

L'OSTÉOPATHE

N°4 • SEPTEMBRE / OCTOBRE 2010

MAGAZINE



enquête

FORMATIONS LA RENTRÉE POUR LES OSTÉOPATHES

RENCONTRES

Fascial distortion model
À n'utiliser qu'en cas d'urgence !

CONVERGENCES

Ostéopathie et acupuncture
Des chemins différents, des actions
complémentaires

JURIDIQUE

Un code de déontologie
Pour quoi faire ?

les petites annonces

L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

COMMENT DEPOSER VOTRE ANNONCE

① **Choisir une catégorie** pour votre annonce.

② **Rédiger votre annonce.**

Elle devra comporter au maximum 250 caractères (ponctuation et espaces compris) et être disposée sur 5 lignes au maximum. Vous avez également la possibilité de joindre une photo à votre annonce

③ **Envoyer votre annonce** par e-mail à petitesannonces@losteopathe.fr ou par courrier à RCR Editions – 205 avenue Gambetta 75020 Paris

④ **Paiement par chèque** à l'ordre de RCR Editions à retourner à RCR Editions – 205 avenue Gambetta 75020 Paris
ou par carte bancaire sur www.losteopathe.fr – rubrique Petites Annonces

⑤ **Publication de l'annonce** dans le prochain numéro et immédiatement sur le site www.losteopathe.fr pendant deux mois.

TARIFS*

30 € par annonce

Gratuit pour les abonnés

LES CATEGORIES

→ REMPLACEMENT, PARTENARIAT et STAGE

Offre de remplacement
Recherche remplacement
Offre assistantat
Recherche assistantat
Offre partenariat
Recherche partenariat
Offre de stage
Demande de stage

→ ACHAT et LOCATION

Location de locaux
Achat de locaux
Vente de locaux

→ MATERIEL

Achat de matériel
Vente de matériel

EXEMPLE

Recherche Remplacement

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

Nombreuses expériences notamment dans le domaine sportif.

Tel : _____ e-mail : _____

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

Ours

Rédacteur en chef :

Guillaume Mercier

Rédacteur : Olivier Massi

Directrice artistique

& maquette : Agnès Bizeul

Site internet : Badara N'Diaye

Publicité : Tanit Pruvost

Photo : Marika Gérone

<http://marika.gerone.free.fr>

Contacts

L'ostéopathe magazine

205, avenue Gambetta

75020 Paris

Tél : 01.43.64.13.15

contact@lostoeopathe.fr

Rédaction :

redaction@lostoeopathe.fr

Abonnements :

abonnements@lostoeopathe.fr

Publicité :

publicite@lostoeopathe.fr

Petites annonces :

petitesannonces@lostoeopathe.fr

Mentions légales

Directeur de la publication :

Reza Redjem-Chibane

L'ostéopathe magazine

est édité par RCR Éditions

205, avenue Gambetta

75020 Paris

Tél : 01.43.64.13.15

www.losteopathe.fr

Impression :

Imprimerie Bernayenne,

Bernay (27).

Imprimé suivant les normes

environnementales

(papier écologique

et encres végétales)



Numéro de commission

paritaire : 0412 T 90344

ISSN 2108-2642, dépôt légal

à parution

Abonnement

Abonnement pour un an

6 numéros :

France 120 € TTC

(dont TVA 2.10 %)

Étranger : nous consulter

Copyright

L'ostéopathe magazine

La reproduction même partielle des articles parus dans

L'ostéopathe magazine est strictement interdite.

édito



Alors que le ROF dresse un premier bilan de l'évolution démographique des ostéopathes, une nouvelle école s'ouvre en Bretagne. Ces deux actualités sont liées. Elles sont autant de raisons d'aborder la question de la formation à travers notre dossier sur «La rentrée pour les ostéopathes», une sélection des meilleurs mémoires de fin d'études des principales écoles. Car au-delà des enjeux démographiques que représente l'enseignement de l'ostéopathie en France, notre objectif est de vous montrer l'originalité et la qualité des travaux de ces jeunes diplômés.

Des mémoires qui attiseront certainement votre curiosité et qui nourriront également votre réflexion sur l'ostéopathie, de manière générale, et sur votre pratique, en particulier. La démarche critique adoptée par les auteurs de ces travaux de recherche est un état d'esprit qu'ils devront conserver tout au long de leur carrière. Notre travail journalistique

intègre cette dimension critique et notre curiosité nous permet de vous proposer des thèmes variés comme le montre la diversité des sujets traités dans ce numéro : psychosomatique intégrative, techniques fasciales, déontologie, acupuncture, etc.

Ainsi, à travers l'analyse de Joël Moret-Bailly, nous verrons quelles réponses la déontologie peut apporter face aux risques d'une augmentation trop rapide du nombre d'ostéopathes. Vous retrouverez également un reportage sur l'ostéopathie et l'acupuncture. Car l'une des clés d'un bon développement de l'ostéopathie en France est d'offrir aux patients une prise en charge complète qui passe inévitablement par des collaborations pertinentes avec d'autres praticiens. Un moyen pour les ostéopathes d'améliorer leur pratique par des approches originales et qualitatives.

Un petit mot enfin pour les premiers abonnés qui nous ont suivis dans l'aventure du lancement de *L'ostéopathe magazine*. Ils nous permettent aujourd'hui de vous proposer ce quatrième numéro. Nous les remercions pour leur enthousiasme et nous espérons les voir rejoints par d'autres ostéopathes intéressés par la vie de leur profession.

Bonne rentrée !

Reza Redjem-Chibane

Directeur de la publication

SOMMAIRE

ACTUALITÉS

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

profession

- 06** Un ostéopathe accusé d'avoir exercé sans diplôme jugé à Mâcon

IO-RENNES

Favoriser l'insertion professionnelle des ostéopathes

- 09** Démographie des ostéopathes
Évolution en France depuis janvier 2010

La psychosomatique intégrative,
une piste pour l'ostéopathie

- 11** Tony Parker, parrain du
D.U. ostéopathie du sport

Dernière minute
L'institut Dauphine d'ostéopathie
de Paris est agréé

rencontres

- 12** Fascial distortion model,
à n'utiliser qu'en cas d'urgence !

- 15** **agenda**

- 16** **formation**

MÉTIER

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

enquête

18 Formations

La rentrée pour les ostéopathes

juridique

34 Un code de déontologie

Pour quoi faire ?

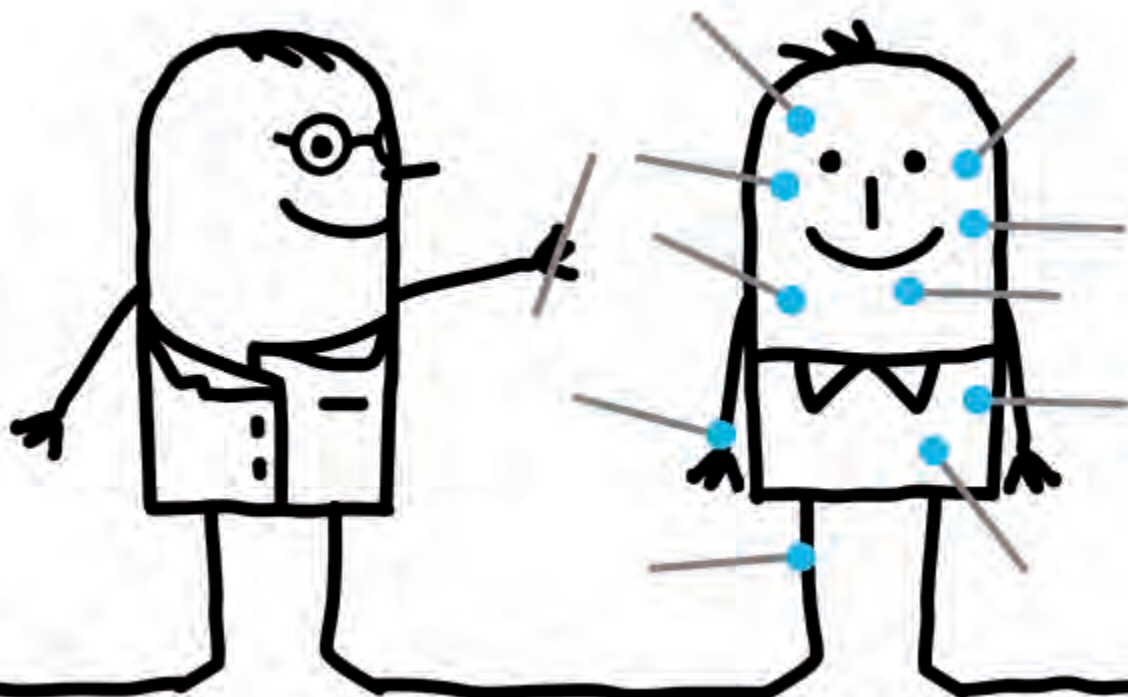
HORIZONS

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

convergences

40 Ostéopathie et acupuncture

Des chemins différents, des actions complémentaires



Un ostéopathe accusé d'avoir exercé sans diplôme jugé à Mâcon

Un ostéopathe accusé d'avoir exercé en Saône-et-Loire sans justifier d'un diplôme reconnu, alors que la profession a longtemps pâti d'un déficit de réglementation, comparaissait mercredi devant le tribunal correctionnel de Mâcon, qui risque de lui interdire d'exercer. « Il n'a pas de diplôme reconnu par l'État », a déclaré à l'AFP Jean-Louis Coste, procureur de la République de Mâcon, ajoutant que le prévenu justifiait d'un obscur diplôme québécois dont l'authenticité n'est pas établie. L'ostéopathe, installé à Saint-Martin-du-Lac, est accusé de « tromperie » et risque, outre une amende, une interdiction d'exercer, a ajouté Jean-Louis Coste, confirmant une information d'Europe 1.

Tout avait commencé par un signalement de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), ancêtre de l'Agence régionale de santé (ARS), en 2007, année de la mise en place des décrets d'application régissant la profession d'ostéopathe. Des patients s'étaient en effet plaints de l'ostéopathe qui affichait « Cabinet d'ostéopathie » en devanture de son cabinet selon le parquet. La procédure judiciaire a ensuite été lancée par la Chambre nationale des ostéopathes, regroupement national d'ostéopathes, qui tient notamment un répertoire annuel des ostéopathes répondant aux critères de compétence en vigueur. Le décret du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes prévoit la délivrance du diplôme « aux personnes ayant suivi une formation d'au moins 2660 heures ou trois années comportant 1435 heures d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie et 1 225 heures d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie » dans une école reconnue.

Source : dépêche AFP du 25/08/2010

IO-RENNES Favoriser l'insertion professionnelle des ostéopathes



En octobre, une nouvelle école d'ostéopathie effectuera sa rentrée : l'institut d'ostéopathie de Rennes (IO-Rennes). Co-dirigée par Marylène Bourgin, ostéopathe DO et directrice administrative, et Christian Monnier, ostéopathe DO et directeur pédagogique, cette école a obtenu son agrément en décembre 2009. Elle proposera un cursus sur cinq années d'étude, soit 4 500 heures de cours, plus une sixième année facultative de spécialisation.

L'école s'est engagée à intégrer un nombre limité d'étudiants post-baccalauréat : 34 les deux premières années, puis 60 élèves lorsque les futurs locaux de l'école seront livrés en 2012. Les enseignants ostéopathes proviennent de différentes écoles déjà agréées et ont, pour la plupart, entre dix et quinze ans d'expérience dans l'enseignement. Des médecins et des universitaires viennent compléter l'équipe pédagogique qui comptera

plus de cinquante enseignants à terme. De nombreux stages pratiques seront effectués dans deux grandes sociétés rennaises qui emploient plusieurs milliers de personnes, Keolis et PSA Citroën. En effet, l'ostéopathie s'intégrera parfaitement à la démarche préventive de ces entreprises en matière de TMS (troubles musculo-squelettiques – voir notre enquête dans *L'ostéopathe magazine* n°3), principal motif d'arrêt de travail. Par ailleurs,

d'autres conventions de stages ont déjà été signées avec l'hôpital de Rennes, un centre de rééducation et de nombreux clubs sportifs.

Le projet pédagogique de l'IO-Rennes a été construit pour répondre à cinq objectifs majeurs. Premièrement, remettre la palpation au cœur de l'enseignement ostéopathique. « Aujourd'hui, l'approche ostéopathique a été trop intellectualisée. Les diagnostics d'exclusion, même s'ils sont indispensables, ont été favorisés au détriment de la palpation qui est pourtant une méthode de diagnostic. C'est pourquoi nos cours de palpation de première année seront délivrés par des ostéopathes ayant une grande expérience », précise Marylène Bourgin.

La palpation au cœur de l'enseignement

Deuxièmement, dispenser l'apprentissage nécessaire des sciences fondamentales et des neurosciences en respectant les bases fondamentales de l'ostéopathie. L'objectif est d'expliquer les techniques de traitement grâce au savoir actuel. Par la création d'un département de recherches et avec les connaissances acquises en neurosciences au niveau anatomique et physiologique, l'IO-Rennes souhaite apporter des explications aux processus d'action des différentes techniques ostéopathiques aujourd'hui utilisées. Avec l'ambition de publier ces résultats dans des revues spécialisées.

Troisièmement, conforter l'ostéopathie dans le monde de la santé, notamment en l'intégrant au milieu hospitalier. « À Rennes, la communauté médicale est prête à accueillir nos étudiants pour lesquels nous devons définir des objectifs de stage. Ces objectifs seront variables selon les services il ne s'agira pas uniquement de stages d'observation. L'objectif est de définir précisément et pour chaque service le rôle et le périmètre d'intervention de l'ostéopathe », développe Marylène Bourgin.

S'adapter au vocabulaire médical

Quatrième objectif, utiliser la terminologie médicale. « Pour y parvenir, nous demandons à nos professeurs de s'adapter au vocabulaire médical, à l'instar de la "lésion ostéopathique" qui a été remplacée sémantiquement par "dysfonction ostéopathique". Pour l'ostéopathie viscérale, cette adaptation sémantique est déjà réalisée. Au niveau des théories crâniennes et du MRP, actuellement remises en cause, nous prévoyons également d'adapter notre vocabulaire en orientant notre approche vers les neurosciences et la neuroanatomie pour mieux en comprendre les mécanismes. Ainsi, en troisième année, nous inclurons ces enseignements dans notre cursus », détaille Marylène Bourgin.

Enfin, cinquième objectif, diversifier les débouchés professionnels pour donner à l'ostéopathe une place prépondérante dans le monde de la santé au sein d'une consultation pluridisciplinaire (dentiste, ophtalmo, orthoptiste, podologue, sage-femme, pédiatre, etc.).

LES GRANDES DATES DU PROJET

Avril 2009

dépôt du dossier auprès du rectorat de l'académie de Rennes, demande acceptée

Juin 2009

dépôt du dossier auprès du ministère de la santé et des sports

Septembre 2009

refus du ministère

Décembre 2009

second dépôt auprès du ministère de la santé et des sports, agrément délivré

Octobre 2010

rentrée de la première promotion

Octobre 2012

installation dans les nouveaux locaux



« Nous disposerons d'une clinique où les étudiants se confronteront à l'exercice de cabinet »



Marylène Bourgin **Ostéopathe DO** **et directrice** **administrative** **de l'IO-Rennes**

Pourquoi avoir ouvert une nouvelle école dans le contexte actuel ?

La formation en alternance a connu une forte diminution : en sept ans, le nombre d'étudiants au sein du CETHOM Rennes (collège d'enseignement traditionnel de l'ostéopathie Harold Magoun) où j'enseigne a été divisé par deux. À terme, ce type de formation risque de disparaître totalement. Un phénomène qui sera certainement national. Par ailleurs, il n'existait pas de formation initiale en ostéopathie en Bretagne et dans l'académie de Rennes en particulier qui

bénéficie pourtant d'un pôle universitaire important et complet au niveau médical. C'est pourquoi la DRASS de Bretagne a favorisé notre candidature. De plus, le fait d'être indépendants de toute autre structure de formation déjà existante a aussi joué en notre faveur.

Avez-vous rencontré des difficultés pour obtenir votre agrément ?

Malgré ce soutien, l'agrément a été difficile à obtenir. Il nous a fallu justifier de la qualité de notre enseignement et aussi trouver les lieux qui accueilleront les élèves de notre première promotion, c'est-à-dire dans quatre ans, lors de leur stage. Nous y travaillons depuis un an et demi. Par ailleurs, notre engagement qualité respectant les normes ISO 9001 n'a pas été jugé suffisant par le ministère de la santé et des sports qui, dans un premier temps, a refusé notre dossier. En effet, en matière d'enseignement, l'ISO 9001 porte sur la gestion de l'enseignement et non pas sur les enseignements eux-mêmes. Une telle norme n'existe pas en France et nous nous sommes inspirés d'un modèle belge pour élaborer nos propres normes d'enseignement. Par ailleurs, il y a trois ans, les demandes d'agrément étaient moins étudiées et une dizaine de candidatures pouvaient être examinées en une journée par la commission. Aujourd'hui, l'analyse des dossiers est plus approfondie et la commission consacre une journée à l'étude de chaque demande.

L'IO-Rennes intégrera-t-il une clinique ostéopathique ?

L'obtention de l'agrément passe par la mise en place d'une telle clinique. Notre projet s'accompagne donc de la construction d'un bâtiment dédié à notre école. Il pourra accueillir les élèves à partir de 2012 et sera équipé d'une clinique de quinze boxes où les étudiants pourront se confronter à l'exercice de cabinet. Nous passerons alors à nouveau en commission pour

valider le respect des normes de cette construction et parce que nos effectifs auront augmenté. Notre agrément sera renouvelé au regard du respect de nos engagements, notamment au niveau qualitatif.

Comment garantisseriez-vous la qualité de votre enseignement ?

