

Le modèle OSTEOBIO permet de développer une recherche théorique et expérimentale du fonctionnement de l'appareil locomoteur.

OSTEOBIO a missionné des structures universitaires de recherche afin de valider le modèle. (Universités de NANTERRE, PAUL SABATIER de TOULOUSE, TECHNOLOGIQUE de COMPIEGNE et le CNRS de NANCY).

Base de données

Classer et récapituler les bibliographies des différents travaux de recherche appliquée des dix dernières années.

Création de la base de données pluridisciplinaires et multimédia des futurs travaux.

Recherche Appliquée.

Le modèle OSTEOBIO a permis de développer une recherche fondamentale et une recherche appliquée.

- Conférences de l'université de printemps
- Mémoires de fin d'études.
- Journées Ostéobio.

CONFERENCES de l' UNIVERSITE DE PRINTEMPS

Un week-end par an, les étudiants d'OSTEOBIO présentent un travail de recherche en rapport avec leur cursus de l'année.

MEMOIRES DE FIN D'ETUDES

Dès la 5^{ème} année, l'école définit un sujet de mémoire en rapport avec les thèmes de recherche définis par l'association de recherche fondamentale MECABIO

JOURNEES OSTEOBIO

Mise en place de protocoles d'études biomécaniques appliquées aux diagnostics et traitements mécaniques.

Cinq conférences par an de recherche appliquée sont présentées aux professionnels.

Les résultats de ces recherches sont ensuite délivrés dans l'enseignement.

Formation cadre

OSTEOBIO a mis en place une formation de 300 heures étalée sur deux ans pour les professionnels et les futurs enseignants dont les buts sont l'acquisition de la pédagogie et les dernières données en recherche fondamentale et appliquée.

Cette formation est validée par un travail de recherche

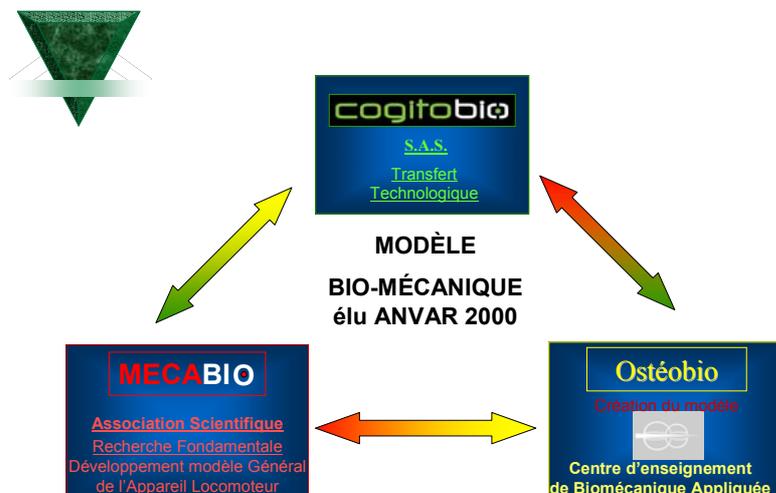
Prix Osteobio

Cette association a pour but de délivrer annuellement un ou plusieurs prix afin de promouvoir tous les travaux et recherches fondamentales ou appliquées portant sur les interactions entre les forces physiques et les tissus vivants. Ces travaux concerneront la Biomécanique de l'appareil locomoteur humain ou animal, sain ou pathologique, que ce soit pour la compréhension des phénomènes, des techniques de mise en évidence et des solutions préventives ou curatives.

LE GROUPE

- ✓ C'est à MECABIO (association loi 1901) que revient la tâche de finir de valider le modèle et d'assurer son évolution via la recherche fondamentale.
- ✓ Cette recherche fondamentale débouche sur des applications technologiques qui sont confiées à la SAS COGITOBIO, société de transfert de technologie créée le 6 décembre 2000 et réunissant les principaux scientifiques de MECABIO et d'OSTEOBIO.

MECABIO est composée de scientifiques de hauts niveaux, regroupant des disciplines aussi différentes que la mécanique, la biologie, la cinématique, l'informatique, la physique, l'imagerie, etc... Ces différents spécialistes ont amené leurs connaissances dans leur discipline respective et les ont mises en commun dans la perspective du modèle biomécanique d'OSTEOBIO. C'est-à-dire décrire les lois qui régissent les interférences entre les forces physiques et les tissus vivants via la cinématique.



MECABIO Recherche fondamentale

- Président : Monsieur CHAPEVILLE.
Ancien directeur de l'Institut Jacques Monod.
- Premier vice Président : Dr Fauchet.
Docteur en Médecine Spécialiste Médecine Nucléaire.
Professeur associé UTC.
Animateur du réseau de médecine nucléaire libérale en Picardie.
- Deuxième vice Président : Dr Minn.
Docteur d'Etat Es Sciences.
Directeur de Recherche au CNRS (DR2T).
- Secrétaire : Dr Taha.
Docteur en Médecine, Chirurgien Maxillo-faciale.
D.E.A Université Technologique de Compiègne.
Clinical Expert (Phidias Network) et Editorial Board de
la revue du même groupe européen.
- Trésorier : C. Gossard.
Directeur et gérant d'OSTEOBIO.
Président Directeur Général de COGITOBIO.