Tout d'abord à travers les compétences de notre équipe enseignante. Aujourd'hui, pour enseigner au sein des écoles d'ostéopathie, le titre d'ostéopathe DO suffit. Il existe pourtant une formation pédagogique spécifique pour les ostéopathes qui désirent enseigner. Il s'agit du DUHEPS* mention formateur en ostéopathie, diplôme universitaire mis en place par l'académie d'ostéopathie en partenariat avec l'université François Rabelais de Tours. Moi-même et Christian Monnier, ostéopathe DO et directeur pédagogique de l'IO-Rennes, allons suivre cette formation. Puis, ce sera le tour de nos responsables de matières. Néanmoins, un intervenant ostéopathe et diplômé d'un doctorat en pédagogie délivrera dans l'immédiat des préparations internes pour nos enseignants. Par ailleurs, notre équipe pédagogique est expérimentée : certains de ses membres enseignent depuis sept années au CETHOM. Des enseignants de Nantes et de Paris vont également nous rejoindre.

Quels seront les effectifs de la première promotion de l'IO-Rennes ?

La première promotion sera constituée de 34 élèves provenant de toute la Bretagne. Ils ont choisi notre école notamment du fait du nombre restreint d'étudiants recrutés et aussi par les spécialisations que nous offrons en sixième année : posturologie, pédiatrie, sport de haut niveau, gériatrie et entreprise.

* DUHEPS : diplôme universitaire des hautes études de la pratique sociale.

Démographie des ostéopathes

Évolution en France depuis janvier 2010

À partir du fichier ADELI actualisé au 1^{er} août 2010, le ROF (registre des ostéopathes de France) a mis à jour ses statistiques. Les chiffres mettent en évidence une évolution nationale globale de 15 % des professionnels exerçant l'ostéopathie durant ces six derniers mois, soit 1 801 personnes supplémentaires habilitées à user du titre d'ostéopathe depuis janvier dernier. L'analyse de Marianne Montmartin, présidente du ROF : « Cette augmentation ne s'explique pas par une arrivée sur le marché du travail d'un sous-groupe particulier. Il est probable que cette évolution du nombre de professionnels soit due à l'installation progressive de professionnels diplômés en 2009. Elle serait également liée à l'actualisation des listes par chaque département. Pour autant, il est fort possible que tous les jeunes diplômés de cette année scolaire 2009/2010 ne soient pas encore tous comptabilisés dans cette extraction. Ils le seront sur la prochaine

liste que le ROF devrait recevoir à la fin de cette année ou au début 2011. Après un an, nous aurons une meilleure visibilité sur l'évolution démographique de notre profession. C'est la raison pour laquelle nous ne pouvons pour l'instant extrapoler les 15 % d'augmentation en huit mois sur l'année complète 2010. Néanmoins, pour

cette année, nous ne sommes pas loin des 2 000 nouveaux "titrés" estimés chaque année par les différentes associations socio-professionnelles. Une évolution à suivre de près au cours des prochaines années car sur ce rythme, nous doublerons le nombre de professionnels, tous statuts confondus, en six ans ! ».

STATUT PROFESSIONNEL	JANVIER 2010	AOÛT 2010	VARIATION
OSTÉOPATHES	5 342	6 471	+ 21%
MÉDECINS-OSTÉOPATHES	1 120	1 280	+ 14%
MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES OSTÉOPATHES	4 960	5 445	+ 9,70%
INFIRMIERS OSTÉOPATHES	120	143	+ 19%
SAGES-FEMMES OSTÉOPATHES	18	19	+ 5,5%
PRATICIENS EXERÇANT SOUS LE STATUT DE PÉDICURE PODOLOGUE	22	23	+ 4,5%
PRATICIENS EXERÇANT SOUS LE STATUT DE PSYCHOLOGUE	5	7	+ 40%
PRATICIENS EXERÇANT SOUS LE STATUT DE OPTICIEN LUNETIER	3	3	=
PRATICIENS EXERÇANT SOUS LE STATUT DE MANIPULATEUR ERM	1	1	=
PRATICIENS EXERÇANT SOUS LE STATUT DE PSYCHOMOTRICIEN	3	5	+ 66%
PRATICIENS EXERÇANT SOUS LE STATUT DE ERGOTHÉRAPEUTE	8	7	-12,50%
PRATICIENS EXERÇANT SOUS LE STATUT DE PHARMACIEN	5	0	-100%
PRATICIENS EXERÇANT SOUS LE STATUT DE ORTHOPTISTE	1	3	+ 200%
PRATICIENS EXERÇANT SOUS LE STATUT DE ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL	0	1	-
PRATICIENS EXERÇANT SOUS LE STATUT DE INFIRMIER PSYCHIATRIQUE	0	1	-
TOTAL	11 608	13 409	+ 15,50%
POPULATION FRANÇAISE	64 184 265	65 030 704	+ 1,30%
NOMBRE D'HABITANTS POUR 1 OSTÉOPATHE	5 529	4 850	-12%

La psychosomatique intégrative, une piste pour l'ostéopathie

Le second symposium sur la psychosomatique intégrative s'est tenu le 24 septembre dernier à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, organisé par Jean-Benjamin Stora, psychanalyste, psychosomaticien et responsable du DU de psychosomatique intégrative (Paris VI).

À u cours de son introduction, Marc-Olivier Bitker, chef du service d'urologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, a annoncé de possibles développements des médecines complémentaires au sein de l'AP-HP (assistance publique-hôpitaux de Paris).

Jean-Benjamin Stora a ensuite apporté sa définition du second paradigme de la médecine. Un paradigme est une vision du monde, un modèle explicatif de celui-ci. Pour Jean-Benjamin Stora, le premier paradigme est une vision mécaniste du corps humain, héritée de Descartes.

Le second paradigme est une réintroduction du sujet et du concept du sujet dans une pratique médicale. Le patient n'est plus un sujet qui souffre de maladies chroniques, et qui ne respecte pas les prescriptions thérapeutiques le concernant. C'est un sujet qui souffre et que le médecin ou le thérapeute doit comprendre en tant que sujet. C'est-à-dire en tant qu'individu avec une vie psychique. Jean-Benjamin Stora a également insisté sur l'importance de la prise en compte de la métapsychologie freudienne dans l'évaluation du patient-sujet.

Prendre en compte l'environnement du patient

Néanmoins, l'utilisation des concepts de la psychanalyse implique de prendre en compte les données scientifiques modernes. Ainsi, la psychosomatique est

dite intégrative car elle utilise dans son corpus théorique et pratique les données de la neuro-psycho-endocrinologie et de la neuro-psycho-immunologie. Cette double approche, psychique et somatique, ne privilégie donc ni un axe psycho-somatique, ni l'axe somatique à proprement parler. Un troisième facteur est pris en compte dans l'évaluation du traitement thérapeutique : l'environnement du patient.

Les premières conférences du symposium, celle de l'équipe de Corinne Isnard Bagnis, attachée au service de néphrologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, et celle d'Agnès Hartemann, chef du service de diabétologie du même établissement, ont illustré le point de vue de cette approche « environnementale » basée sur l'éducation thérapeutique. À

travers une étude épidémiologique portant sur le syndrome métabolique, la dernière conférence a su, quant à elle, décrire la psychosomatique intégrative dans un cas bien précis. Les données cliniques de cette étude ont été présentées par le docteur Philippe Giral, MCU-PH, service d'endocrinologie, l'étude statistique par Benoît Depreux, psychothérapeute intégratif, et les éléments d'information sur la méthode utilisée par Jean-Benjamin Stora.

Un outil supplémentaire pour les ostéopathes

Ce symposium a permis de présenter une approche pluridisciplinaire ne privilégiant pas un axe par rapport à un autre. La psychosomatique intégrative présente de nombreux intérêts pour

les ostéopathes. Preuve en est, le DU de psychosomatique intégrative de Paris VI accueille chaque année des ostéopathes dans ses effectifs. Pour ces derniers, c'est un outil supplémentaire pour développer de nouveaux terrains de collaboration avec des praticiens d'horizons différents. Mais également pour améliorer la prise en charge de leurs patients en appréhendant le patient-sujet comme un tout. Une piste pour l'ostéopathie...

Olivier Massi

Pour en savoir plus

La neuro-psychanalyse,
Jean-Benjamin Stora,
éditions Que sais-je ?

www.psychosomatique-integrative.net



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

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

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

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

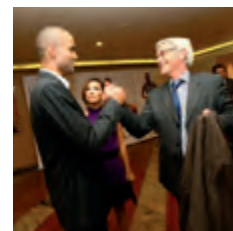
C'est par votre engagement que nous construirons l'avenir ici et maintenant pour répondre aux enjeux de demain.

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

FERO, 22 rue de Romainville 93260 Les Lilas

www.fero-osteo.com

Tony Parker, parrain du D.U. ostéopathie du sport



À l'occasion de son passage à Paris fin septembre dernier, Tony Parker, joueur professionnel évoluant en NBA, le championnat américain, a rencontré des membres du SNOS (syndicat national des ostéopathes du sport) et de l'équipe enseignante du DU ostéopathie du sport de l'UBO (université de Bretagne Occidentale à Brest, voir *L'ostéopathe magazine* n° 3). Il a accepté d'être officiellement le parrain de cette nouvelle formation et a donné une interview dont voici quelques extraits.

Peux-tu nous expliquer comment tu as découvert l'ostéopathie ?

En juillet 2002, alors que je souffrais d'une pubalgie rebelle, les médecins m'avaient conseillé de me faire opérer et le rendez-vous avec le chirurgien était pris. Ma mère se faisait suivre par Patrick Basset sur Paris et m'a convaincu d'aller le consulter pour un avis. Il m'a alors tout expliqué sur l'origine de mes problèmes et proposé d'essayer de me sortir de là et d'éviter l'opération. Le courant est tout

de suite passé entre nous et au bout de quelques semaines, je n'éprouvais plus aucune douleur, pouvais à nouveau m'entraîner... le bonheur ! Depuis, Patrick me suit régulièrement à titre préventif. J'ai signé aux Spurs de San Antonio, gagné trois titres NBA en 2003, 2005 et 2007 et un titre MVP (Most Valuable Player, meilleur joueur d'une saison en NBA).

Dans ton expérience personnelle, que t'a concrètement apporté l'ostéopathie ?

Une approche différente de ce qui était alors proposé dans mon club. Cela se traduit par la prise en charge de toutes les composantes mécaniques du corps et la prise en compte du rôle essentiel de la prévention des blessures.

Conseillerais-tu à tout sportif de se faire suivre par un ostéopathe du sport ?

Il faudrait que tous les athlètes de haut niveau comprennent le bien-fondé de l'approche complémentaire de l'ostéopathie. Heureusement, ils sont de plus en plus nombreux à le faire mais tout est encore un problème de communication et d'expérience personnelle.

« Les athlètes de haut niveau doivent comprendre le bien-fondé de l'approche ostéopathique »

Tony Parker, joueur international

Propos recueillis par François Thimjo et Patrick Basset* à Paris, le 22 septembre 2010

Imagines-tu une structure sportive de haut niveau sans ostéopathe spécialisé ?

Non, et les grands clubs l'ont compris ! Cela fait plaisir aujourd'hui de lire dans les journaux spécialisés que tel ou tel joueur a « consulté son ostéopathe » et que les organigrammes des clubs affichent clairement qu'ils ont un ostéopathe. Maintenant, c'est à vous qu'il appartient de former des ostéopathes spécialisés dans le sport.

* François Thimjo est responsable pédagogique, directeur des études et coordinateur du DU ostéopathie du sport. Patrick Basset en est le coresponsable pédagogique. Il est également vice-président du SNOS.

Dernière minute

Par arrêté du 24 septembre 2010, l'institut Dauphine d'ostéopathie de Paris est agréé, pour une durée de quatre ans, à dispenser une formation en ostéopathie aux non-titulaires d'un diplôme de profession de santé. Cette décision répond à l'appel déposé par l'école suite à la décision du tribunal administratif de Lyon du 16 mars 2010 (voir *L'ostéopathe magazine* n° 2) qui prévoyait d'annuler son agrément à compter du 30 septembre 2010.

Fascial distortion model, à n'utiliser qu'en cas d'urgence !

Modèle thérapeutique basé sur l'anatomie, la méthode FDM permet de traiter les blessures orthopédiques et certaines indications médicales soit résistantes aux traitements classiques, soit soulagées très lentement ou partiellement. Un modèle très utilisé en traumatologie sportive avec des résultats immédiats, objectivables et mesurables.

Médecin et ostéopathe américain, Stephen Typaldos a créé le modèle FDM en 1991, avant de promouvoir, développer et enseigner sa méthode aux États-Unis, en Allemagne, au Japon, en France, etc. C'est dans le cadre de la médecine d'urgence qu'il a pu observer le langage corporel utilisé par ses patients pour décrire leurs douleurs ; il a alors entrepris de le spécifier pour proposer un protocole de traitement qui lui soit lié.

Son modèle décrit six types de distorsions fasciales qui peuvent se produire dans les tissus aponévrotiques (tendons, ligaments, rétinaculum, bandes aponévrotiques, myofascias, adhérences) et dans d'autres tissus qui entourent les muscles, les os, les nerfs et les organes. Classiquement, elles sont considérées à tort comme des déchirures ou des elongations musculaires, foulures, entorses, tendinites, bursites, arthrites, fibromyalgies, etc. Une appréciation qui conduit à l'inefficacité des traitements proposés : repos, prescription d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), etc.

Par exemple, une entorse de la cheville peut apparaître comme une elongation musculaire. Dans l'approche FDM, cette



entorse est composée de distorsions aponévrotiques qui peuvent être traitées efficacement avec un effet immédiat et des signes cliniques objectifs. Chaque type de distorsion aponévrotique est une entité distincte pathologique avec ses propres signes cliniques.

Identifier les distorsions fasciales

Pour les thérapeutes utilisant le FDM, la première règle du traitement est l'identification de la distorsion. Il s'agit de rechercher, identifier et traiter un ou plusieurs types de distorsions fasciales >>>

BERNARD LE FAUCHEUR OSTÉOPATHE DO ET ENSEIGNANT DE LA MÉTHODE FDM

Comment intégrer l'outil FDM à la pratique de l'ostéopathie ?

Pour son créateur, Stephen Typaldos, le concept FDM fait le lien entre ostéopathie et orthopédie. C'est un trait d'union entre ces deux disciplines, un outil à disposition des ostéopathes pour intervenir directement sur la douleur, alors que la démarche en ostéopathie consiste à rechercher la cause de la souffrance en remontant la chaîne lésionnelle. Dans le cas d'urgences ou de douleurs aiguës, l'ostéopathe peut utiliser cet outil en préambule à un diagnostic ostéopathique classique. Il s'agit alors de normaliser, dans un premier temps, les bandes fasciales. Avec l'emploi préalable de l'outil FDM, les résultats d'un traitement ostéopathique sont nettement améliorés. Les complémentarités de cette technique avec l'ostéopathie sont fortes, même si dans l'esprit du créateur de ce modèle, cette approche était difficilement envisageable.

Quelles redondances peut-on trouver avec les techniques déjà connues des ostéopathes sur les fascias ?

L'approche FDM s'apparente plus à de la fascia-orthopédie. L'enveloppe qui entoure les muscles et les organes peut se léser, se vriller, se contorsionner, etc. La fascia-thérapie classique consiste à traiter en douceur les fascias avec des techniques d'enroulement. Mais cette intervention n'est pas toujours suffisante. S'il y a des lésions anatomiques, les techniques élaborées à partir du modèle FDM, plus appuyées, permettent de rétablir l'état normal des fascias.

Pour quelles indications l'outil FDM est-il efficace ?

Le FDM est surtout efficace en cas de douleurs aiguës et dans des situations d'urgence, que ce soit dans des services spécialisés ou bien sur un terrain de sport par exemple. Pour une consultation préventive, l'outil FDM ne sera d'aucune utilité. En revanche, pour des douleurs chroniques, l'outil FDM peut être employé si, après une première séance, l'approche ostéopathique n'est pas suffisante et si l'ostéopathe décèle une distorsion fasciale. Pour les coliques néphrétiques (lithiases rénales), le FDM peut réduire la douleur pendant la crise avant un traitement médical classique. Les contre-indications sont les mêmes que pour l'ostéopathie.

En quoi consiste la formation à la méthode FDM ?

La formation dure 60 heures et se répartit en trois stages correspondant à trois niveaux. Dans un premier temps, les bases théoriques sur les fascias et l'anatomie sont abordées. L'apprentissage porte ensuite sur le diagnostic des six types de distorsions. Puis, pour chaque type, nous enseignons les techniques et sous-techniques à mettre en œuvre et ce, sur toutes les parties du corps. Aujourd'hui, en France, environ 200 personnes ont été formées à cette pratique.

CAS CLINIQUE

Douleur à l'épaule droite chez une femme de 32 ans

Madame A. se plaint d'une douleur à l'épaule droite depuis environ une dizaine de jours. Elle est aide-soignante et sa gêne a débuté le 1^{er} mars 2009 après avoir soulevé un patient paraplégiq ue de 120 kg. Ses symptômes étaient les suivants :

- douleur profonde dans l'épaule
- douleur tirillante dans la zone dorsale haute
- pression dans la fosse sus-claviculaire

Son langage corporel s'exprimait d'abord par un placement de la main opposée sur le sommet de l'épaule, ensuite par un balayage des doigts du sommet de l'épaule jusqu'à l'apophyse mastoïdienne et enfin par pénétration des doigts dans la fosse sus-claviculaire.

À l'examen physique, Madame A. peut effectuer l'abduction complète de l'épaule droite mais à seulement 25 % de la vitesse d'exécution. La rotation externe était correcte à 90 % de la vitesse normale et la rotation interne totalement bloquée à 6 degrés au-dessus de la ligne du pantalon. Ce mouvement était par ailleurs très douloureux.

Discussion

Le langage corporel suggère fortement la présence d'une distorsion FDM de type folding (main opposée sur l'épaule), une lésion FDM sur le trapèze supérieur au niveau des bandes fasciales (balayage des doigts sur la zone dorsale haute) et une lésion FDM de type herniated (enfouissement des doigts dans la fosse sus-claviculaire).

Ses signes objectifs physiques sont une douleur de l'épaule, secondaire à une distorsion fasciale incluant :

- une abduction lente
- une rotation interne lente
- une perte d'amplitude dans la rotation interne

Dans le modèle de distorsion fasciale, la perte d'abduction, y inclus la perte de vitesse d'exécution, sont avec certitude un problème aigu orientant vers la distorsion de type herniated sur les bandes fasciales de l'épaule.

Dans le cas de madame A., s'il n'y avait pas eu de langage corporel suggestif sur aucune des zones douloureuses, aucun traitement n'aurait pu être réalisé. La correction de la distorsion herniated a complètement restauré la rapidité de l'abduction et également réglé la moitié de l'amplitude de la rotation interne. Toutefois, une manipulation de type unfolding a permis de restaurer ce qui restait de limitation d'amplitude. Aujourd'hui, cette patiente a récupéré toutes ses amplitudes et ne ressent plus de douleurs.

>>> sur le patient. Dans son application la plus stricte, le FDM permet d'envisager et de traiter un large éventail de lésions musculo-squelettiques, ainsi que certains états médicaux tels que la lithiase rénale. Stephen Typaldos est décédé en 2006 et ses étudiants ont continué son travail. En Europe, l'European Fascial Distorsion Association (EFDMA) a pour objectif de former des praticiens d'horizons différents. Christoph Rossmly en est le président. Il était présent le samedi 4 septembre 2010 à Pantin (93) au sein de l'PIPEO (institut privé d'enseignement ostéopathique) avec Bernard Le Faucheur, ostéopathe DO et enseignant à l'PIPEO, pour présenter la méthode FDM à des élèves et des ostéopathes. Pour Christoph Rossmly, « Le modèle FDM peut amener un rétablissement rapide dans de nombreuses indications : élongation musculaire, entorse de la cheville, épaule gelée, etc. Plus qu'une simple collection de nouvelles techniques de manipulation, c'est une méthode de diagnostic ainsi qu'un protocole de traitement pour aborder et comprendre les pathologies fasciales avec une perspective nouvelle ».

Des techniques spécifiques

Par rapport à l'ostéopathie, la différence est qu'il n'y a pas de recherche de la cause de la lésion. Les techniques utilisées sont spécifiques ou empruntées à l'ostéopathie, la kinésithérapie, etc. Beaucoup de techniques FDM sont néanmoins douloureuses et peuvent provoquer des hématomes pendant le traitement. Il est donc nécessaire de prévenir le patient. « Et lorsque la blessure n'est pas suffisamment douloureuse, le traitement ne sera pas psychologiquement bien perçu par ce dernier malgré la récupération fonctionnelle », précise Christoph Rossmly.

Plus d'informations sur

www.fdm-europe.com : le site de l'EFDMA (European Fascial Distorsion Association).
www.osteo-fdm-school.fr : pour suivre une formation FDM en France (mise en ligne prévue dans le courant du mois d'octobre 2010).
Premières sessions : début 2011.

LES SIX TYPES DE DISTORSIONS FASCIALES

- 1 – Triggerband**, bande aponévrotique en distorsion : les fibres aponévrotiques sont tordues ou ridées et provoquent une sensation de brûlure ou de douleur tiraillante. Le patient souffrant de ce type de lésion décrit sa douleur en exécutant un mouvement de balayage avec ses doigts le long du parcours anatomique des triggerband.
- 2 – Herniated** : saillie anormale des tissus à travers le plan aponévrotique avec, comme langage corporel, la tentative inconsciente de réduire la hernie avec les doigts.
- 3 – Continuum distortion**, perte de continuité de la zone de transition entre le ligament et l'os : le patient pointe un doigt sur un point spécifique pour localiser sa douleur.
- 4 – Folding distortion**, altération tridimensionnelle du plan aponévrotique : il s'agit d'un pliage des aponévroses qui se produit couramment dans les tissus autour des articulations. La plainte est décrite par un mini balayage à l'aplomb de l'articulation, expression d'une douleur profonde dans l'articulation.
- 5 – Cylinder distortion**, analogie avec un empilement de spirales semblable à un ressort dont les spires sont emmêlées. La douleur est décrite comme si elle « sautait » d'un endroit à un autre.
- 6 – Tectonic fixation**, incapacité des surfaces aponévrotiques à glisser l'une sur l'autre : la répartition du liquide synovial se trouve perturbée, pouvant entraîner des épaules gelées, etc.



AGENDA

24 octobre 2010

Journée Ostéobio

La prochaine Journée Ostéobio aura pour thème : « Morphotypes et douleurs de la colonne vertébrale ». Cette journée sera introduite par une présentation de la dynamique de la mise en charge de la colonne vertébrale par Xavier Blusseau. Ensuite, les différents morphotypes vertébraux et leur évolution à l'enfance et à l'âge adulte seront présentés, respectivement par David Dessauge et Stéphane de Oliveira. Deux applications seront ensuite proposées aux participants : la prévention au stade du nourrisson et la prise en charge du jeune au senior en fonction du morphotype vertébral. L'après-midi sera consacrée à différents ateliers pratiques animés par Louis-Yves Goelo et Pascal Goelo, Camille Gossard, Frédéric Dantin, Stéphane de Oliveira et Xavier Blusseau.
Plus d'informations sur
www.osteobio.net

30 octobre 2010

Samedis scientifiques de l'ESO - Les troubles digestifs du nourrisson

Les colloques organisés par l'ESO proposent de réunir des experts, des professionnels de santé et de soins, des universitaires et des chercheurs, afin de favoriser les échanges et les rapprochements pluridisciplinaires en prise directe avec quelques-uns des principaux enjeux de santé publique actuels. Ces rendez-vous permettent de faire un point sur les avancées liées à ces thèmes, un état des lieux des travaux de recherche récents les plus encourageants, de partager les expériences, par le biais d'exposés suivis de tables rondes.
Plus d'informations sur
www.eso-suposteo.fr

6 et 7 novembre 2010

Entretiens internationaux de Monaco

Depuis 25 ans, les entretiens internationaux de Monaco ont pour objectifs de démontrer l'efficacité et de faire valider les médecines non conventionnelles. C'est dans cet esprit que seront présentés cette année des travaux scientifiques qui souligneront la cohérence de ces médecines, à la fois entres elles mais aussi avec la médecine conventionnelle. À travers des travaux récents et rigoureux, cette démarche favorisera un dialogue avec les communautés scientifiques et médicales. En effet, malgré des protocoles modernes, la prise en compte de l'effet placebo et la reproductibilité des résultats, les publications de travaux de recherches cliniques portant sur ces médecines non conventionnelles ne parviennent toujours pas à être reconnues. Cette année, ces entretiens réuniront des médecins et scientifiques de renommée internationale, dont le professeur Luc Montagnier, prix Nobel de médecine, et le professeur Henri Atlan, membre honoraire du comité consultatif d'éthique médicale.
Plus d'informations sur
www.entretiens-internationaux.mc

19 et 20 novembre 2010

8^e Symposium international ostéopathique de Nantes

Organisé par l'association IOR (International Osteopathic Research), le thème du symposium de cette année sera : « Approche pluridisciplinaire de la sphère viscérale ». L'objectif est de permettre aux professionnels de santé de se rencontrer et d'échanger sur

un sujet donné. L'accent est mis sur la pluridisciplinarité des professions. Au programme, 14 conférences et une après-midi consacrée à des ateliers.
Plus d'informations sur
www.ior-nantes.com

20 novembre 2010

Samedis scientifiques de l'ESO - L'ostéopathie aquatique

Plus d'informations sur
www.eso-suposteo.fr

19 au 21 novembre 2010

Congrès de l'AFO

Le congrès de l'association française des ostéopathes se tiendra cette année au château du Breuil à Monthieux (01). L'après-midi du 19 octobre aura pour thème la périnatalité. Sept intervenants aborderont la question : Françoise Hainaut, Jean-Pierre Relier, Vincent Sorain, Gérard Lapertosa, David Dessauge, Gilles Boudehen et Patrick Gauthier. La matinée du samedi 20 sera consacrée à la mécanobiologie, avec également de nombreux intervenants : Xavier Blusseau, Marie-Claude Tassoni, Jean-François Terramorsi et Bertrand Château. L'après-midi, ateliers, recherches et conférences sur la gestion seront proposés aux participants. La journée du dimanche sera, quant à elle, consacrée à l'assemblée générale et à des ateliers.
Plus d'informations sur
www.afosteo.org

11 décembre 2010

Samedis scientifiques de l'ESO - L'autisme

Plus d'informations sur
www.eso-suposteo.fr

ACTUALITÉS

FORMATION

nov.

Abord ostéopathique de la périnatalité (2^e partie)
4 et 5 novembre
OSTÉONAT
Lieu : Paris (75)
Tarif : 900 € pour la formation
(45 heures en 3 fois 2 jours)
www.osteonat.com

Manipulations neurales (1^{re} session)
Du 4 au 6 novembre
AFCMS
Lieu : Avignon (84)
Tarif : 620 €
www.afcms.fr

ATM et SADAM
Du 4 au 7 novembre
PLP Formation
Lieu : Villeurbanne (69)
Tarif : 500 €
www.plpformation.fr

Initiation à l'expertise judiciaire
5 et 6 novembre
C.O.A (ATMAN)
Lieu : Sophia Antipolis (06)
Tarif : 450 €
www.atman.fr

Manipulation structurelle tissulaire, région cervicale et dorsale haute
5 et 6 novembre
Ostéo-évolution
Lieu : Lyon (69)
Tarif : 330 €
www.osteo-evolution.fr

Perfectionnement en techniques structurelles (stage 4)
6 et 7 novembre
Sport Ostéo
Lieu : Clermont-Ferrand (63)
Tarif : 390 €
www.sport-osteo.com

Ostéopathie et médecine chinoise
12 et 13 novembre
CerfOstéo
Lieu : Lille (59)
Tarif : 1 225 € pour 3 séminaires de 2 jours
www.cerfosteo.com

Acupuncture et acusynthèse du Dr Vandesrasier (1^{re} partie)
12 et 13 novembre
IFCOS
Lieu : Lille (59)
Tarif : 390 €
www.ifcos.fr

Ostéopathie et vertiges d'origine cervicale et autres
Du 12 au 14 novembre
PLP Formation
Lieu : Villeurbanne (69)
Tarif : 500 €
www.plpformation.fr

Introduction à l'ostéopathie neurale - diagnostic différentiel tissulaire
13 au 15 novembre
CFPCO
Lieu : Paris (75)
Tarif : 595 €
www.cfpc.fr

Thérapie crânio-sacrée
Upledger
Du 16 au 19 novembre
IFCOS
Lieu : Lille (59)
Tarif : 790 €
www.ifcos.fr

Manipulations Ostéopathiques pelvis - rachis (1/2)
19 et 20 novembre
CerfOstéo
Lieu : Lille (59)
Tarif : 375 € / formation
www.cerfosteo.com

Thérapie manuelle en uro-gynécologie (partie 1)
19 et 20 novembre
IFCOS
Lieu : Lille (59)
Tarif : 395 €
www.ifcos.fr

Integrative osteopathic technique : parcours complet en ostéopathie structurelle (module 2)
19 et 21 novembre
CFPCO
Lieu : Paris (75)
Tarif : 1 560 € pour les 3 modules
www.cfpc.fr

Médecine réflexe, médecine énergétique dans la sémiologie et acte ostéopathique (niveau 1)
Du 19 au 21 novembre
ATMAN
Lieu : Sophia Antipolis (06)
Tarif : 450 €
www.atman.fr

Perfectionnement en techniques structurelles (stage 4)
20 et 21 novembre
Sport Ostéo
Lieu : Lyon (69)
Tarif : 390 €
www.sport-osteo.com

Sémiologie des grandes fonctions selon les plaintes exprimées en consultation
20 et 21 novembre
Les ateliers de l'ostéopathie
Lieu : Saint-Leu-la-Forêt (95)
Tarif : 150 €
www.ateliers-osteopathie.fr

Traitement ostéopathique général
Du 25 au 27 novembre
ESO
Lieu : Champs-sur-Marne (77)
Tarif : 500 €
www.eso-suposteo.fr

Apport de techniques supplémentaires en ostéopathie sportive
Du 26 au 27 novembre
ATMAN
Lieu : Sophia Antipolis (06)
Tarif : 450 €
www.atman.fr

Ostéopathie et troubles somato-émotionnels
26 et 27 novembre
FCOP
Lieu : Paris (75)
Tarif : 320 €
www.fcop-formation-osteopathe.fr

Ostéopathie du sport (1^{re} partie)
Du 26 au 27 novembre
IFCOS
Lieu : Paris (75)
Tarif : 395 €
www.ifcos.fr

Techniques spécifiques du pied en ostéopathie équine
Du 26 au 27 novembre
IFCOS
Lieu : La Capelle (02)
Tarif : 590 €
www.ifcos.fr

Thérapie manuelle spécialisée équine (module 2)
Du 26 au 28 novembre
IFCOS
Lieu : La Capelle (02)
Tarif : 660 €
www.ifcos.fr

Approche ostéopathique des douleurs pelviennes chroniques
Du 26 au 28 novembre
CFPCO
Lieu : Paris (75)
Tarif : 595 €
www.cfpc.fr

Prise en charge ostéopathique des urgences lombo-sacrées
27 et 28 novembre
Osteo-évolution
Lieu : Avignon (84)
Tarif : 390 €
www.oste-evolution.fr

Ostéopathie équine (module 1)
Du 27 au 28 novembre
IFCOS
Lieu : La Capelle (02)
Tarif : 570 €
www.ifcos.fr

Pathologies vétérinaires du cheval
Du 27 au 28 novembre
IFCOS
Lieu : La Capelle (02)
Tarif : 590 €
www.ifcos.fr

déc.

Ostéopathie et orthodontie : prise en charge de l'enfant (niveau 2)
3 et 4 décembre
FCOP
Lieu : Annecy (74)
Tarif : 320 €
www.fcop-formation-osteopathe.fr

Ostéopathie chez le sportif n° 3
3 et 4 décembre
Bretagne ostéopathie
Lieu : Rennes (35)
Tarif : 300 €
www.bretagne-osteopathie.com

Perfectionnement en techniques structurales (stage 4)
3 et 4 décembre
Sport Ostéo
Lieu : Caen (14)
Tarif : 390 €
www.sport-osteo.com

Accompagnement ostéopathique de la grossesse : approche fluide
Du 3 au 5 décembre
CFPCO
Lieu : Paris (75)
Tarif : 595 €
www.cfpc.co.fr

Ostéopathie viscérale post-chirurgicale : traitement des cicatrices, des fibroses et des fascias
Du 3 au 5 décembre
CFPCO
Lieu : Bruxelles
Tarif : 595 €
www.cfpc.co.fr

Manipulations structurales en mise en tension minimum
4 et 5 décembre
AFCMS
Lieu : Avignon (84)
Tarif : 420 €
www.afcms.fr

M.A.O. et développement de cabinet
9 décembre
IFCOS
Lieu : Bruxelles
Tarif : 255 €
www.ifcos.fr

Ostéopathie crânienne, structurale et orthodontie
9 et 10 décembre
IFCOS
Lieu : Lille (59)
Tarif : 395 €
www.ifcos.fr

Certificat d'études spécialisées en ostéopathie de l'urgence (1^{er} séminaire)
Du 9 au 11 décembre
ESO
Lieux : Champs-sur-Marne (77) et Centre Hospitalier Château-du-Loir (72)
Tarif : 2 500 € TTC pour 18 jours (150 heures)
www.eso-suposteo.fr

Certificat d'études spécialisées en ostéopathie du sport (1^{er} séminaire)
Du 9 au 11 décembre
ESO
Lieux : Champs-sur-Marne (77) et clubs sportifs
Tarif : 2 500 € TTC pour 18 jours (150 heures)
www.eso-suposteo.fr

Techniques de Dejarnette
Du 9 au 12 décembre
PLP Formation
Lieu : Villeurbanne (69)
Tarif : 990 € les 2 séminaires de 4 jours
www.plpformation.fr

Ostéopathie et endocrinologie
10 et 11 décembre
IFCOS
Lieu : Lille (59)
Tarif : 395 €
www.ifcos.fr

Le lien mécanique ostéopathique (1/2)
Du 10 au 12 décembre
C.O.A (ATMAN)
Lieu : Sophia Antipolis (06)
Tarif : 450 €
www.atman.fr

Techniques harmoniques
Du 10 au 12 décembre
CFPCO
Lieu : Paris (75)
Tarif : 585 €
www.cfpc.co.fr

Ostéopathie néonatalogie et pédiatrie - approche structurale et fonctionnelle
11 et 12 décembre
IFCOS
Lieu : Bruxelles
Tarif : 395 €
www.ifcos.fr

Perfectionnement en techniques structurales (stage 3)
11 et 12 décembre
Sport Ostéo
Lieu : Metz (57)
Tarif : 390 €
www.sport-osteo.com

VLA minimums leviers et masterclass en ostéopathie structurale
Du 11 au 15 décembre
CFPCO
Lieu : Paris (75)
Tarif : 990 €
www.cfpc.co.fr

Approche ostéopathique des affections de la sphère ORL
Du 16 au 18 décembre
Société des ostéopathes de l'ouest (SOO)
Lieu : Château d'Apigné (35)
Tarif : 420 € pour 3 jours (20 heures)
<http://soosteo.free.fr/>

Shiatsu appliqué au cheval
Du 16 au 19 décembre
AEOEC
Lieu : Le Touquet (62)
Tarif : 800 €
www.aeoec.com

Ostéopathie équine (module 2)
18 et 19 décembre
IFCOS
Lieu : La Capelle (02)
Tarif : 570 €
www.ifcos.fr

Perfectionnement en techniques structurales (stage 5)
19 et 20 décembre
Sport Ostéo
Lieu : Nîmes (30)
Tarif : 390 €
www.sport-osteo.com

Manipulations Ostéopathiques pelvis - rachis (2/2)
21 et 22 Décembre
CerfOsteo
Lieu : Lille (59)
Tarif : 375 €
www.cerfosteo.com



MÉTIER

ENQUÊTE

FORMATIONS

La rentrée pour les ostéopathes

Pour cette enquête consacrée à la rentrée des ostéopathes, le dossier de la rédaction porte sur la formation, notamment initiale. Nous vous proposons un tour d'horizon des écoles via une sélection des meilleurs mémoires de fin d'études réalisés par les diplômés de cette année. Pour les ostéopathes déjà en exercice, ce dossier offrira l'occasion de se faire une idée du niveau de qualification de leurs nouveaux confrères ; pour les étudiants, cette enquête apportera une visibilité accrue sur l'ensemble de l'offre de formation. Ces travaux constituent également un bon indicateur des tendances et des orientations de la recherche ostéopathique en France ; pour certains d'entre eux, ils peuvent en effet poser les bases d'investigations ultérieures.