LES MEMBRES

- Madame LERALLUT Izabel
Ingénieur Docteur Technologique de Compiègne. Attachée CNRS
Biomécanique du ligament.
- Monsieur KHIDER Nassim
Ingénieur- Docteur UTC : Biomécanique du muscle
- Madame SAHRAOUI Nadia
Docteur en Biologie : Biologie, Biochimie du cartilage et du disque.
Etude du comportement sous contraintes de type cyclique.
- Madame TASSONI Marie-Claude
Docteur en Biochimie et Biologie moléculaire Physiologie
Biologie, Biochimie du cartilage et du ligament. Etude du comportement sous contraintes de type cyclique.
- Madame LE FAOU Anne
DEA de Biotechnologie. Docteur en Biologie
Biologie de l'os. Etude du comportement sous contraintes de type cyclique.
- Monsieur Boucher Jean Ph.D FACSM
Directeur départemental de kinanthropologie
Université du Québec à Montréal
- Monsieur LEBORGNE Pol
Docteur en mécanique- Ingénieur des ARTS et METIERS
Maître de Conférence
Cinématique inter segmentaire et intra articulaire
Etude des contraintes intra articulaires.
- Monsieur Wattier
Docteur en Mécanique, Ingénieur ENSAM
Maître de conférence Université Paul Sabatier Toulouse
- Monsieur MARTIN Jean- Noël
Ingénieur Université Technologique de Compiègne. Master imagerie médicale.
BTS informatique gestion. Directeur associé de Mentalworks
- Monsieur GUERRIN
Docteur en Médecine. Médecine sportive
- Monsieur VALLIER Gérard
Docteur en Médecine. Ostéopathe. Posturologue
- Monsieur KHALIFA Pierre
Docteur en Médecine Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique. Interniste
Directeur Fondateur des conférences d'internat de l'Hôpital Cochin

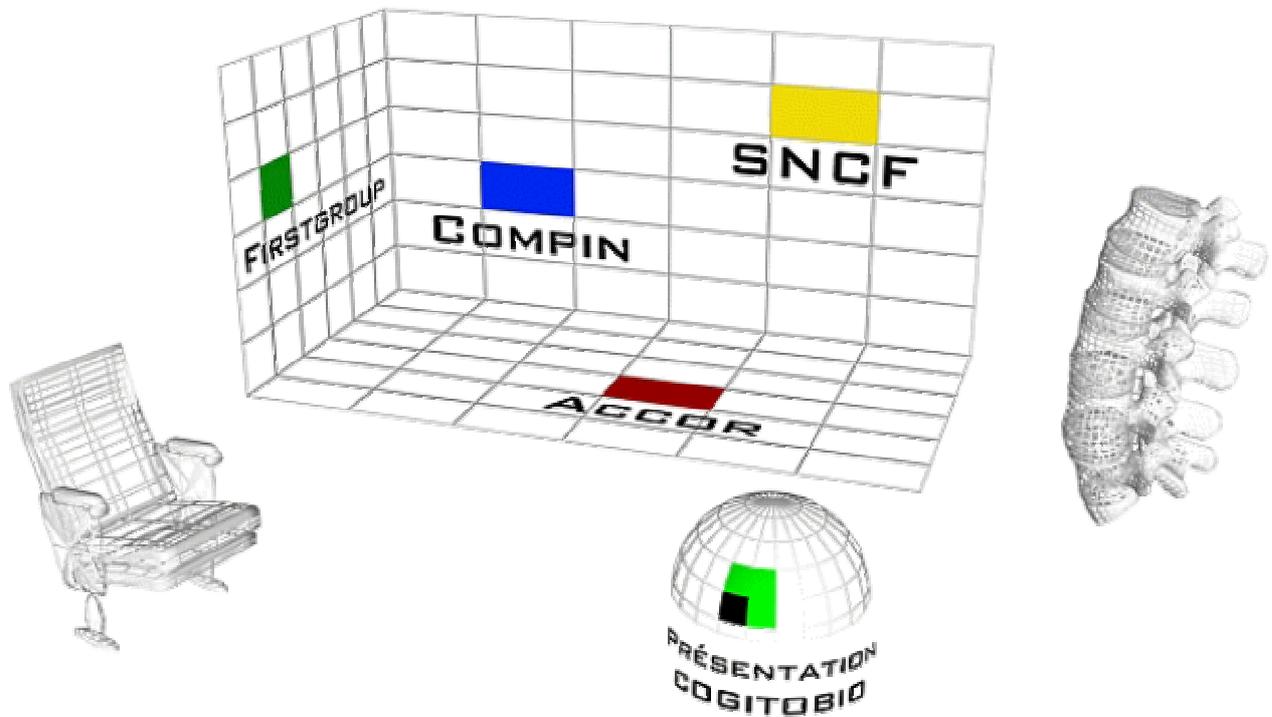
- Monsieur ANTONIETTI Pierre
Docteur en Médecine. Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Ancien Chef de Clinique. Chirurgien Orthopédiste.
Rédacteur en Chef de la revue RACHIS
- Monsieur MAS Philippe
Podologue, Diplômé Ostéobio
- Monsieur BAUCHER Jérôme
Diplômé Ostéobio
- Monsieur BERNARD Pascal
Diplômé Ostéobio
- Madame LEGENDRE Sylvie
Podologue Posturologue