Nous avons demandé à chaque établissement de sélectionner un mémoire de fin d'études parmi ceux présentés par leurs élèves de la promotion 2010. Vous trouverez ces résumés dans les pages suivantes. L'intégralité des mémoires sélectionnés est disponible, pour la plupart d'entre eux, sur le site www.losteopathe.fr. Les thèmes choisis sont variés, tout comme la nature même des travaux. Étude anatomique, protocole de recherche, modélisation biomécanique, etc., ces mémoires constituent autant de sujets de réflexion pour les ostéopathes. Certains peuvent leur apporter des informations très pratiques qu'ils pourront utiliser dans leur cabinet ; d'autres leur permettront d'orienter leur pratique vers de nouvelles structures ou encore auprès d'une patientèle différente.

Nous remercions les établissements qui ont bien voulu participer à cette enquête. Certains d'entre eux, dont la première promotion en formation initiale n'est pas encore diplômée, n'ont bien évidemment pas pu s'associer à cette démarche. Au total, ce sont treize écoles qui vous proposent de découvrir le meilleur travail de fin d'études de leur promotion diplômée cette année.

SOMMAIRE

CIDO > Jérôme Lescs

Accélération de l'élimination de l'azote accumulé dans le corps suite à une plongée sous-marine par des techniques ostéopathiques à visée circulatoire

COS Aquitaine > Hortense Grinfeder

Influence d'une malposition linguale sur les troubles de la succion chez le nourrisson

COS Atlantique > Laure-Isabelle Fanello

Place de l'ostéopathie dans la prise en charge des stéato-hépatites non alcooliques

COS Île-de-France > Marie Dubuisson

Apports de l'ostéopathie à la médecine d'urgence

ESO > Laurence Gabin

Élaboration d'une prise en charge ostéopathique de la constipation chronique de la personne âgée hospitalisée

IDHEO > Catherine Juste

L'ostéopathe dans l'assiette du cavalier - Étude de l'influence d'un traitement ostéopathique sur l'utilisation des aides naturelles du cavalier de dressage

Institut supérieur d'ostéopathie > Olivier Haase

Traitement ostéopathique de l'algie du nouveau-né suite à une naissance par ventouse (vacuum extractor)

IPEO > Aline Delzongle

Évaluation des effets d'un traitement ostéopathique chez un patient présentant des symptômes liés à l'hémochromatose héréditaire

ISO Aix > Élodie Mazure

Sommes-nous tous égaux face à nos sensations tactiles ?

ISO Lille > Joséphine Pollet

Ostéopathie crânienne : littérature et perspectives. Préparation à l'élaboration d'un protocole scientifique de validation du principe de mobilité des os du crâne

ISOstéo > Renaud Allard

Étude quantitative de l'évolution des perceptions manuelles durant le cursus ostéopathique

ITO > Kevin Provenzano

L'influence des ligaments suspenseurs du péricarde dans l'inspiration maximale de l'apnéiste

Osteobio > Véronique Courtois et Bénédicte Krejpowicz

Quantification de l'hydrodynamique cérébrale (sang et liquide cérébro-spinal) par un traitement informatique d'images IRM de flux au cours des premiers âges de la vie



CIDO > JÉRÔME LESCS

ACCÉLÉRATION DE L'ÉLIMINATION DE L'AZOTE ACCUMULÉ DANS LE CORPS SUITE À UNE PLONGÉE SOUS-MARINE PAR DES TECHNIQUES OSTÉOPATHIQUES À VISÉE CIRCULATOIRE

L'air est constitué de 78 % d'azote, de 21 % d'oxygène et de 1 % de gaz rares. Au cours d'une plongée sous-marine, l'oxygène est en grande partie consommé par nos cellules mais l'azote, composant inerte de l'air, s'accumule sous forme dissoute dans les différents tissus de l'organisme. Ainsi, après une plongée sous-marine à l'air comprimé, le corps contient une quantité d'azote supérieure à la normale. Cet azote accumulé dans les tissus va s'éliminer naturellement par l'intermédiaire des systèmes circulatoire et respiratoire au cours des 12 à 24 heures qui suivent la plongée. Une fois relargué, il se combine aux noyaux gazeux de CO₂ pour former des bulles de petite taille qui passeront dans les veines avant d'être finalement éliminées par les poumons.

Le danger inhérent à la plongée sous-marine réside dans la formation de bulles pathogènes de grosse taille. Elles apparaissent lors de remontées qui ne respectent pas les critères préétablis de vitesse ou de temps de palier. Ces bulles entraînent alors un engorgement du filtre pulmonaire et une surcharge du cœur droit ; lorsqu'elles passent dans la circulation artérielle, elles provoquent un accident de décompression.

Les protocoles de décompression, élaborés entre autres par la Marine Nationale (tables MN90), sont des règles de sécurité qui ont pour objectif de déterminer les temps suffisants pour que l'azote sous forme gazeuse diffuse dans le sang. Ils préviennent ainsi tout accident de décompression. Il existe une corrélation statistique significative entre le nombre et la taille des bulles dans le sang (détectées à l'aide d'un appareil Doppler) et le pourcentage d'accidents de décompression. La sécurité du plongeur est d'autant plus grande que la densité de bulles (nombre et taille) est moindre.

Le TOG pour réduire les risques d'accidents

Le traitement ostéopathique général (TOG) est un ensemble de techniques ayant notamment une action vasculaire (pompage et drainage du système circulatoire). La relaxation qui résulte de l'application du TOG, associée à son action sur le système neurovégétatif, a comme effet premier d'améliorer la circulation fluidique en général, et du sang en particulier. Les techniques issues du TOG peuvent-elles alors, par une meilleure circulation vasculaire,

accélérer le processus d'élimination de l'azote et ainsi diminuer les risques d'accident ? Pour répondre à cette question, nous avons posé l'hypothèse de travail suivante : une séquence de techniques à visée circulatoire, issues du traitement général ostéopathique, accélère l'élimination de l'azote accumulé dans l'organisme suite à une plongée sous-marine à l'air comprimé.

Tester l'hypothèse en s'appuyant sur trois éléments

Pour tester cette hypothèse, ce projet de recherche s'appuie sur trois éléments. Premièrement, sur une revue de littérature en lien avec le sujet. Deuxièmement, sur la description anatomique et l'explication physiologique des structures mises en jeu : description anatomique du système veineux, physiologie du retour veineux, échanges gazeux entre le sang, les poumons et les tissus, physiopathologie de l'accident et de la maladie de décompression. Et enfin, sur un protocole de recherche bien défini : recrutement de la population, choix du matériel, variables, déroulement du protocole et description des techniques ostéopathiques à employer.

Les techniques à mettre en œuvre au cours du protocole

L'ensemble des techniques ci-dessous doivent être effectuées dans l'ordre de description comme une routine. Le but de cette routine est d'améliorer la circulation fluidique et d'équilibrer les pressions entre les cavités abdominale et thoracique pour influencer les échanges circulatoires et gazeux.

- 1 - Technique de pompe circulatoire des membres supérieurs
- 2 - Technique de libération du diaphragme
- 3 - Technique de pompe circulatoire des membres inférieurs
- 4 - Technique de pompe circulatoire de l'abdomen
- 5 - Technique de pompe circulatoire thoracique

retrouvez l'intégralité du mémoire sur www.losteopathe.fr

COS AQUITAINE > HORTENSE GRINFEDER

INFLUENCE D'UNE MALPOSITION LINGUALE SUR LES TROUBLES DE LA SUCCION CHEZ LE NOURRISSON



D'après une étude statistique réalisée en 2008 par la Leche League, le taux d'allaitement maternel en France n'a cessé de progresser depuis les années 70 : il était alors de 30 %, puis de 50 % au milieu des années 90 pour atteindre 60 % aujourd'hui. Cependant, ces chiffres ne nous renseignent pas sur le taux d'échec de l'allaitement maternel.

De nombreuses mères vivent mal leur allaitement et cessent d'allaiter avec regret beaucoup plus tôt qu'elles ne le désirent. Au sein des maternités, nous relevons souvent les propos suivants : « Je n'ai pas assez de lait pour nourrir mon bébé », « Mon bébé ne sait pas prendre le sein », « Nous avons dû arrêter l'allaitement maternel car mon bébé ne grossissait pas », etc. La culpabilité est grande chez ces mères qui pensent ne pas être capables de nourrir leur bébé. Néanmoins, ces échecs de l'allaitement maternel ne seraient-ils pas dus plutôt à des troubles de la succion chez le nouveau-né ?

Le nouveau-né arrive avec son histoire, construite au cours de la grossesse. Dès l'accouchement, il doit s'adapter à cette nouvelle vie aérienne et faire face à un mode d'alimentation différent du monde intra-utérin. Dès l'instant où, pour le nourrir, le sein de sa mère ou le biberon lui sont proposés, il fera tout pour créer une succion efficace. Afin de comprendre les troubles de la succion chez le nouveau-né et de les mettre en lien direct avec les troubles de l'allaitement, l'idée est d'explorer les dysfonctions ostéopathiques néonatales et même anténatales. Pour cela, nous avons imaginé que la meilleure façon d'étudier la succion est d'en explorer le moteur principal, la langue.

La langue, un des fulcrums du nourrisson ?

La langue est un des acteurs prépondérants du développement et de la maturation des os péribuccaux pendant la période d'oralité primaire. Le massif lingual est soumis à son organisation spatiale qui dépend de la conformation de la cavité buccale et des tractions exercées caudalement par la loge antérieure du cou. La langue du nourrisson est le point de rencontre de tensions musculo-aponévrotiques pouvant venir perturber l'allaitement qui peut être considéré comme un des fulcrums du nourrisson : c'est le point neutre qui résulte de la capacité de réaction et d'adaptation des systèmes tissulaires en relation.

De plus, la posture linguale est sous l'influence motrice du nerf crânien hypoglosse (XII) qui émerge du canal condylien situé au niveau des parties condyliques occipitales cartilagineuses. Celles-ci sont directement soumises aux forces compressives subies lors de l'accouchement et qui peuvent aisément provoquer des dysfonctions intra osseuses occipitales perturbant la motricité linguale.

À l'issue de notre étude clinique, nous avons révélé que les troubles de la succion chez le nouveau-né semblent dus à une malposition linguale, quel que soit le mode de succion (allaitement maternel et au biberon). Chez les nourrissons qui présentent des troubles de la succion, nous notons une prédominance des dysfonctions au niveau de l'os hyoïde et de la loge antérieure du cou : les tractions hyoïdiennes influent directement sur le mécanisme de succion.

Par ailleurs, une succion non nutritive ne peut être incriminée dans l'apparition des troubles de la succion. Elle reste un réconfort majeur pour le nourrisson en stade oral. De plus, tous les nouveau-nés nourris par un allaitement mixte présentent des troubles de la succion. La différence de mode de succion crée donc une confusion chez le nourrisson.

Privilégier l'abord lingual du nourrisson et les tensions crânio-faciales associées

Dans son autobiographie, Andrew Taylor Still nous fait la recommandation suivante : « On m'a demandé comment nourrir les bébés, je réponds ceci : après avoir ajusté le bébé de la tête aux talons et l'avoir préparé de façon qu'il puisse digérer, donnez-lui la bonne nourriture saine dont la famille a l'habitude ». Ainsi, après tout traitement ostéopathique, le nourrisson serait largement apte à créer une succion efficace pour se nourrir. L'échec de l'allaitement maternel et les troubles de la succion pourraient donc être pris en charge en ostéopathie en privilégiant l'abord lingual du nourrisson et les tensions crânio-faciales associées.

Lors de notre diagnostic ostéopathique, l'investigation d'un nouveau-né pourrait-elle passer prioritairement par l'exploration de la succion et l'évaluation de la posture linguale ? Pourrions-nous imaginer qu'un bébé qui va bien est un bébé qui tète bien ? Pourrions-nous aller jusqu'à considérer la langue comme le fulcrum global du nourrisson ?

retrouvez l'intégralité du mémoire sur www.losteopathe.fr

COS ATLANTIQUE > LAURE-ISABELLE FANELLO

PLACE DE L'OSTÉOPATHIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES STÉATO-HÉPATITES NON ALCOOLIQUES



La stéatose métabolique ou stéatose non alcoolique (NAFLD, pour Non Alcoholic Fatty Liver Diseases) correspond à une accumulation de corps gras (triglycérides) dans le foie. 20 % des sujets obèses en sont porteurs et étant donné leur nombre important dans la population générale, la NAFLD est un réel problème de santé publique.

Elle peut évoluer vers la stéato-hépatite non alcoolique (NASH, Hépatite Stéatosique Non Alcoolique), avec l'apparition d'une inflammation des cellules hépatiques (hépatocytes) et la possibilité d'aboutir à une fibrose (accumulation de protéines et d'acide hyaluronique dans l'espace extra-cellulaire du foie). Elle est en relation avec un syndrome métabolique, l'insulinorésistance avec production excessive de corps gras. L'évolution vers la fibrogénèse peut aboutir à la cirrhose du foie, stade ultime et irréversible de la maladie.

En raison de cette évolution au pronostic redoutable, la NAFLD nécessite une prise en charge préventive pour intervenir au niveau des stades précoces et réversibles de la maladie. Actuellement, aucun traitement médicamenteux ne semble avoir fait la preuve de son efficacité. Seules des mesures hygiéno-diététiques, amaigrissement et exercices physiques appropriés, pourraient permettre de ralentir cette évolution naturelle vers la cirrhose. Ces mesures sont cependant contraignantes et généralement peu ou pas suivies par les patients qui reprennent rapidement leurs mauvaises habitudes alimentaires.

Le fibromètre pour mesurer l'efficacité du traitement ostéopathique

C'est pourquoi, il nous a semblé utile de proposer une prise en charge ostéopathique de cette affection à un stade où les lésions de fibrose sont encore réversibles (stades 1 et 2). Le but de ce travail est de montrer l'efficacité des techniques ostéopathiques viscérales dans le traitement de la stéato-hépatite non alcoolique.

En effet, toute perte de mobilité, de fixation ou d'adhérences peut engendrer des troubles fonctionnels au niveau d'un organe. Ainsi, les fibroses au niveau du tissu hépatique empêchent une bonne circulation et une bonne

répartition des pressions. Et le foie a de nombreuses raisons de se fixer. Pour son bon fonctionnement, il lui faut donc une bonne mobilité, ainsi que des structures environnantes libres. L'ostéopathie peut y contribuer.

Une atteinte hépatique présente de nombreux signes cliniques fonctionnels. Récemment, un moyen fiable et non invasif de quantification de la fibrose hépatique par une combinaison de paramètres biologiques (test sanguin), a été découvert : le fibromètre. Il reflète l'état fonctionnel de la fibrose et permet d'en apprécier la progression. L'effet d'un traitement peut ainsi être évalué. Les résultats du fibromètre sont donnés sous forme de scores (score fibrose).

Réduire la fibrose aux stades réversibles de la maladie

Ainsi, cette étude a pour objectif de démontrer qu'une intervention ostéopathique peut stabiliser cette maladie et diminuer la fibrose aux stades réversibles de la maladie. Le protocole consistera en un essai clinique randomisé de trente patients (pré-inclusion), porteurs d'un stade 1 et 2 de fibrose hépatique (mesuré par fibromètre). Après application de critères d'inclusion et d'exclusion par une équipe pluridisciplinaire (hépatologue, diététicienne et ostéopathe), trois groupes seront constitués. Le premier groupe bénéficiera d'une prise en charge ostéopathique (trois séances à trois semaines d'intervalle), le second d'un suivi diététique (enquête alimentaire, régime hypocalorique et soutien mensuel par une diététicienne) et le troisième constituera le groupe témoin qui fera l'objet d'un simple suivi.

Au bout de trois mois, un second fibromètre sera réalisé au cours d'une nouvelle consultation multidisciplinaire pour à la fois apprécier un éventuel ralentissement ou une réduction de la fibrose hépatique (analyse quantitative) et également réaliser une évaluation clinico-biologique (analyse qualitative) des patients. Ce travail a pour ambition de proposer une autre prise en charge de pathologies résistantes aux traitements médicaux habituels.

retrouvez l'intégralité du mémoire sur www.losteopathe.fr



COS ÎLE-DE-FRANCE > MARIE DUBUISSON

APPORTS DE L'OSTÉOPATHIE À LA MÉDECINE D'URGENCE

Après un stage hospitalier au service des urgences de l'hôpital André Mignot à Versailles, le docteur Michaël Lejwi et moi-même avons entamé une réflexion sur les apports possibles de l'ostéopathie dans un tel service. Que peut-elle apporter aux patients des urgences ? Comment serait-elle perçue par ces derniers ? Quelle serait sa place ?

Pour Michaël Lejwi, « L'ostéopathie est une thérapeutique peu étudiée pour les urgences en France mais elle fait indiscutablement partie des armes antalgiques dont la médecine dispose ». Notre démarche avait pour objectif de comparer l'efficacité d'un traitement médical classique avec le même traitement accompagné d'un traitement ostéopathique. Ce qui implique la mise en place de deux cohortes. Le traitement ostéopathique n'est effectué qu'après examen du patient par le docteur Lejwi, la réalisation d'exams complémentaires, l'établissement d'un diagnostic de sortie et la prescription d'un traitement médical. Ainsi, intervenir aux urgences en tant qu'ostéopathe garantit une sécurité optimale pour le patient.

Un travail symptomatologique sur le patient

Dans ce contexte, le traitement ostéopathique a plutôt une vocation symptomatologique. En effet, le patient recherche principalement un soulagement de la douleur par rapport à son motif d'arrivée. Le concept de globalité persiste toutefois puisqu'il est nécessaire de travailler sur de nombreux rapports : vertèbres en relation, circulation lymphatique et vasculaire pour accélérer la cicatrisation, etc. Lorsque le patient présente habituellement des douleurs chroniques, un terrain propice, etc., cette première expérience de l'ostéopathie peut l'inciter à consulter un ostéopathe en cabinet pour bénéficier d'un traitement global.

Dans la très grande majorité des cas, lorsqu'un patient se présente aux urgences, le motif de consultation, généralement la douleur, est apparu récemment (moins de 24 heures). Une situation qui offre de nombreux avantages : le mécanisme lésionnel est clair, autant dans l'explication du patient que dans les informations transmises par les tissus, et le soulagement est souvent plus rapide à obtenir. De plus, l'efficacité est majorée par la prise en charge conjointe du motif, des inquiétudes soulevées par la douleur et le fait d'être à l'hôpital.

Mais cette situation présente un inconvénient majeur : le tissu lésé est extrêmement fragile puisque le traumatisme est récent et nécessite beaucoup de prudence et de précision dans les mobilisations. La durée de la prise en charge ostéopathique varie de 25 à 35 minutes. Une durée qui

s'explique pour deux raisons. Premièrement, le traitement plutôt symptomatologique est plus rapide à réaliser qu'un traitement global en cabinet. Deuxièmement, il est indispensable de ne pas augmenter le temps de passage aux urgences.

Face à la douleur, les résultats concrets de l'ostéopathie

Pour mesurer l'apport de l'ostéopathie au sein d'un service d'urgences, nous avons mis en place un protocole expérimental qui vise à apporter des résultats objectifs – évolution de la douleur, retentissement fonctionnel, poursuite du traitement prescrit –, mais également subjectifs : le ressenti des patients et leur avis sur la possibilité d'une prise en charge ostéopathique au sein même du service des urgences.

Les données récoltées mettent en valeur :

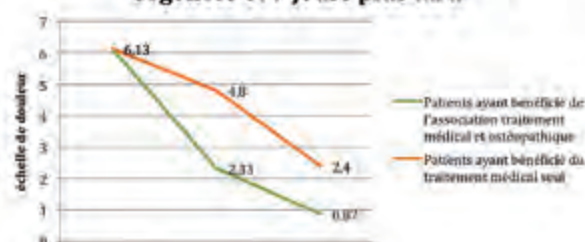
- L'efficacité accrue de l'association d'un traitement médical et d'une prise en charge ostéopathique avec une diminution de la douleur de 67 % à la sortie des urgences et de 85,9 % une semaine après la sortie des urgences.

- L'accueil très positif réservé par les patients à cette complémentarité thérapeutique et au traitement ostéopathique au sein même des urgences.

- La curiosité des médecins du service non hostiles à l'ostéopathie mais en attente de preuves.

Néanmoins, cette étude présente des limites. Elle repose sur un groupe de 30 patients. L'échantillon est représentatif mais les conclusions seraient-elles identiques à plus grande échelle ? De plus, elle est ostéopathe-dépendante et pourrait révéler des résultats différents selon la personne qui effectue les traitements ostéopathiques. Les résultats confirment cependant le bénéfice qu'apporte l'ostéopathie aux urgences et démontrent l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Evolution de la douleur à la sortie des Urgences et 7 jours plus tard



retrouvez l'intégralité du mémoire sur www.losteopathe.fr



ESO > LAURENCE GABIN

ÉLABORATION D'UNE PRISE EN CHARGE OSTÉOPATHIQUE DE LA CONSTIPATION CHRONIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE HOSPITALISÉE

La constipation chronique se définit par une fréquence d'émission des selles inférieure ou égale à trois par semaine, associée le plus souvent à des difficultés d'exonération et à une consistance dure des selles sur une période de plus de trois mois. C'est une pathologie très fréquente et multifactorielle en gériatrie dont la prévalence augmente avec l'âge.

Afin de limiter les complications allant des troubles dyspeptiques, à l'anorexie et au fécalome, voire même à l'occlusion intestinale, une prise en charge médicamenteuse est habituellement mise en place avec prescription de laxatifs de lest en première intention, puis recours aux lavements en cas d'échec ou insuffisance d'efficacité du traitement per os (par voie buccale). L'objectif de notre étude est d'évaluer, au sein de cette population âgée hospitalisée, l'amélioration du transit intestinal après interventions ostéopathiques, en complément du traitement médical usuel. Cet essai clinique a été réalisé au sein du service de soins de suite et réadaptation gériatrique de l'hôpital Bichat-Claude Bernard à Paris. Il a inclus 33 patients de plus de 75 ans présentant une constipation chronique, en dehors de tout contexte de néoplasie digestive et de chirurgie abdominale de moins de trois mois.

La prescription médicale comme outil de mesure

Tous les patients ont bénéficié de deux interventions ostéopathiques espacées de deux semaines, comprenant notamment l'équilibration du muscle diaphragme thoracique, la technique de la jonction œso-cardio-tubérositaire en décubitus dorsal de Hebgén, la technique dite de mobilisation de la racine du mésentère, la technique dynamogénique générale de Romano et Stapfer, et l'équilibration du plancher pelvien. Une séquence de traitement ostéopathique général (TOG) pour les articulations coxo-fémorales, sacro-iliaques et le rachis lombaire, ainsi que la technique dite d'inhibition sous occipitale ont été réalisées en fin de séance.

Trois périodes d'observations de cinq jours (avant et après chaque intervention) ont permis d'objectiver les effets de la thérapeutique proposée. Le principal critère de jugement portait sur l'évolution du nombre de prescriptions médicales

(laxatifs et lavements) suite à la dernière intervention, à partir d'un score graduel de 0 à 15 points. Les critères secondaires ont permis d'évaluer le nombre de jours avec selles, et le confort du patient par une échelle d'autoévaluation. L'analyse statistique des données a été réalisée par l'unité de recherche clinique Paris Nord, à l'aide des tests de Mac Nemar et de Wilcoxon.

Des résultats intéressants, tant sur un plan quantitatif que qualitatif

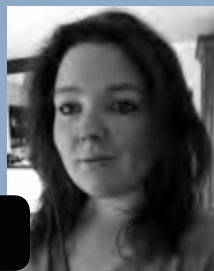
Le score médian de prescriptions médicales a diminué significativement de 1,4 (IQR 1-2) à 1 point par jour (IQR 0,6-1,8) après la deuxième intervention, $p=0,0005$. Ces résultats ont aussi été observés dès la première intervention de manière significative ($p=0,0006$). Les critères secondaires ont mis en évidence une augmentation significative du nombre de jours avec selles (3 versus 4), $p=0,0001$, ainsi qu'une diminution significative de la gêne occasionnée (la proportion de patients « moyennement ou très gênés » est passée de 45,45 % à 9,09 %).

Les interventions ostéopathiques ont permis une amélioration du transit intestinal, en diminuant significativement les prescriptions médicales de lutte contre la constipation, chez la personne âgée hospitalisée souffrant de constipation chronique. En parallèle, une amélioration du confort de ces patients a été observée de manière significative. Ces résultats nous amènent à penser que la pratique hospitalière de l'ostéopathie pourrait trouver sa place dans la prise en charge pluridisciplinaire de cette pathologie, en complément du traitement allopathique classique.

Cependant, cette étude ne comportait pas de groupe témoin, ce qui ne permet pas d'attribuer aux interventions ostéopathiques tous les effets mis en évidence. Par ailleurs, plusieurs critères n'ont pas été pris en compte durant l'étude par manque de moyens, tels que le nombre de selles par jour, ainsi que leur qualité, ce qui aurait pu renseigner davantage sur la pertinence des interventions.

Il serait donc intéressant de poursuivre cette étude sur un échantillon plus grand, dans le cadre d'un essai randomisé, et d'y intégrer des critères de jugement plus précis afin de confirmer ces premiers résultats cliniques.

retrouvez l'intégralité du mémoire sur www.losteopathe.fr


IDHEO > CATHERINE JUSTE

L'OSTÉOPATHE DANS L'ASSIETTE DU CAVALIER. ÉTUDE DE L'INFLUENCE D'UN TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE SUR L'UTILISATION DES AIDES NATURELLES DU CAVALIER DE DRESSAGE

Nous avons choisi de nous intéresser à la discipline équestre la plus ancienne et la plus académique : le dressage. Le dressage est la présentation du couple « cavalier-cheval » sur un enchaînement de figures imposées.

Cette discipline, olympique, est à la fois technique et artistique : la légèreté, l'impression de facilité dans la réalisation des mouvements et l'harmonie entre les partenaires sont primordiales.

Le cavalier doit tout faire pour être le plus léger, le plus décontracté, et le plus équilibré sur le dos de sa monture afin de gêner le moins possible ses mouvements. D'autre part, il doit parvenir à communiquer de façon parfaite avec son cheval pour obtenir un mouvement subtil. L'homme doit se faire comprendre de l'animal de manière fine et imperceptible, en utilisant son corps de façon précise et coordonnée, notamment ses jambes, ses mains et son assiette (poids du corps). C'est ce que nous appelons les aides naturelles. Leur bon emploi est subordonné à un « sentiment » particulier que développent les bons cavaliers, une haute perception des moindres mouvements du cheval : le tact équestre.

Une communication favorisée par une meilleure disponibilité biomécanique

Les sens du cavalier (toucher, vue, ouïe) doivent pouvoir être utilisés de manière optimale pour recevoir les informations émanant de son cheval. Il doit pouvoir employer chaque partie de son corps avec précision et délicatesse afin de se faire comprendre facilement et parfaitement de sa monture.

Assis à cheval, le corps du cavalier subit des adaptations anatomiques importantes, et lorsque l'animal se met en mouvement, celles-ci doivent se conjuguer à un processus d'équilibration sophistiqué. Celui-ci passe par la mise en œuvre de circuits neurologiques, articulaires et musculaires spécifiques. C'est pourquoi le cavalier doit pouvoir jouir d'une disponibilité biomécanique générale. Le but de cette étude est de déterminer quel rôle peut jouer l'ostéopathe dans l'accompagnement des cavaliers, en mesurant objectivement les effets de son traitement sur une population de cavaliers de dressage de haut niveau. Nous chercherons à évaluer l'effet d'un traitement

ostéopathe sur l'utilisation des aides naturelles. L'étude sera réalisée sur 60 cavaliers qui évoluent en compétition de dressage au niveau national ou international. Tous sont des hommes ou des femmes âgés de plus de 18 ans. Les mesures seront prises de la manière suivante : le cavalier est en selle sur un simulateur équestre (PERSIVAL) à l'allure du trot, à vitesse constante et en ligne droite. Des capteurs sont positionnés sur les rênes et les étriers et un tapis de capteurs de pression est installé sous les fesses du cavalier. Les paramètres mesurés seront : la tension exercée sur chaque rêne, le poids exercé sur chaque étrier, les points d'appui des fesses et des cuisses sur la selle, les variations du centre de pression du cavalier. Pour évaluer les changements perçus par le cavalier lui-même sur sa façon de monter à cheval, nous utiliserons un questionnaire.

Les avantages de l'ostéopathie pour le cavalier

Les patients seront répartis aléatoirement en deux groupes : l'un est traité en ostéopathie, l'autre avec un traitement manuel placebo. Les mesures sont effectuées à trois reprises : avant le traitement, immédiatement après le traitement et six jours après le traitement. Le questionnaire est rempli deux fois : avant le traitement et six jours après le traitement.

Nous espérons ainsi montrer qu'un traitement ostéopathe permet d'équilibrer le cavalier de dressage dans sa selle et d'optimiser l'utilisation de ses aides naturelles. S'il parvient à améliorer ces deux paramètres, l'ostéopathe participera activement aux progrès sportifs du couple cavalier/cheval en favorisant entre eux une communication de qualité.

Cette étude a pour ambition de montrer aux cavaliers de haut niveau et à leur entourage que l'ostéopathe peut se révéler un allié de taille non seulement dans leur vie d'humains et de sportifs, mais aussi dans leur vie de cavaliers. L'ostéopathie est une thérapie indispensable au perfectionnement de l'équitation sportive de haut niveau. Cette étude espère pouvoir démontrer une telle affirmation sur des bases expérimentales, à partir de la pratique ostéopathe quotidienne.

retrouvez l'intégralité du mémoire sur www.losteopathe.fr

INSTITUT SUPÉRIEUR D'OSTÉOPATHIE > OLIVIER HAASE

TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE DE L'ALGIE DU NOUVEAU-NÉ SUITE À UNE NAISSANCE PAR VENTOUSE (VACUUM EXTRACTOR)



Il est reconnu depuis seulement la fin des années 80 que le nouveau-né perçoit, transmet et mémorise les stimuli douloureux. En revanche, les circuits inhibiteurs descendants qui régulent l'afflux des influx nociceptifs et agissent comme un système analgésique endogène sont immatures à la naissance. La douleur est donc perçue chez le nouveau-né sans possibilité de la moduler.

Ces dix dernières années, la prise en charge de la douleur est donc devenue une priorité en maternité. Au cours de mes observations et lors de discussions avec le personnel soignant de différentes maternités depuis plus d'un an et demi, il m'est apparu clairement que la plupart des nouveau-nés ayant subi l'application d'instrument(s) pendant la phase d'accouchement entrent en état d'algésie, soit directement, soit pendant les heures qui suivent l'accouchement. La médecine allopathique préconise alors l'administration d'antalgiques pour soulager le nouveau-né jusqu'à ce qu'il ne soit plus considéré comme algique.

Limitier le recours aux antalgiques pour les nouveau-nés

Pourquoi ne pas proposer à ces nouveau-nés une alternative ostéopathique à la prise en charge médicamenteuse, avec pour objectif premier de limiter le recours aux antalgiques (type paracétamol) dont l'innocuité n'a pas été clairement établie à ce jour ? En effet, ces antalgiques sont très souvent prescrits hors du cadre de l'AMM (autorisation de mise sur le marché) en raison de l'insuffisante évaluation de ces médicaments dans cette classe d'âge et du manque de formes galéniques adaptées*. « L'absence de posologie établie pour le nourrisson aboutit à des attitudes systématiques, non rationnelles voire dangereuses** ». Il existe un risque réel de toxicité hépatique en surdosage, surtout si l'on considère qu'à la naissance, les fonctions hépatiques, rénales, et en particulier l'excrétion rénale ne sont qu'en cours de maturation.

Dans le cadre de mon mémoire, j'ai donc travaillé avec des nouveau-nés pour qui l'administration d'antalgiques aurait été souhaitée si l'on se réfère à l'échelle de cotation EDIN, suite à leur naissance par ventouse. Cette échelle médicale comporte 15 items ; un score total atteignant au minimum 5/15 aboutit à la médication du nouveau-né algique. De

nombreuses maternités se référant à cette échelle, je l'ai donc utilisée pour objectiver l'action ostéopathique sur la douleur modérée du nouveau-né. Bien que le nombre de cas d'étude soit insuffisant pour être statistiquement exploitable, les résultats m'ont permis d'objectiver, suivant la cotation EDIN, une diminution de la douleur chez le nouveau-né algique par traitement de l'axe crânio-sacré, sans aucune prise d'antalgiques.

L'ostéopathie dès les premières heures de la vie

Le personnel soignant a pu directement observer l'apport bénéfique que peut représenter l'ostéopathie en maternité. En effet, tous les nouveau-nés algiques que j'ai pu traiter ont poursuivi leur séjour au sein de la maternité sans avoir recours à un traitement antalgique. De plus, l'intérêt d'un ostéopathe en maternité, en mesure d'intervenir dès les premières heures suivant la naissance du nouveau-né, a également pu être reconnu par le personnel médical. Au-delà de cet aspect, le traitement ostéopathique a, selon moi, permis d'éviter l'installation de dysfonctions dont les premiers signes chez le nouveau-né sont l'inconfort et la douleur. À terme, ces dysfonctions auraient pu être gênantes pour ces nourrissons (plagiocéphalies, tensions dure-mériennes, etc.).

J'espère réaliser mes futures interventions en maternité dans ce sens, en m'assurant que chacun de mes traitements soit dans l'intérêt de chaque nouveau-né. Je terminerai par cette citation de Viola Frymann : « Le mécanisme crânio-sacré des nouveau-nés devrait être examiné dès les premiers jours de vie. Reconnaître et traiter la dysfonction du mécanisme crânio-sacré dans la période qui suit immédiatement la naissance, représente une des plus importantes, si ce n'est la plus importante des phases de la médecine préventive, dans la pratique de l'ostéopathie***. »

* Caulin C., Chevret S., Pons G., *Les médicaments en réanimation néonatale*, Éditions Springer, Paris, 1999, préface

** Caulin C., Chevret S., Pons G., *Les médicaments en réanimation néonatale*, Éditions Springer, Paris, 1999, p. 36

*** Frymann V., "The Trauma of Birth", publié dans la revue *Apostill* n° 3, 1999

retrouvez l'intégralité du mémoire sur www.losteopathe.fr



IPEO > ALINE DELZONGLE

ÉVALUATION DES EFFETS D'UN TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE CHEZ UN PATIENT PRÉSENTANT LES SYMPTÔMES DE L'HÉMOCHROMATOSE HÉRÉDITAIRE

Cette étude de cas cliniques décrit les effets d'un traitement ostéopathique chez un patient présentant les symptômes de l'hémochromatose primitive, maladie génétique conduisant à une surcharge en fer par hyper absorption alimentaire. Il s'agit de la maladie génétique la plus fréquente dans la population blanche et de la première maladie génétique en France.