PROGRAMME DE RECHERCHE

- **1 - validation du processus biologique du modèle :**
La qualité de la cicatrisation du tissu conjonctif dépend des facteurs mécaniques articulaires (CNRS Nancy cofinancée par Biocritt Ile de France).
- **2 - validation mécanique du modèle :**
Déficiences de translation/rotation sur un des axes des mouvements intra articulaires (université Paul Sabatier Toulouse).
- **3 - définition des séquences IRM :**
Ratios entre les protéoglycanes et la teneur hydrique des tissus conjonctifs articulaires (Département de génie biologique, Université technologique de Compiègne : Dr Fauchet).
- **4 - application clinique :**
Le sujet sain et pathologique ; la pathologie aigue et chronique.
CHU Lariboisière.
- **5 - IRM à champs ouvert :**
Quantification des mouvements intra articulaires des différentes articulations en mouvement et en charge du sujet sain et pathologique.
Quantification des déformations des tissus de soutien et de haubanage (Caen).
- **6 - Etude de la débimétrie musculaire :**
Saine et pathologique
Corrélation avec le système nerveux périphérique (Dr Fauchet Amiens).
- **7 - le système informatif articulaire :**
Régulation du tonus
Etudes des phénomènes douloureux des tissus conjonctifs articulaires.

COGITO BIO

LA BIOMÉCANIQUE AU SERVICE DE L'INDUSTRIE.



Ingénierie :
Sécurité Confort

Formation des ingénieurs et des cadres:
Initiation au concept biomécanique

Ergonomie :
Poste de travail et troubles musculo-squelettiques

Validité du concept :
L'industrie et le monde du travail ont adopté le modèle Ostéobio.



Protocole clinique

- INTERROGATOIRE
 - PATHOLOGIES ORGANIQUES D'EXCLUSION
 - PATHOLOGIES MECANIQUES D'EXCLUSION
 - DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS BIOMECANIQUES

- L'EXAMEN VISUEL

- EXAMEN NEUROLOGIQUE

- EXAMEN STATIQUE ET DYNAMIQUE

- EXAMEN PALPATOIRE GENERAL

- ETUDE CLINIQUE

- IMAGERIE MEDICALE ET EXAMEN PARACLINIQUE

- CONDUITES A TENIR.



LE CURSUS

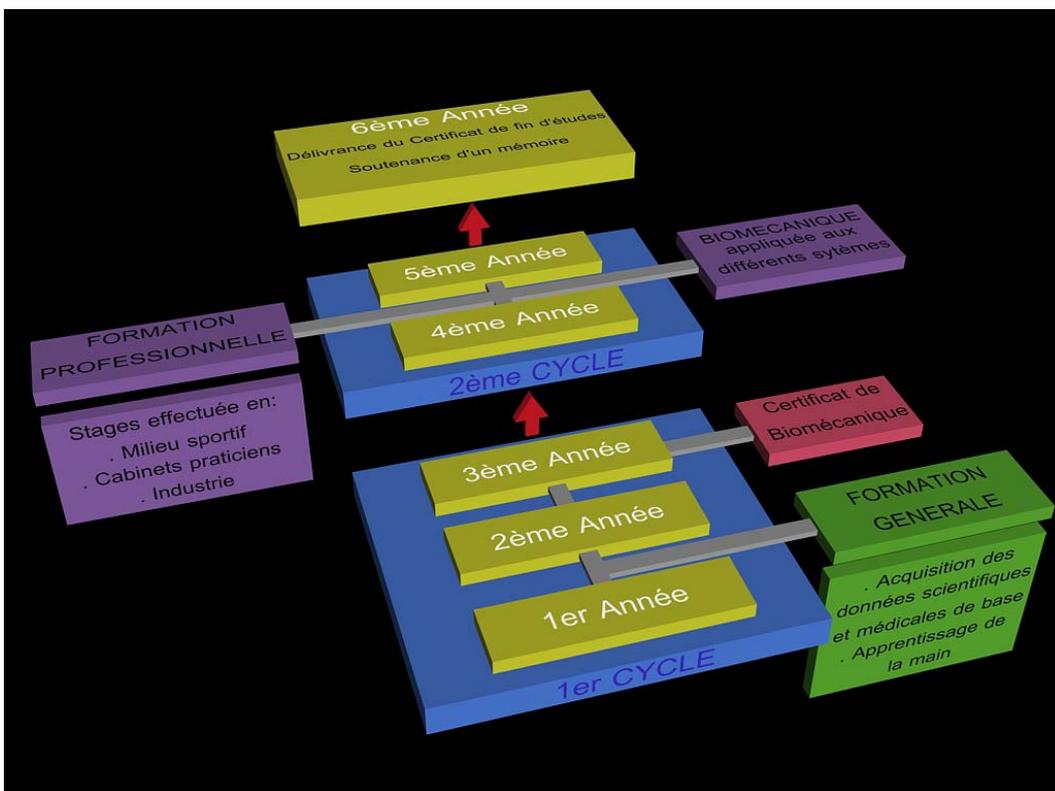
Les études sont réparties en trois cycles.

Le premier cycle dure trois ans : enseignement des matières médicales et des matières fondamentales nécessaires à la compréhension du modèle.

Le deuxième cycle dure deux ans : mise en application clinique du protocole issu du modèle et projet professionnel.

Le troisième cycle dure dix-huit mois :

- validation du projet professionnel.
- Soutenance du mémoire.
- Formation professionnelle :
 - Administrative, gestion et comptabilité.
 - Ethique et déontologie.
 - Clinique : assistantat, cours de clinique, journée de formation continue.



Détail des matières enseignées par année :

Osteobio 1

- ☞ Physiologie générale
- ☞ Anatomie générale
- ☞ Anatomie descriptive et palpatoire du rachis
- ☞ Biochimie générale
- ☞ Biologie cellulaire
- ☞ Embryologie
- ☞ Traumatologie
- ☞ Sémiologie générale
- ☞ Sémiologie traumatologique
- ☞ Myologie du rachis
- ☞ Anatomie descriptive et palpatoire du membre inférieur (ostéo, arthro et myologie)
- ☞ Anatomie et physiologie du système nerveux végétatif
- ☞ Biomécanique
- ☞ Physiques
- ☞ Mathématiques
- ☞ Informatique (Connaissances de base et T.D. de recherche)
- ☞ Linguistique (Terminologie anglaise scientifique)
- ☞ Secourisme
- ☞ Histoire et philosophie de la Médecine
- ☞ Histoire et philosophie de la médecine ostéopathe

Osteobio 2

- ☞ Anatomie cranio-faciale
- ☞ Anatomie fonctionnelle du rachis
- ☞ Anatomie palpatoire du rachis
- ☞ Anatomie neurologique
- ☞ Myologie, vascularisation et innervation de l'appareil locomoteur
- ☞ Anatomie descriptive et palpatoire du système digestif
- ☞ Biomécanique (Travaux Dirigés)
- ☞ Modèle articulaire général
- ☞ Anatomie descriptive et palpatoire du membre supérieur (ostéo, arthro, myologie)
- ☞ Biochimie
- ☞ Cinématique inter segmentaire du rachis
- ☞ Cinématique inter segmentaire de l'appareil locomoteur
- ☞ Anatomie gynécologique
- ☞ Sémiologie digestive
- ☞ Physiologie du système génital
- ☞ Physiologie du système digestif

Osteobio 3

- ☞ Neuro-anatomie clinique
- ☞ Traumatologie du sport
- ☞ Pathologie générale du sportif
- ☞ Sémiologie du système génital
- ☞ Sémiologie rhumatologique
- ☞ Sémiologie neurologique
- ☞ Sémiologie cardio pulmonaire
- ☞ Sémiologie pédiatrique
- ☞ Sémiologie psychiatrique
- ☞ Sémiologie orthopédique
- ☞ Sémiologie ORL
- ☞ Biologie médicale
- ☞ Biophysique
- ☞ Méthodologie
- ☞ Système locomoteur (approche biomécanique et TP)
- ☞ Système viscéral (approche biomécanique et TP)
- ☞ Système cranio-facial (approche biomécanique et TP)

Osteobio 4

- ☞ Posturologie
- ☞ Radiologie (générale, protocole analyse radiologique)
- ☞ Système locomoteur
 - Modèles biomécaniques
 - Protocoles cliniques
 - Travaux Dirigés (Etude de cas cliniques)
 - Travaux Pratiques (techniques manuelles)
- ☞ Système viscéral
- ☞ Système cranio-facial
- ☞ Orientations diagnostiques en gastro-entérologie et hépatologie
- ☞ Orientations diagnostiques en gynéco-obstétrique
- ☞ Histoire et philosophie de la Médecine
- ☞ Histoire et philosophie de la médecine ostéopathique
- ☞ Psychologie

Osteobio 5

- ☞ Radiologie (stages en cabinet de radiologie)
- ☞ Pharmacologie
- ☞ Système locomoteur
 - Modèles biomécaniques
 - Protocoles cliniques
 - Travaux Dirigés (Etude de cas cliniques)
 - Travaux Pratiques (techniques manuelles)
- ☞ Système viscéral
- ☞ Système cranio-facial
- ☞ Orientations diagnostiques en rhumatologie
- ☞ Orientations diagnostiques en neurologie

Osteobio 6

- ☞ validation du projet professionnel.
- ☞ Soutenance du mémoire.
- ☞ Conférences professionnelles :
 - Histoire et philosophie de la Médecine
 - Psychologie
 - Administration : Législation Gestion Comptabilité
 - Ethique et déontologie.
- ☞ Formation professionnelle :
 - Clinique : assistantat, cours de clinique, journée de formation continue.