Sa prévalence est de 3 à 5/1 000 personnes mais la pénétrance de la mutation principale, touchant le gène HFE (C282Y), est faible et variable. Le fer s'accumule progressivement dans le foie, le cœur et le tissu endocrine. Les premiers symptômes sont observés entre 40 et 50 ans chez l'homme. Chez la femme, l'accumulation du fer est retardée par les menstruations et la maladie ne devient généralement symptomatique qu'après la ménopause.

Cette pathologie comporte plusieurs phases allant du stade 0, asymptomatique, au stade 4 où le pronostic vital est engagé. Sur le plan clinique, les patients peuvent présenter une asthénie, des arthropathies, des troubles cardiaques, un diabète insulino-dépendant, une cirrhose pouvant évoluer vers un hépato-carcinome.

L'hémochromatose héréditaire se traite encore aujourd'hui par des saignées plus ou moins régulières qui constituent le traitement de référence. Les saignées améliorent de façon notable la survie des patients et diminuent l'apparition des complications dues à la surcharge en fer.

L'ostéopathie en complément du traitement de référence

Les principales douleurs chroniques de l'hémochromatose, non réglées par le traitement de référence, sont les arthropathies dégénératives qui entraînent une impotence fonctionnelle importante ainsi qu'une forte douleur lors des poussées inflammatoires. Ce qui altère la qualité de vie du patient. Il existe des analogies entre ces arthropathies et la dysfonction somatique définie par l'ostéopathie. Cette dysfonction somatique étant réversible grâce au traitement manipulatif, nous avons émis l'hypothèse que le traitement ostéopathique pourrait diminuer certaines douleurs et améliorer la qualité de vie des patients en complément du traitement de référence.

Trois consultations, espacées de quatre semaines chacune, ont été réalisées par un étudiant en cinquième année sur un patient recruté selon les critères précis d'inclusion et de non-

inclusion suivants : être atteint d'une hémochromatose primitive diagnostiquée, traitée par déplétion martiale, avoir plus de 18 ans, présenter des manifestations cliniques affectant la qualité de vie (stade 3 de la maladie), ne pas présenter de lésions engageant le pronostic vital (stade 4 de la maladie), ne pas avoir été traité en ostéopathie lors des six derniers mois et avoir signé une lettre de consentement.

L'intervalle de quatre semaines entre les consultations est basé sur l'intervalle observé par le questionnaire qualité de vie MOS SF-36*. La prise en charge comprenait un interrogatoire complet, un protocole de tests et la mise en place d'un plan de traitement en fonction des dysfonctions somatiques retrouvées.

Les résultats ont été étudiés à partir d'outils tels que les tableaux SOAP note form de recherche de dysfonctions et le questionnaire de qualité de vie MOS SF-36.

Ces outils d'évaluation ont mis en valeur des résultats plutôt positifs. Les tableaux SOAP note form de recherche de dysfonctions nous montrent une amélioration notable et les scores du questionnaire de qualité de vie MOS SF-36, bons au départ, restent inchangés ou augmentent. Enfin, le patient s'est déclaré satisfait de la prise en charge dont il a bénéficié.

Un traitement positif et bénéfique par l'ostéopathie

Nous pouvons ainsi répondre à notre problématique : les effets d'un traitement ostéopathique sur les symptômes de l'hémochromatose héréditaire semblent positifs et bénéfiques dans le cadre de cette étude de cas.

Il serait donc intéressant d'étudier l'impact d'une telle prise en charge sur un grand nombre de patients dans le cadre d'une étude expérimentale, afin de déterminer les dysfonctions somatiques communes aux patients souffrant de cette pathologie et de mettre en place des tests et traitements plus spécifiques. Une étude de cas unique présente en effet certaines limites : une prise en charge réalisée par le même praticien pour les trois consultations, l'expérience du praticien en cinquième année, un unique patient, un choix de techniques propres au praticien et à sa formation.

* Le MOS-SF36 (Medical Outcome Study Short Form 36 Health Survey) est un questionnaire généraliste destiné à recueillir le point de vue des patients sur leur propre état de santé dans les études de recherche clinique ou d'évaluation des traitements et services médicaux.

ISO AIX > ÉLODIE MAZURE

SOMMES-NOUS TOUS ÉGAUX FACE À NOS SENSATIONS TACTILES ?



Institut Supérieur d'Ostéopathie - Aix en Provence

L'Homme est un être en perpétuelle évolution. En effet, depuis qu'il s'est érigé et qu'il a pris possession de ses mains, son cerveau s'est développé. Il a pu, au fil des années, non seulement s'adapter au milieu qui l'entoure, mais aussi élargir ses domaines de compétences. Une évolution rendue possible grâce aux cinq sens qui lui ont été donnés dès la naissance.

Associés à sa connaissance, ils lui ont permis de savoir se repérer, chasser, analyser les sons, les odeurs, la texture. Il est possible de superposer cette évolution dans de nombreux domaines, la médecine notamment. Il est par exemple évident que l'ostéopathe entretient de multiples relations avec ses propres sens.

Pour lui, le sens du toucher est primordial, car « l'ostéopathe et sa main ne font plus qu'un ». L'ostéopathie se définit donc comme une pratique dont la main est l'outil essentiel. Les autres sens contribueront quant à eux à prendre en charge le patient dans sa globalité. Par l'intermédiaire de son toucher, l'ostéopathe décrit la dysfonction ostéopathique, comme le potier sait manipuler parfaitement la terre et lui donner forme. J'ai décidé de réaliser ce mémoire sur le toucher car c'est à mes yeux l'élément le plus important dans la vie d'un ostéopathe. À travers sa main, il pourra sentir et ressentir l'expression des différents tissus et organes qui constituent notre corps et en corriger les éventuelles dysfonctions.

Expliquer le fonctionnement des sensations tactiles

Au cours de mes années d'études, j'ai constaté que je pouvais avoir des sensations tactiles différentes et interprétables. Ce mémoire représente pour moi un moyen de découvrir ces nouvelles sensations et leurs mécanismes. Mon étude porte donc sur des notions essentielles de la vie d'un ostéopathe. Un travail qui a débuté par le rappel de quelques notions sur la main et la peau et l'explication des différentes sensations tactiles et leur fonctionnement. Par la suite, nous avons pu prouver que les études en ostéopathie étaient nécessaires, non seulement au développement des sensations tactiles, mais aussi pour la mémoire du toucher. Un ostéopathe

suit tout un programme éducatif de la main au cours de ses études dont le résultat est quantifiable par rapport à d'autres expérimentateurs sans aucun lien avec ce domaine.

Avec l'expérience, la main de l'ostéopathe se transforme en un authentique amplificateur des tensions, des forces, des mouvements qu'elle perçoit au niveau de l'organisme. Le toucher est donc un langage que l'ostéopathe doit maîtriser pour pouvoir détecter et analyser les dysfonctions éventuelles. Cette étude permettra peut-être de présenter l'ostéopathie sous un autre jour à ses détracteurs. Reprenons une phrase de Maurice Sainte-Rose* : « L'homme de laboratoire est utile, ses machines sophistiquées sont d'une aide précieuse au questionnement sur l'Homme, mais le praticien de demain est l'homme qui soignera encore et toujours à main nue. »

Le toucher comme un synonyme de vitalité

À présent, nous pourrions nous poser une autre question. Certes, il est nécessaire d'avoir de bonnes sensations tactiles mais l'Homme n'a-t-il pas besoin aussi d'être touché pour vivre et se développer correctement ? Au XIX^e siècle, les enfants dans leur première année de vie mouraient communément d'une maladie appelée « marasme », mot dont la racine grecque signifie « s'atrophier ». Les médecins ont découvert plus tard que cette maladie était causée par l'absence de contact : les bébés qui n'étaient pas touchés régulièrement cessaient de s'alimenter et dépérissaient. Le toucher ne serait-il pas synonyme de vitalité ?

Notre étude sur le toucher aura été longue et pleine de surprises, révélant que le métier d'ostéopathe est destiné à rompre ou à décrypter le langage tissulaire par l'investigation manuelle et visuelle. D'après nos expérimentations, il sait faire cela mieux que personne d'autre.

* Maurice Sainte-Rose a d'abord découvert l'ostéopathie en tant que kinésithérapeute. Il a ensuite prolongé sa démarche en la complétant par des études médicales et une spécialisation en rhumatologie. Il est l'auteur de *La santé au bout des doigts : l'ostéopathie, médecine moderne*.

retrouvez l'intégralité du mémoire sur www.losteopathe.fr

ISO LILLE > JOSÉPHINE POLLET



OSTÉOPATHIE CRÂNIENNE : LITTÉRATURE ET PERSPECTIVES. PRÉPARATION À L'ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE SCIENTIFIQUE DE VALIDATION DU PRINCIPE DE MOBILITÉ DES OS DU CRÂNE

L'ostéopathie crânienne, enseignée dans la plupart des écoles, occupe une part importante du cursus des études à l'ISO Lille (institut supérieur d'ostéopathie). Cette branche de l'ostéopathie est née dans les années 1920-1930 suite aux travaux de William Garner Sutherland, élève d'Andrew Taylor Still. C'est en rapprochant les os du crâne et les biseaux des ouïes des poissons qu'il émit l'hypothèse de l'existence d'un mécanisme respiratoire à leur niveau.

Ses expérimentations sur un crâne semi-désarticulé, puis sur sa propre tête, l'amènèrent à développer un modèle mécanique : le mouvement respiratoire primaire (MRP).

La fréquence de ce mouvement serait de l'ordre de 8 à 14 cycles par minute et son modèle est basé sur cinq principes :

- la mobilité inhérente aux masses cérébrales
- la fluctuation du LCR (liquide céphalo-rachidien)
- la mobilité des membranes de tension réciproque (expansion du feuillet interne de la dure-mère crânienne cloisonnant la cavité crânienne et délimitant les sinus veineux : faux du cerveau, tente et faux du cervelet, tente de l'hypophyse)
- la mobilité des os du crâne
- la mobilité du sacrum entre les deux iliaques

Le mouvement respiratoire primaire (MRP) existe-t-il vraiment ?

Ce modèle est à la base notre enseignement et les premiers cours pratiques consistent à tenter de percevoir ce MRP, sorte de vague allant et venant entre nos doigts par apposition des mains sur le crâne. Très vite, avec plusieurs étudiants, nous nous sommes interrogés sur la nature de cette « vague ». Comment s'expliquait-elle ? À quoi était-elle due ? Et surtout, existait-elle vraiment ?

En cherchant des réponses à ces questions, j'ai découvert que certains ostéopathes partageaient mon manque de conviction face à la théorie de William Garner Sutherland et s'opposaient à l'existence même du MRP. Je citerai avant tout les articles de Steve E. Hartman qui remet en question la nécessité de sanctionner les études ostéopathiques par une épreuve sur l'ostéopathie crânienne, considérant qu'aucune étude n'a montré ni son efficacité ni sa fiabilité. Il dénonce également la croyance d'un mouvement respiratoire au niveau du crâne comme désormais obsolète car aucune étude n'a pu le justifier.

Pour ces raisons, entre autres, certains établissements renommés refusent d'enseigner l'ostéopathie crânienne à leurs étudiants.

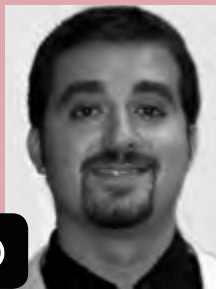
Néanmoins, de multiples théories justifient l'existence du MRP. Il m'a donc paru important, voire urgent, de mener une étude basée sur des protocoles scientifiques. Le but de ce travail n'est pas d'invalider l'ostéopathie crânienne. Au contraire. S'appuyer sur des recherches scientifiques confortera l'ostéopathie crânienne, apportera plus de crédibilité à notre profession et permettra d'uniformiser l'enseignement dispensé dans les différentes écoles.

Des techniques de mesure pour expliquer le concept crânien

Ce mémoire a ainsi permis de mettre à jour les connaissances apportées par les travaux réalisés sur les principes du concept crânien. Il a également révélé que la mobilité de l'encéphale est reconnue par les scientifiques. Elle correspond à la pulsation cardiaque et non pas au rythme du MRP. Cette étude montre également que le moteur du MRP ne pouvait pas être la fluctuation du LCR puisque celle-ci est également le fait du cycle cardiaque sur lequel elle calque son rythme. Enfin, ces recherches nous ont permis de prendre conscience de l'ampleur du travail à accomplir pour valider et académiser l'enseignement ostéopathique crânien.

Nous avons mis en évidence des perspectives d'avenir encourageantes, aussi bien dans le champ crânien que dans d'autres champs de l'ostéopathie. En effet, les techniques scientifiques de mesure, en particulier de biomicro-métrie, se développent et s'améliorent chaque jour. Il est aujourd'hui envisageable d'expliquer certains aspects du concept crânien, chose impossible auparavant par manque de moyens de mesure suffisamment fiables et précis. Ce mémoire a bâti les fondations pour des recherches ultérieures pour tous ceux désireux, comme nous, de faire avancer notre connaissance des mécanismes sur lesquels nous agissons par nos pratiques. Notamment pour l'ostéopathie viscérale qui ne présente aujourd'hui pas plus de fondements théoriques scientifiques que l'ostéopathie crânienne, mais dont les techniques sont pourtant très largement utilisées avec des résultats probants par la majorité des ostéopathes.

retrouvez l'intégralité du mémoire sur www.losteopathe.fr



ISOSTÉO > RENAUD ALLARD

ÉTUDE QUANTITATIVE DE L'ÉVOLUTION DES PERCEPTIONS MANUELLES DURANT LE CURSUS OSTÉOPATHIQUE

L'étude de l'évolution des perceptions manuelles repose sur deux critères : la capacité à ressentir une variation de température et celle à discerner une différence de pression. Des protocoles ont été définis avant le début de l'étude afin de reproduire le même type de mesures chez tous les étudiants.

Les sujets testés représentent en effet un échantillon d'étudiants inscrits à ISOstéo Lyon pour l'année scolaire 2009-2010, de la deuxième à la sixième année. Pour chaque promotion d'étudiants, les échantillons sont représentatifs en termes de répartition des sexes. Une interface informatique a également été développée pour piloter les deux ateliers conçus pour réaliser les tests et enregistrer simultanément les données des étudiants et les résultats en vue d'une analyse statistique.

Pour mesurer la perception de variation de température, les protocoles ont été prévus avec des températures de départ variables afin de tester les différents capteurs de la pulpe du doigt. Selon la température de départ, nous testons soit les récepteurs du froid (plage de sensibilité comprise entre 10°C à 35°C), soit les récepteurs du chaud (plage de sensibilité comprise entre 30°C à 45°C). Pour chaque séquence, les augmentations et diminutions de température ont été programmées avec une vitesse de variation de 0,1 degré par seconde. La valeur retenue pour chaque étudiant correspond à l'écart de température ressenti. Cette valeur est exprimée en degré Celsius.

Pression et résistance pour mesurer le toucher

Les protocoles pour mesurer la perception de pression mettent en jeu tous les mécanorécepteurs : disques de Merkel, corpuscules de Messner, corpuscules de Pacini, Ruffini et Golgi-Mazzoni qui participent à la notion de résistance et de pression (correspondant au toucher). Deux pressions différentes sont appliquées alternativement. L'intervalle de pression se réduit progressivement par pas de 10/1 000, 5/1 000 puis 1/1 000, jusqu'à ce que l'étudiant ne puisse plus différencier les deux pressions. La valeur retenue pour chaque étudiant correspond à un

écart de pression, exprimé en millièmes de la puissance du mécanisme utilisé pour le test.

Les résultats de l'atelier température révèlent que la moyenne des écarts de température ressentie passe de 1,25°C (avec un écart type de 0,64) pour les étudiants de deuxième année, à 0,71°C pour ceux de sixième année (avec un écart type de 0,31). L'évolution des sensations thermiques met en évidence une diminution de l'écart de température ressentie de 0,44°C. Une analyse de ces résultats par le test de Student montre qu'il y a une différence significative entre les deux échantillons, avec un $p < 0,05$, soit une probabilité de moins de 5% que les résultats de la deuxième et de la sixième année soient identiques.

Une évolution progressive de la sensibilité

Les résultats pour l'atelier pression nous montrent que la moyenne des écarts de pression ressentie pour les étudiants de deuxième année est de 24 millièmes (avec un écart type de 11,19) et de 15 millièmes pour ceux de cinquième année (avec un écart type de 10,6) puis de 14,14 millièmes pour ceux de sixième année (avec un écart type de 5,93). Une analyse de ces résultats par le test de Student montre qu'il y a une différence significative entre la deuxième et la cinquième année (avec $p < 0,05$). Cette différence devient très significative entre la deuxième et la sixième année (avec $p < 0,01$), soit une probabilité inférieure à 1% pour que les résultats de la deuxième et de la sixième année soient identiques.

En conclusion, nous observons une évolution progressive de la sensibilité à la température et à la pression au cours du cursus ostéopathe. Cette évolution correspond à une augmentation de 76% de la sensibilité entre la deuxième et la sixième année pour la perception de variation de chaleur. La perception de différence de pression augmente, quant à elle, de 71,4% entre la deuxième et la sixième année. Remarquons que cette évolution progressive devient significative, compte tenu de la petite taille des échantillons, à partir de la sixième année pour les variations de température et à partir de la cinquième année pour les variations de pression.