Tableau récapitulatif du nombre d'heures d'enseignement

	<u>heures universitaires</u>	<u>heures examens</u>	<u>travaux dirigés</u>	<u>stages</u>	<u>projet professionnel</u>	<u>mémoire</u>	<u>Total</u>
<u>O1</u>	860	25	100				985
<u>O2</u>	860	25	100				985
<u>O3</u>	773	20	100	25			918
<u>O4</u>	510	15	100	40	125		790
<u>O5</u>	450	15	100	40	250	50	905
<u>O6</u>	65		30		250	200	545
<u>Total</u>	3847	100	530	105	625	250	<u>5128</u>

LE CORPS ENSEIGNANT

Les enseignants sont:

- ⑥ Universitaires (DEA de biologie), licenciés de Biochimie,
- ⑥ Docteurs en médecine et médecins ostéopathes diplômés OSTEOBIO
- ⑥ Docteurs en microbiologie,
- ⑥ Docteurs en biologie,
- ⑥ Chefs de clinique, internes des hôpitaux de Paris, médecins spécialistes,
- ⑥ Ingénieurs (biomécanique, doctorat en génie Biomédical ou en informatique),
- ⑥ Membres de la Société Internationale de Biomécanique,
- ⑥ Formateurs APFS,
- ⑥ Praticiens ostéopathes.

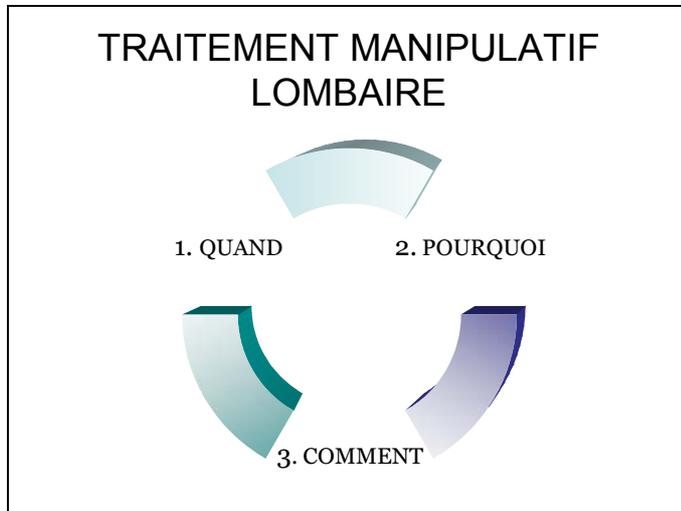
Les ostéopathes enseignants doivent justifier de cinq années d'activité et d'une formation cadre ou d'une formation continue de deux ans.



Travail effectué par des étudiants de cinquièmes années pour une université de printemps.

- Maîtrise de l'outil informatique.
- Travail de recherche en rapport avec leur cursus de l'année.

Diapositive 1



Diapositive 2

SOMMAIRE

- Introduction
- Exclusions
 - Organiques
 - Mécaniques
- Champ d'action de la manipulation

Diapositive 3

INTRODUCTION

- Un traitement manipulatif s'emploie uniquement lorsque le dysfonctionnement est d'origine mécanique. C'est-à-dire qu'avant d'engager ce type de traitement, un protocole d'investigation clinique est déroulé par le praticien, afin de mettre en évidence si la pathologie n'est pas une contre-indication à l'application d'une telle thérapeutique.
- Il faudra donc exclure toutes lombalgies et lombo radiculalgies symptomatiques, d'origine organique :
 - Tumorale
 - Infectieuse
 - Inflammatoireainsi que certaines pathologies mécaniques :
 - Fracture
 - Lombalgie hyperalgique, paralysante
 - Syndrome de la queue de cheval

Diapositive 4

SOMMAIRE

- Introduction
- Exclusions
 - Organiques
 - Mécaniques
- Champ d'action de la manipulation

Diapositive 5

Signes principaux des exclusions

Organiques
TUMORALES: myélome, angiome, neurinome, méningiome... SC : lombalgie d'apparition lente, douleur non soulagée par le repos, aggravée par le décubitus parfois associée à des radiculalgies S radio : modification de la densité osseuse, vertèbre borgne, vertèbre noire, aspect peigné, modification des diamètres osseux
INFECTIEUSES: Spondylodiscite tuberculeuse ou à germes - douleur inflammatoire : augmentée par les mouvements, mal calmée par le repos, état fébrile, avec raideur matinale - examen bio : NFS , VS augmentée - examen radio : pincement, érosion et condensation des PV, avec géodes en miroir
INFLAMMATOIRES: SPA, RP, PR - enthésopathies rachidiennes et périphériques, synovites - examen bio : HLA B27, VS augmentée - examen radio : colonne bambou, syndesmophytes, sacro-Iléite bilatérale
METABOLIQUE ET VASCULAIRE - ostéoporose et ostéomalacie : S radio : tassement, ostéophytose ; S bio : hypocalcémie et hyper phosphatémie - la maladie de Paget : vertèbre d'ivoire - dissection ou anévrisme aortique

Diapositive 6

SOMMAIRE

- Introduction
- Exclusions
 - Organiques
 - Mécaniques
- Champ d'action de la manipulation

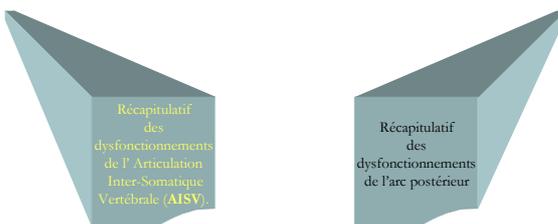
Diapositive 7

Mécaniques
TRAUMATIQUE : (ou microtraumatique ou constitutionnelle) . fracture de l'arc postérieur, lyse isthmique unilatérale . s'il y a persistance de la radiculalgie, malgré la disparition de la lombalgie hyperalgique, cela peut signifier la rupture du LVCP
RADICULALGIE HYPERALGIQUE (non traumatique) : . douleur intense, insupportable . rebelle aux différents traitements antalgiques ou anti-inflammatoires
RADICULALGIE PARALYSANTE . paralysie, déficience appréciée lors du testing musculaire (<3+), associée ou non à des parésies . s'accompagnant d'une impotence fonctionnelle partielle, voire totale
SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL . déficit moteur avec parésie, uni ou bilatéral . hypoesthésie périnéale, perte de sensibilité du gland ou du clitoris, défaut de perception du passage des urines ou des selles . pas de voies de passage lors de la manipulation

Diapositive 8

SOMMAIRE
<ul style="list-style-type: none">• Introduction• Exclusions<ul style="list-style-type: none">– Organiques– Mécaniques• Champ d'action de la manipulation

Diapositive 9

Champ d'action de la manipulation
<ul style="list-style-type: none">• Le modèle locomoteur nous permet de poser les hypothèses de dysfonctionnements mécaniques par hypomobilité :


Diapositive 10

Dysfonctionnements de l' AISV et tests de mise en évidence

	Interrogatoire	S. objectifs visuels : FAP	S. objectifs palpatoires	S. objectifs
Spondylolisthésis Ou tout lumbago	Douleur type T/T ant associé ou pas T/T post avec radiculalgie possible	Possible modification des courbures mais respect des grands aplombs	Compression inter épineux Test cinématique en flexion et extension	Décalage du mur post avec possible association de lyse isthmique
Blocage discaux L4 et L5	Blocage en flexion Lombalgie hyperalgique avec trauma en flexion et rotation	Déjeté ant pour L5 Latérofléchie ++ du côté opp à la turgescence pour L4	Compression inter épineux hyperalgique, contracture musculaire bilat ++	Léger bâillement du côté de la turgescence
Affaissement discal	Douleur type T/T ant et avec ou pas T/T post	Respect des grands aplombs	Compression inter épineux Douleur en flexion ++	Diminution de l'épaisseur du disque
Protrusion	Douleur type T/T ant avec radiculalgie uni, bilatérale, ou à bascule	Respect des grands aplombs	Redéclenche en flexion latéro F des 2 côtés	Visible au scanner et à l'IRM ++
Hernie	Douleur type T/T ant et radiculalgie unilatérale	Respect des grands aplombs	En flexion latéro F homolat si externe et latéro F controlat si interne	Visible au scanner et à l'IRM ++ et non parallélisme des PV

Diapositive 11

Dysfonctionnements de l'arc postérieur et tests de mise en évidence

<ul style="list-style-type: none"> • Les syndromes de l'arc postérieur <ul style="list-style-type: none"> - Le syndrome facettaire - Le syndrome méniscoïde - Le syndrome des branches postérieures - Le conflit isthmo-articulaire - Le syndrome de Baastrup - Le syndrome des ligaments ilio-lombaires - Lumbago facettaire • Les conflits radiculaires de l'arc postérieur <ul style="list-style-type: none"> - Dans le récessus par hernie migrée - Dans le trou de conjugaison 	}	<ul style="list-style-type: none"> • Interro : Douleur T/T col post • S. Objectivable visuel : respect des grands aplombs sauf pour le lumbago facettaire où l'on retrouve un déjettement post • S. Objectivable palp : douleur à la compression AIAP, augmentée en extension latéroF homolat, flexion latéroF controlatéral • S. radio : visualise les conflits isthmo-arti et Baastrup
<ul style="list-style-type: none"> • Interro : Douleur T/C, lombalgie • S. objectifs visuels : respect des grands aplombs • S. Objectivable palp : redéclenche la radiculalgie en extension latéroF homolat et soulage en controlat • S. radio : diminution du TC par arthrose AIAP... 	}	

Diapositive 12

OBJECTIFS DE LA MANIPULATION

- **Introduction**
- Sur conflit antérieur
 - Tube/tube
 - Tube/contenu
- Sur conflit postérieur
 - Tube/tube
 - Tube/contenu

Diapositive 13

Introduction

- Le modèle articulaire vertébral repose sur la régulation de la raideur articulaire en statique et en dynamique.
- La raideur articulaire dépend de trois facteurs liés au système articulaire et musculaire :
 - La forme des structures articulaires et péri-articulaires, dont vont dépendre les mobilités intra articulaires.
 - Les propriétés informatives :
 - Le LVCP, principal système informatif de la colonne antérieure, résistant aux contraintes d'étirement mais pas aux contraintes de compression exercées par le disque.
 - Le système capsulo-ligamentaire des AIAP, le ligament jaune résistant aux contraintes d'étirement mais pas aux contraintes de compression.
 - Les muscles péri-articulaires proprioceptifs : intertransversaires et les transversaires épineux.
 - Les propriétés mécaniques :
 - De la colonne antérieure permettent d'amortir les contraintes verticales de compression puis de les transmettre. Elle fonctionne comme un amortisseur hydraulique.
 - De la colonne postérieure permettent de transformer les contraintes transmises par le système ovoïde en énergie cinématique ; les AIAP sont les guides du mouvement.
- La régulation de la raideur articulaire permet de maintenir les structures en zone neutre.