ITO > KEVIN PROVENZANI



L'INFLUENCE DES LIGAMENTS SUSPENSEURS DU PÉRICARDE DANS L'INSPIRATION MAXIMALE DE L'APNÉISTE

L'objectif de ce travail est de déterminer l'influence du système ligamentaire suspenseur du péricarde sur la descente du diaphragme lors de l'inspiration maximale de l'apnéiste. Il s'agit d'une étude clinique expérimentale sur une population de 26 apnéistes âgés de 20 à 57 ans, en bonne santé, sans infection pulmonaire et sans traitement particulier.

L'étude s'est déroulée sur deux séances. La première pour déterminer un coefficient de descente du diaphragme (CDD) afin d'objectiver les effets du traitement des ligaments étudiés sur la capacité inspiratoire. La seconde pour observer les effets à distance, sur une période dépendant de la disponibilité des apnéistes.

La détermination de ce coefficient est basée sur la comparaison des volumes développés par l'inspiration diaphragmatique (cage thoracique immobilisée par sanglage) en position de relâchement des ligaments (décubitus), avec celle où les ligaments seraient susceptibles d'être en tension d'étirement (position de Trendelenburg). Le paramètre principalement étudié et comparé au cours de cette étude, est la capacité inspiratoire mesurée debout, par un spiromètre, et permettant de réaliser des EFR (explorations fonctionnelles respiratoires).

L'influence de l'entraînement sur les résultats obtenus

L'étude révèle une tendance des ligaments suspenseurs du péricarde à restreindre la capacité inspiratoire diaphragmatique chez 62 % de la population étudiée. Elle montre également que le traitement permettrait un gain positif significatif sur la capacité inspiratoire chez 62 % de la population étudiée. Pour le reste de la population étudiée, 11 % n'ont pas de résultats significatifs et 27 % ont des gains négatifs significatifs.

Par ailleurs, le traitement semble principalement avoir un effet chez les apnéistes dont l'entraînement est inférieur à 1,8 entraînement par semaine. Il semblerait aussi que, statistiquement, le traitement ait moins de chance d'avoir un effet sur les patients présentant une dysfonction de l'œsophage et/ou une courbure rachidienne à type de dos plat.

La moyenne des gains positifs en capacité inspiratoire, chez les patients de la population étudiée ayant eu des gains positifs significatifs (62 %), est de 9,1 % avec un maximum à 22,3 % et un minimum à 4,1 %. La détermination du CDD reste peu concluante dans l'état actuel du protocole.

De nouveaux axes de traitements préventifs

L'étude présente de nombreux biais et ne peut avoir qu'une valeur d'orientation. Néanmoins, cette réflexion sur les rôles de ces ligaments suspenseurs du péricarde dans le corps humain les implique de manière hypothétique dans la protection du diaphragme et le changement d'appui de ce dernier lors de l'inspiration. C'est un facteur favorisant de la micro-vascularisation du cœur, et de l'installation, lors de la croissance, de déformations comme la scoliose, la maladie de Scheuermann, les pectus excavatus et carinatus, ainsi que dans la mise en place des courbures rachidiennes.

Ces hypothèses ouvrent peut-être le champ de l'ostéopathie à de nouveaux axes de traitement, notamment à visées préventives, des déformations précédemment évoquées. Enfin, dans cette étude, sont détaillées la description et l'hypothèse biomécaniques d'un protocole inspiratoire mis au point par le travail spirométrique dont l'objectif est d'augmenter la capacité inspiratoire.

retrouvez l'intégralité du mémoire sur www.losteopathe.fr

OSTEOBIO > VÉRONIQUE COURTOIS / BÉNÉDICTE KREJPOWICZ

QUANTIFICATION DE L'HYDRO-DYNAMIQUE CÉRÉBRALE (SANG ET LIQUIDE CÉRÉBRO-SPINAL) PAR UN TRAITEMENT INFORMATIQUE D'IMAGES IRM DE FLUX AU COURS DES PREMIERS ÂGES DE LA VIE



Véronique C.



Bénédicte K.

Ce mémoire a été réalisé en partenariat avec le laboratoire de biophysique et d'imagerie médicale du CHU d'Amiens au sein du service du Pr Meyer et sous la responsabilité d'Olivier Balédent, ingénieur informaticien et maître de conférences. Son thème est le pôle extrémité céphalique et plus particulièrement l'extrémité céphalique du nouveau-né.

Son objectif premier est l'établissement d'une norme de l'hydrodynamique cérébrale au cours des premiers âges de la vie. Norme qui permettra de proposer ultérieurement une comparaison entre des sujets dits sains et des sujets plagiocéphales, afin d'envisager un modèle pathogénique des possibles répercussions d'ordre psychomoteur ou cognitif.

Auparavant, nous avons effectué un état de l'art afin de voir si cette référence que nous souhaitons établir n'avait pas déjà été faite. Une étude avait déjà été réalisée sur une population de sujets témoins sains adultes. Elle a établi des valeurs de référence de la circulation normale du LCS et du sang afin de proposer une décomposition temporelle du mécanisme d'oscillation du LCS dans la boîte crânienne. Nous proposerons également cette même décomposition temporelle du mécanisme d'oscillation du LCS mais chez les enfants.

Le traitement et l'exploitation des images IRM

Après avoir été formées à l'utilisation des images IRM et du logiciel Flow and Volume®, nous avons entamé une phase de traitement et d'exploitation de la base de données d'images IRM du laboratoire de biophysique et d'imagerie médicale du CHU d'Amiens. Celle-ci regroupe quelques centaines de jeunes patients qui constitueront notre groupe témoin. Nous avons traité les images et exploité les résultats obtenus grâce au logiciel Flow and Volume®. Ensuite, nous avons mis en relation les données traitées au cours de ce travail avec celles recueillies chez les enfants présentant une dysmorphose crânienne (plagiocéphalie) pour vérifier l'existence d'une modification de l'hydrodynamique cérébrale. Nous avons

ainsi pu observer le comportement du système « contenant/ contenu » en fonction de la qualité des flux hydriques intra-crâniens, et comparer ces flux d'un sujet à l'autre, selon les différents morphotypes plagiocéphales.

Parallèlement au traitement de ces données, nous avons effectué des recherches sur l'anatomie et la physiologie du LCS, ainsi que sur la vascularisation cérébrale chez le nourrisson. Ceci afin de mieux comprendre le comportement des flux cérébraux chez l'enfant et donc de mieux analyser les données recueillies.

Intégrer l'hydrodynamique dans les carnets de santé

Le travail effectué lors de notre étude sur ces 36 patients contrôles représente une étape préliminaire à la constitution d'une norme de l'hydrodynamique cérébrale au cours des premiers âges de la vie. En effet, la collecte de plus de patients contrôles est nécessaire pour améliorer et renforcer les résultats obtenus. Une référence physiologique permettrait une meilleure compréhension et analyse des pathologies de certains patients. Nous pourrions également imaginer construire des courbes de normes de l'hydrodynamique telles qu'elles sont présentées pour le périmètre crânien, le poids et la taille dans les carnets de santé.

Enfin, en ce qui concerne la biomécanique de la boîte crânienne, il serait possible, grâce à cette référence de l'hydrodynamique, d'évaluer l'influence du contenant sur le contenu pour ainsi déterminer quelles répercussions pourraient avoir la déformation de la boîte crânienne (plagiocéphalies occipitale, occipito-frontale et postérieure) sur l'hydrodynamique cérébrale du nouveau-né. Un protocole de prise en charge pré- et post-manipulatoire serait alors envisageable. Il consisterait à faire passer une IRM de flux sur des bébés atteints de plagiocéphalies positionnelles pour ainsi constater l'influence de la manipulation sur l'hydrodynamique.

retrouvez l'intégralité du mémoire sur www.losteopathe.fr

Ostéopathie et occlusio-odontologie

Toute modification de la manière dont les dents s'emboîtent (déplacements orthodontiques, pose d'une prothèse, extraction, etc.) entraîne une **adaptation posturale**. L'intervention de l'ostéopathe permet de faciliter cette adaptation ou d'en corriger les désagréments. L'intérêt de la collaboration entre orthodontistes, dentistes et ostéopathes est aujourd'hui reconnu. **Comment s'organise cette collaboration ? Sur quels protocoles se construit-elle ?** Nous répondrons à ces questions dans le prochain numéro de L'ostéopathe magazine en vous présentant **les différents aspects de l'approche ostéopathique de l'occlusion dentaire**.

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

8^e Symposium International Ostéopathique de Nantes

Approche pluridisciplinaire de la sphère viscérale

Vendredi 19 novembre 2010

8 h 15	ACCUEIL DES PARTICIPANTS
8 h 45	OUVERTURE DU SYMPOSIUM
9 h 00	Monsieur Pierre-Yves ROBERT, Ostéopathe - Nantes Organes structurants, viscères adaptatifs et biomécanique de l'aplomb
9 h 45	Professeur Noël MEL, Directeur de recherche au CNRS - Marseille Aspects périphériques et centraux de la sensibilité viscérale. Données récentes et implications possibles en physiopathologie et en thérapeutique.
10 h 30	PAUSE CAFE
11 h 00	Professeur Stanislas BRULEY des VARANNES, Gastro-entérologue - CHU Nantes Motricité viscérale digestive
11 h 45	Monsieur André METRA, Ostéopathe - Paris Observation anatomique-clinique du tube digestif
12 h 30	PAUSE DEJEUNER
14 h 00	Docteur Carla STECCI, Orthopédiste, Anatomiste - Paderna Monsieur Marco MORELLI, Ostéopathe - Brescia Les 3 séquences fasciales latérales
14 h 45	Madame Christine MICHEL SCHWETZER, Ostéopathe sage-femme - Paris Ostéopathie intra-pelvienne et arborescence gynécologique sexualité et identité.
15 h 30	Professeur Nicolas EROFEEV, Neuro-physiologiste - Saint Petersburg Monitoring physiologique au cours des manipulations viscérales (variabilité du rythme cardiaque, LDF - laser doppler flowmetry, volumétrie, pO2 transcutanée).
16 h 15	PAUSE CAFE
16 h 45	Docteur Patrick GESSANT, homéopathe - Nantes Sphère digestive et drainage homeo-phytothérapique
17 h 30	Docteur Jacques SAADA et al., Ostéopathe - Nantes/La Trinité sur Mer Manipulation ostéopathique du coccyx par toucher rectal : étude rétrospective et intérêt de la technique
18 h 15	Monsieur Daniel CHOPINEAUX, Ostéopathe - Nantes Approche ostéopathique de la sphère digestive du nourrisson

Samedi 20 novembre 2010

8 h 30	ACCUEIL DES PARTICIPANTS
9 h 00	Mesdames Laura GENTILINI et Michela POPPIANO, Ostéopathes - I.E.M.O. Gènes Considérations méthodologiques en terme de recherche viscéro-somatique
9 h 45	Monsieur Alain PIRON, Ostéopathe - Liège La langue : trait d'union entre le système pariétal et viscéral
10 h 30	PAUSE CAFE
11 h 00	Docteur Jean-Blaise ROCH, Phoniatre, Ostéopathe - Lyon La voix : fonction viscérale ou pariétale ?
11 h 45	Madame Lucile SOUBIRAN et Monsieur Rafael ZEGARRA-PARODI, Ostéopathes - CEESO Lyon & Paris Prévalence des dysfonctions somatiques chez des patients adultes atteints de macroléonose
12 h 30	PAUSE DEJEUNER

De 14h30 à 17h30	A. PIRON J.B. ROCH	D. CHOPNEAUX	A. METRA
workshop	Examen du système viscéral crânio cervical.	De la structure à la fonction : approche ostéopathique dans l'abord fonctionnel de la sphère viscérale.	Abord anatomo-clinique du tube digestif, réflexions thérapeutiques, tests et normalisations.

Programme susceptible de modifications sans préavis, veuillez vous référer au site Internet www.ior-nantes.com



MÉTIER

JURIDIQUE



UN CODE DE
DÉONTOLOGIE
POUR QUOI
FAIRE ?

La rédaction d'un code de déontologie se doit d'être un moment fédérateur pour une profession. C'est en tout cas une nécessité pour la réussite d'un tel projet dont la portée doit représenter le plus grand nombre d'ostéopathes. Dans le cas de l'ostéopathie et de son statut particulier, cette démarche révèle toutes les problématiques de la profession. Mais elle permet aussi d'envisager des solutions sous un angle différent, notamment en ce qui concerne la reconnaissance comme profession de santé. Joël Moret-Bailly, spécialiste en droit des professions et activités de santé, nous fait part de son expertise sur le sujet en répondant à nos questions.



Joël Moret-Bailly

Maître de conférences en droit privé à l'université de Lyon (Saint-Étienne)

QUELS SONT LES OBJECTIFS D'UN CODE DE DÉONTOLOGIE ?

Les déontologies naissent au XIX^e siècle, dans un premier temps pour les professions du droit (avocats, notaires et officiers ministériels) entre 1810 et 1820, puis, à partir de 1845, pour les professions de santé (médecins et pharmaciens). Le but est clair : construire des règles relatives à l'ensemble des relations sociales et juridiques des professionnels. Il s'agit, à l'époque, des relations des professionnels avec leurs clients et entre eux (confraternité, mais surtout concurrence). Au XX^e siècle, apparaît un troisième élément : la régulation des relations avec les employeurs. L'objectif premier des déontologies est d'affirmer l'indépendance du professionnel dans toutes ces relations. Par ailleurs, les déontologies des professions de santé ont été intégrées au droit de l'État après la seconde guerre mondiale, corrélativement à la reconnaissance des ordres professionnels. Néanmoins, le code de déontologie de la profession infirmière n'a été édicté qu'en 1993 et l'ordre de cette profession n'a été organisé qu'en 2006.

QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE ?

L'éthique apparaît plus d'un siècle après les déontologies, dans les années 1960 et 1970. Elle a pour objet les conséquences des progrès de la biologie et de la médecine : l'expérimentation sur l'homme, le clonage, le prélèvement d'organes, la procréation médicalement assistée, etc. Ces pratiques sociales font également intervenir d'autres personnes que les seuls professionnels. De plus, l'éthique intervient lorsque la relation n'est pas exclusivement thérapeutique. Par exemple, le prélèvement d'un organe est thérapeutique pour celui qui reçoit l'organe, mais pas pour la personne sur laquelle il est prélevé. Ainsi, les règles déontologiques pensées pour encadrer une relation à visée thérapeutique ne suffisent plus et l'éthique apporte des éléments de réponse à ces nouvelles problématiques. L'ostéopathie n'est pas vraiment concernée par l'éthique. En outre, d'un point de vue technique, la déontologie fait l'objet de décrets en Conseil d'État, alors que la bioéthique relève de la loi. De mon point de vue de juriste, éthique et déontologie renvoient à des ensembles de règles clairement identifiés et distincts.



interview

Marianne Montmartin

Présidente du ROF (registre des ostéopathes de France)

Le code de déontologie du ROF a été rédigé en 2004 par le conseil national du ROF et Danièle Ganem, avocate du conseil départemental de l'ordre des médecins. Il constitue une synthèse de plusieurs codes de déontologie, médicaux et paramédicaux.

« Nous avons créé une procédure disciplinaire pour faire respecter notre code »

Quelles sont les spécificités du code de déontologie du ROF ?

Nous avons adapté certains articles et créé d'autres spécifiques à notre profession. Par exemple, un article interdit de poursuivre des soins qui dépassent les compétences de l'ostéopathe. Ce code encadre également la communication : la publicité est interdite avec une tolérance dans le cadre d'une information lors de l'ouverture d'un cabinet. Nous avons également introduit l'obligation du secret médical.

Le code a-t-il été modifié, notamment pour répondre aux évolutions législatives ?

Nous l'avons fait évoluer et chaque ajout a fait l'objet d'un vote en assemblée générale. Nous avons donc mis en place un article qui encadre le choix des remplaçants, assistants et collaborateurs. Ainsi, lorsqu'un ostéopathe choisit un remplaçant, celui-ci devra être membre du ROF. Néanmoins, il ne nous a pas semblé nécessaire d'appliquer cette condition

pour le choix des assistants et collaborateurs. Par ailleurs, les limitations apportées par les décrets d'application relatifs à la loi de mars 2002 n'ont pas été retranscrites dans ce code, car les ostéopathes qui y adhèrent doivent respecter la loi avant tout. En revanche, nous avons rédigé des articles techniques et réglementaires sur la prise en charge des enfants. Pour les manipulations par voie interne, si elles devenaient autorisées, nous ajouterions un article pour éviter les dérives liées à la pratique de ces actes. D'autres articles peuvent être proposés par les adhérents et soumis au vote en assemblée générale.

Quels sont les moyens dont vous disposez pour faire appliquer ce code ?

Pour le faire respecter, nous avons créé une procédure disciplinaire. Les plaintes sont jugées au niveau de cinq conseils inter-régionaux. S'il y a suite, nous appliquons des sanctions graduées allant de l'avertissement par courrier, avec information à tous les membres du ROF, à l'exclusion temporaire ou définitive. Ces conseils peuvent être saisis par tout tiers : des ostéopathes membres ou non du ROF, des patients, d'autres praticiens, le bureau du ROF, etc.

Quelles plaintes sont adressées aux conseils inter-régionaux ?

Les plaintes que nous avons traitées jusqu'alors vont des réclamations de patients pour obtenir une facture, aux contentieux entre confrères, le plus souvent lorsqu'ils exercent au sein d'un même cabinet, ou sur des problèmes liés à des rachats de clientèle. Pour tout ce qui relève de blessures, nous n'avons pas encore été saisis. Néanmoins, lorsque le cas est grave, les tribunaux sont saisis. Depuis la création de cette procédure disciplinaire, une quinzaine de sanctions ont été prononcées dont une exclusion définitive.

Quelles sont les limites de ce code de déontologie ?