• Toute perturbation de la mobilité intra articulaire va modifier la raideur

Diapositive 14

OBJECTIFS DE LA MANIPULATION

- Introduction
- **Sur conflit antérieur**
 - Tube/tube
 - Tube/contenu
- **Sur conflit postérieur**
 - Tube/tube
 - Tube/contenu

Diapositive 15

Conflit antérieur

- **Conflit tube/tube**
 - L'axe majeur de fonctionnement est l'axe sagittal, c'est sur cet axe que les contraintes verticales sont les mieux amorties. L'axe secondaire étant l'axe vertical.
 - Il faudra récupérer :
 - L'axe sagittal pour lever les contraintes de compression sur le LVCP afin de :
 - court-circuiter la boucle gamma responsable du spasme musculaire bilatéral
 - désactiver les nocicepteurs responsables de la douleur de type discal
 - L'axe vertical afin de récupérer les propriétés mécaniques hydrauliques de l'AVISV
- **Conflit tube/contenu**
 - Secondaire à un conflit tube/tube qui provoque soit :
 - Une radiculite chimique par des enzymes inflammatoires discales
 - Une radiculite mécanique :
 - par stase active : étirement ou compression de la gaine vasculaire du nerf (stase veineuse puis inflammation)
 - Par stase passive avec perturbation des MIA
 - Pour les hernies, on pourra utiliser la technique sur l'axe frontal pour éloigner la hernie de

Diapositive 16

OBJECTIFS DE LA MANIPULATION

- Introduction
- Sur conflit antérieur
 - Tube/tube
 - Tube/contenu
- Sur conflit postérieur
 - Tube/tube
 - Tube/contenu

Diapositive 17

Conflit postérieur

- **Conflit tube/tube**
 - L'axe majeur de fonctionnement est l'axe vertical
 - Sur cet axe, se mobilisent les AIAP lors de la flexion extension
C'est le MIS majeur du segment lombaire
 - L'axe secondaire est l'axe frontal
 - Sur cet axe, les AIAP se décoaptent, et le foramen s'ouvre
 - Il faudra lever les contraintes sur le système capsulo-ligamentaire pour :
 - court-circuiter la boucle gamma responsable du spasme musculaire unilatéral
 - désactiver les nocicepteurs responsables de la douleur de type facettaire
- **Conflit tube/contenu**
 - Secondaire à un conflit tube/tube :
 - Syndrome radiculaire
 - Syndrome des branches postérieures dans les défilés inter transversaires
 - A l'origine :
 - D'une stase active : étirement ou compression de la gaine vasculaire du nerf (stase veineuse puis inflammation)

Diapositive 18

SOMMAIRE

- Introduction
- Techniques sur l'axe sagittal
- Techniques sur l'axe vertical
- Techniques sur l'axe frontal

Diapositive 19

INTRODUCTION

- L'analyse des signes cliniques nous permettra d'identifier la ou les structures responsables des signes cliniques.
- Les hypothèses de dysfonctionnements nous permettront de choisir la technique la plus appropriée.

Diapositive 20

SOMMAIRE

- Introduction
- **Techniques sur l'axe sagittal**
- Techniques sur l'axe vertical
- Techniques sur l'axe horizontal

Diapositive 21

TECHNIQUES SUR L'AXE SAGITTAL

- **SUR L'AXE POSTERO-ANTERIEUR**
 - La décoaptation assise
 - Le roll spinus
 - Le drop sagittal
 - La compression
 - Les techniques blocs en décubitus ventral
- **SUR L'AXE ANTERO-POSTERIEUR**
 - La décoaptation assise
 - La compression

Diapositive 22

La décoaptation assise

- **Description de la technique**
 - Le repérage
 - Le positionnement du patient et du praticien
 - La mise en tension
 - Le thrust
- **Les indications et les contre-indications**

Diapositive 23

Description de la décoaptation assise

- **Le repérage**

effectué debout

- De l'épineuse de la vertèbre à manipuler (vertèbre sup du JIV atteint)
- À noter :
 - L5-S1 : 2 travers de doigts au dessus des EIPS
 - L4-L5 : en regard des crêtes iliaques



Diapositive 24

Description de la décoaptation assise

- **Positionnement du patient**

- Le patient est assis les bras croisés, les fesses en bord de table placée en position haute
- On enrôle la tête du patient vers l'avant puis le tronc jusqu'à ce que la vertèbre sus-jacente parte en flexion
Ce qui permet de verrouiller chaque JIV, rigidifiant ainsi la colonne au dessus de l'étage à manipuler : « colonne monobloc »

- **Positionnement du praticien**

- Le praticien place son point de contact (sternal ou costal) en dessous de l'épineuse
Pour pouvoir appliquer une poussée postéro-antérieure au JIV, il faut enfiler le plan des facettes
- Les bras entourent le patient, les pouces viennent se placer dans le pli du coude

Diapositive 25

Positionnement du patient et du praticien



Diapositive 26

Description de la décoaptation assise

• La mise en tension

- Se fait lors de l'inspiration forcée :
 - Le praticien exerce une poussée verticale sur la colonne par l'intermédiaire des coudés.
 - Décoaptation verticale du segment monobloc.
 - Il affirme son contact et pousse dans le plan des facettes obliques en haut et en avant
 - Puis on ouvre en avant le disque à manipuler sans amener la pièce sus-jacente en extension
- Lors de l'expiration, il ne relâche pas la mise en tension

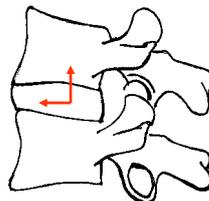


Diapositive 27

Description de la décoaptation assise

• Le thrust

- Il s'effectue entre le passage de l'expiration à l'inspiration
- Il est réalisé par l'impulsion du tronc enfilant le plan des facettes et du disque
(thrust curviligne de bas en haut et d'arrière en avant)



Diapositive 28

La décoaptation assise

- **Description de la technique**
 - Le repérage
 - Le positionnement du patient et du praticien
 - La mise en tension
 - Le thrust
- **Indications et contre- indications**

Diapositive 29

Indications et contre-indications

- **Indications**
 - Lombalgies communes :
 - Discopathies sur articulation de Chevrot :
 - Rétrolysthésis objectivé à la radio
 - Déficit de translations postéro-antérieurs objectivé aux tests cinématiques palpatoires, le signe du tiroir :
 - » En décubitus ventral blocs acétabulaires, au contact pisiforme on imprime une pression verticale. Sensation d'un « clou » sous la main
 - » Debout, on emmène le patient en extension, la pièce ne fuit pas dans la lordose
 - Conflit antérieur sur protrusion (en seconde intension : il faudra déjà décharger le disque verticalement pour pouvoir investiguer l'axe majeur de fonctionnement)
- **Contre indications**
 - Pas d'articulation de Chevrot
 - Antélysthésis
 - Lumbago musculaire
 - Disque tumescent sans voie de passage

Diapositive 30

TECHNIQUES SUR L'AXE SAGITTAL

- **SUR L'AXE POSTERO-ANTERIEUR**
 - La décoaptation assise
 - Le roll spinus
 - Le drop sagittal
 - La compression
 - Les techniques blocs en décubitus ventral
- **SUR L'AXE ANTERO-POSTERIEUR**
 - La décoaptation assise
 - La compression

Diapositive 31

Le roll spinus sagittal

- **Description de la technique**
 - Le repérage
 - Le positionnement du patient et du praticien
 - La mise en tension
 - Le thrust
- **Indications et contre indications**

Diapositive 32

Description du roll spinus sagittal

- **Le repérage**
 - Il s'effectue avec le gouvernail en décubitus latéral sur la table
 - Les doigts sont placés sur les espaces inter-épineux L4-L5, L5-S1, S1-S2 ce qui permet d'évaluer la mobilité des JIV L4-L5, L5-S1 et l'immobilité S1-S2



Diapositive 33

Description du roll spinus

- **Le positionnement du patient**
 - En décubitus latéral proche du bord de la table
 - Le patient est stable :
 - La tête est en position neutre
 - La ceinture scapulaire et la ceinture pelvienne sont alignées et perpendiculaires à la table
 - La jambe sur la table est tendue, l'autre est fléchie
 - Les étages sus jacents sont verrouillés par une traction purement céphalique à l'aide du bras sur la table : colonne monobloc au dessus de l'étage à manipuler
- **Le positionnement du praticien**
 - En fente avant avec le gouvernail entre ses jambes, qui verrouille les étages sous jacents
 - le corps dirigé vers la tête du patient, une main sur l'épaule au dessus de la table, et l'autre prend un contact pisiforme sur la vertèbre à manipuler
 - Le tronc se place au dessus de l'étage à manipuler
 - Le bras se place dans l'axe du disque

Diapositive 34

Positionnement du patient et du praticien



Diapositive 35

Description du roll spinus

- **La mise en tension**

- On bascule le patient en dehors de table
- Le bras en contact sur la vertèbre est tendu, toujours dans le plan du disque
- Le corps se trouve au dessus de l'étage à manipuler

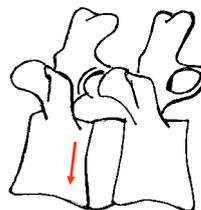


Diapositive 36

Description du roll spinus

- **Le thrust**

- Le tronc et les bras restent monoblocs, seules les jambes fléchissent
- La poussée est purement sagittale transmise des jambes à la pièce par l'effondrement du corps



Diapositive 37

Le roll spinus sagittal

- **Description de la technique**
 - Le repérage
 - Le positionnement du patient et du praticien
 - La mise en tension
 - Le thrust
- **Indications et contre-indications**

Diapositive 38

Les indications et contre-indications

- **Indications**
 - Lombalgies communes :
 - Discopathies
 - Rétrolysthésis objectivé à la radio
 - Déficit de translations postéro-antérieurs objectivé aux tests cinématiques palpatoires
 - Lomboradiculalgies :
 - Conflit antérieur sur protrusion (en seconde intention : il faudra déjà décharger le disque verticalement pour pouvoir investiguer l'axe majeur de fonctionnement)
- **Contre indications**
 - Antélysthésis
 - Discopathies aiguës

Etc...



afo

Association Française d'Ostéopathie

10 parc Club du Millénaire - 34000 Montpellier

www.afosteo.org

06 64 93 40 49