Seuls les membres du ROF sont obligés d'y souscrire, soit 1 050 personnes. De plus, il n'a pas été rédigé par l'ensemble de la profession. C'est pourquoi nous engageons actuellement une réflexion sur l'éthique de la profession à partir de laquelle nous trouverons de nouvelles règles déontologiques en vue des assises nationales de l'ostéopathie l'année prochaine. Les propositions retenues seront ensuite présentées à l'assemblée générale du ROF.





QUE DOIT COMPORTER UN CODE DE DÉONTOLOGIE ?

Je ne peux pas dire ce que doit comporter un code de déontologie, mais je peux exposer ce que les différents codes comportent habituellement. Ils intègrent systématiquement des règles visant à assurer la loyauté du professionnel envers le patient, l'indépendance du professionnel dans sa pratique, notamment vis-à-vis de son employeur, le rappel du secret professionnel (instauré par le code pénal), les questions de concurrence – par exemple l'interdiction de la publicité mais l'autorisation de présenter des éléments d'information avec discrétion – et certaines prohibitions telles le compérage (accord avec un autre professionnel de santé pour des paiements réciproques ou des remerciements), ou les commissions.

DANS QUEL ESPRIT EST RÉDIGÉ UN CODE DE DÉONTOLOGIE ?

Historiquement, les codes de déontologie, élaborés par les associations ou les syndicats, avaient, au-delà des «grands principes» de morale professionnelle qu'ils contiennent indubitablement, bien souvent des objectifs plus prosaïques. Ainsi, le code de déontologie médical a notamment intégré en 1927 des principes destinés à défendre la médecine libérale face à la médecine sociale (c'est-à-dire salariée). Les médecins libéraux revendiquaient un paiement à l'acte, synonyme selon eux d'indépendance et garant d'une meilleure prise en charge du patient. D'ailleurs, si les codes abordent la confraternité, ils s'attardent beaucoup plus longuement sur la concurrence, objet de nombreuses dispositions. Une question qui doit beaucoup intéresser les ostéopathes aujourd'hui puisqu'ils se trouvent dans la situation des médecins au XIX^e et début du XX^e siècles, avant que les mécanismes de protection sociale ne rendent solvables leur clientèle potentielle. Étant donnée l'évolution démographique de la communauté ostéopathique, il est possible que certains d'entre eux, confrontés à des difficultés pécuniaires, choisissent d'adopter des comportements « anticoncurrentiels ».

QUELLE EST LA PROCÉDURE POUR FAIRE ADOPTER UN CODE DE DÉONTOLOGIE AUPRÈS DES POUVOIRS PUBLICS ?

Lorsqu'un ordre professionnel encadre la profession, le conseil national de l'ordre prépare le code de déontologie, puis soumet son projet au premier ministre (en fait, au ministère de la santé). Une fois un accord trouvé, le code est promulgué par ce dernier et devient un décret, car l'organisation des professions relève du règlement et non de la loi.

UN CODE DE DÉONTOLOGIE PEUT-IL ÊTRE MODIFIÉ APRÈS AVOIR ÉTÉ ÉDICTÉ PAR L'ÉTAT. SI OUI, SELON QUELLES MODALITÉS ET DANS QUELS BUTS ?

Si le code de déontologie prend la forme habituelle d'un décret en Conseil d'État (acte du premier ministre) proposé par la profession, la modification du code est possible en suivant la même procédure. Les différents codes de déontologie évoluent d'ailleurs régulièrement. Si la déontologie reste une production associative ou syndicale, l'administration n'a pas à intervenir, et les instances décisionnelles de ces entités peuvent modifier le code dans le respect de leurs procédures internes.



Joël Moret-Bailly est docteur en droit et maître de conférences à l'université de Lyon (Saint-Étienne). Spécialiste en droit des professions et activités de santé (déontologie, discipline, organisation, responsabilité, conflits d'intérêts), il a notamment été le rapporteur du groupe de travail juridique de la haute autorité de santé (HAS) dans le cadre de l'élaboration de la recommandation relative aux « Nouvelles formes de coopération entre professions de santé ». Il est membre de la commission nationale des accidents médicaux et enseigne, depuis quelques années, le droit relatif à l'activité d'ostéopathe.

ET SI LA PROFESSION EST DIVISÉE, SANS ORDRE PROFESSIONNEL COMME C'EST LE CAS POUR LES OSTÉOPATHES ?

Un groupement professionnel, notamment une association ou un syndicat peut prévoir, en son sein, un code de déontologie ; ce dernier ne sera cependant opposable qu'aux membres de l'organisation qui le porte, et pas au-delà. Il est cependant imaginable que plusieurs organisations adoptent le même projet qui aura, dès lors, vocation à s'appliquer de manière plus large.

COMMENT FAIRE RESPECTER UN CODE DE DÉONTOLOGIE ?

Cette fonction peut être assurée par un ordre professionnel qui intègre toujours une juridiction disciplinaire. Mais un code de déontologie peut être édicté dans une profession dans laquelle il n'y a pas d'ordre professionnel. Tel était le cas, par exemple, de la profession infirmière entre 1993 et 2006. La profession disposait d'un code de déontologie ainsi que d'une juridiction disciplinaire, sans pour cela être organisée en ordre. Dans le cas des codes de déontologie portés par les associations des syndicats, c'est à ces derniers de décider des conséquences de l'irrespect éventuel des règles déontologiques.

UN MÊME CODE POURRAIT-IL S'APPLIQUER AUX DIFFÉRENTES PROFESSIONS QUI PARTAGENT LE TITRE D'OSTÉOPATHE ?

Cela semble difficile car les membres des professions de santé qui peuvent accéder au titre d'ostéopathe (médecins, sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes, infirmières) sont d'ores et déjà soumis à des codes de déontologie. Dans ce contexte, quelle serait la place d'un code de déontologie des ostéopathes ? S'appliquerait-il à l'ensemble des activités d'ostéopathie, quelles que soient les professions ? Il est possible d'imaginer que les professionnels qui pratiquent l'ostéopathie, à titre non exclusif, défendrait la pertinence de leur déontologie pour saisir leur activité d'ostéopathe de préférence à la « nouvelle » déontologie des ostéopathes. Ou bien, ce code de déontologie

des ostéopathes ne s'appliquerait qu'aux ostéopathes à titre exclusif ? Comment alors justifier qu'un patient, pris en charge pour un acte d'ostéopathie, voit les devoirs du professionnel différer en fonction de l'appartenance professionnelle de ce dernier ? S'agirait-il d'appliquer aux ostéopathes exerçant à titre exclusif un autre code de déontologie ? Mais alors lequel ? Médical, des masseurs kinésithérapeutes, des sages-femmes, des infirmières ?

QUELS SONT LES ÉLÉMENTS DE RÉUSSITE DANS LA MISE EN ŒUVRE D'UN CODE DE DÉONTOLOGIE ?

Pour donner son efficacité à la démarche déontologique, deux conditions me semblent nécessaires : l'accord des professionnels sur le contenu « formalisé » du code (les représentants de la Nation ou de l'administration devant, en outre, être convaincus de la nécessité de la déontologie) ; l'accord de la communauté professionnelle sur ce même contenu, accord pouvant éventuellement se déduire du respect habituel de certains principes. Un code de déontologie suit sans doute une pratique majoritaire dans un groupe professionnel qui ne dispense pas de sa formalisation par une « avant-garde éclairée ». Si l'une des deux conditions manque, la démarche semble vouée à l'échec ; telles semblent bien être, en tous cas, les leçons de l'histoire. Pour les professions, cette réflexion sur la déontologie constitue un moment fondateur. L'unité nécessite beaucoup de concertations préalables pour présenter un projet représentatif d'une bonne partie de la profession.



EN RAISON DE LEUR STATUT, UN TITRE ET NON UNE PROFESSION, LES OSTÉOPATHES EXCLUSIFS PEUVENT-ILS VOIR LEUR DEMANDE D'UN CODE DE DÉONTOLOGIE ABOUTIR ?

Au-delà des difficultés précédemment évoquées à propos de l'articulation entre ce code et les autres codes de déontologie, il n'existe pas d'impossibilité de principe à l'édiction d'un code de déontologie des ostéopathes à titre exclusif. Il suffirait de lier son applicabilité, non à l'appartenance à une profession, mais à la possession du titre d'ostéopathe. Une question supplémentaire me paraît alors être la suivante : une fois le code édicté, que fait-on ? Son efficacité est, en effet, liée aux possibilités de le faire respecter.

L'ADOPTION D'UN CODE DE DÉONTOLOGIE POUR LES OSTÉOPATHES EXCLUSIFS FACILITERAIT-ELLE LEUR RECONNAISSANCE COMME PROFESSION À PART ENTIÈRE ?

Dans cette question, il y a des implicites. Qu'apporterait aux ostéopathes d'être reconnus en tant que profession ? Et qu'est-ce qu'une profession ? La « reconnaissance comme profession » est un postulat qu'il faudrait questionner en tant que tel et qui pourrait en lui-même faire l'objet de débats. Notamment, et pour être plus précis, qu'est-ce qu'une profession de santé (selon la terminologie de la quatrième partie du code de la santé publique) et quelle

est la position de l'ostéopathie vis-à-vis de cette modalité d'organisation de la distribution de soins ? Je ne peux pas répondre à cette question de « l'intérêt à être reconnu comme profession », mais il est possible d'en dresser les avantages et les inconvénients. Ensuite, ce sera à chaque ostéopathe de répondre à la question. Mais ce que je perçois actuellement, c'est que les ostéopathes sont très divisés à ce propos. Ils ne savent d'ailleurs pas forcément ce qu'est une profession (juridiquement et sociologiquement) et ce que cela implique.

Principales publications :

Déontologie des juristes, avec Didier Truchet, éditions PUF, coll. Licence, 2010

L'ostéopathie : profession de santé ou activité de soins ?, Revue de droit sanitaire et social, n° 2, 2009

Les modes de définition des professions de santé : présent et avenir, Revue de droit sanitaire et social, n° 3, 2008

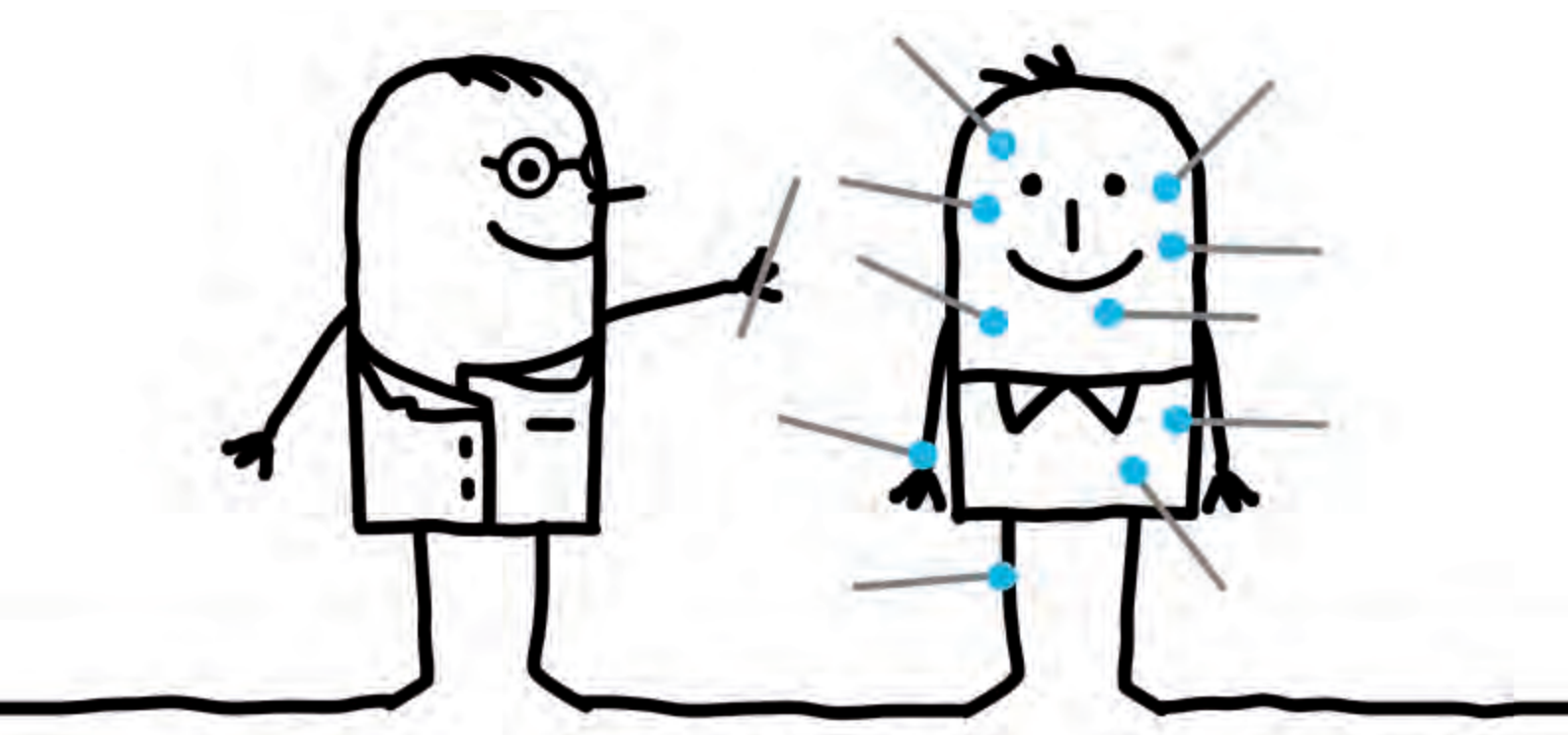
Les ordres professionnels des professions d'auxiliaires médicaux, Revue de droit sanitaire et social, 2007

Les déontologies, éditions Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2001



Ostéopathie et acupuncture

Des chemins différents, des actions complémentaires



L'acupuncture traite le corps dans sa globalité en s'intéressant aux flux énergétiques qui le traversent et qui passent par certains points. Cet abord holistique, ainsi qu'une démarche diagnostique spécifique, constituent des points communs indéniables avec l'ostéopathie. Les deux disciplines ont d'ailleurs tout intérêt à jouer les complémentarités et à établir des collaborations. Illustrations des échanges entre les deux disciplines au travers de témoignages de spécialistes.

P principale branche de la médecine traditionnelle chinoise, l'acupuncture vise à rétablir une circulation harmonieuse de l'énergie à l'aide d'aiguilles piquées dans des points précis du corps. Au nombre de 366, ces points sont situés le long des 12 méridiens. En présence d'un état pathologique décrit sous l'angle énergétique, l'acupuncteur va établir son diagnostic en recherchant les niveaux où l'énergie est bloquée et la raison du blocage. Il va ensuite appliquer son traitement en levant le blocage et en en corrigeant, si possible, la raison. L'aiguille, entre autres moyens, va lui permettre de diriger le cours des énergies. Tout trouble interne ou dysfonction d'un organe se manifeste à l'extérieur par des zones de sensibilité particulière au niveau de la peau. Il est possible de les identifier par des pressions du doigt et de les stimuler pour les faire disparaître.

Une séance d'acupuncture débute par un examen diagnostic classique et par un autre plus spécifique : prise en compte du passif énergétique du patient, audition et olfaction, palpation, aspect de la langue, température, prise du pouls à 12 endroits différents, etc. L'objectif de l'acupuncteur est alors de réunir des symptômes pour établir un diagnostic énergétique. En médecine traditionnelle chinoise (MTC), la maladie peut avoir plusieurs origines : alimentaire (excès gras ou acide), de température (excès froid ou chaud), émotionnelle, traumatique. Le traitement consiste à planter 5, 10, ou 12 aiguilles par consultation sur des points à distance et des points locaux régionaux.

Établir un diagnostic énergétique du patient

La MTC, comme la médecine occidentale, est un système médical complet qui possède ses propres outils et sa façon particulière d'interpréter les causes des maladies, de poser les diagnostics et de concevoir la physiologie. En Occident, la médecine considère les organes comme des entités parfaitement circonscrites. La physiologie chinoise met l'accent sur les relations fonctionnelles entre organes. Elle s'attarde à décrire les liens entre les organes et le reste du corps autant dans le fonctionnement harmonieux qui maintient la santé, que dans l'évolution d'un déséquilibre qui, à partir d'une certaine sphère organique, perturbe progressivement d'autres sphères.

Au vu de cette description, ostéopathie et acupuncture partagent donc une même prise en charge globale du patient. Dès lors, il est intéressant de voir comment ces deux disciplines ont pu trouver leur place dans le système de soins français. Dans les deux cas, leur pratique a été, dans un premier temps, réservée aux médecins. Néanmoins, l'acupuncture est enseignée dans le cadre d'un certificat d'études spécialisées à l'issue duquel les médecins reçoivent un DE (diplôme d'État). L'ostéopathie peut, quant à elle, être pratiquée par les médecins après l'obtention d'un DIU de médecine manuelle-ostéopathie (diplôme inter-universitaire).

Diplôme d'État contre diplôme inter-universitaire

Ce DE d'acupuncture est par ailleurs une exception française, ce qu'explique Denis Colin, médecin acupuncteur : « La France est le seul pays occidental à avoir un tel DE en acupuncture. Ce diplôme est délivré exclusivement par les universités de médecine. L'acupuncture est donc une spécialité médicale, non pas indépendante, mais intégrée à la médecine générale ». Un statut qui s'explique par le rapprochement des acupuncteurs avec la recherche universitaire. « En démontrant que l'acupuncture pouvait être l'objet d'une recherche scientifique, nous avons obtenu l'appui des universités. Leur soutien auprès du ministère de la santé et de l'éducation nationale a permis la création d'une capacité en acupuncture », reprend Denis Colin.

En revanche, la pratique légale de l'ostéopathie n'est pas limitée au corps médical, contrairement à l'acupuncture. Même si, précise Denis Colin, « L'activité des acupuncteurs non-médecins doit être reconnue et régulée. Des connaissances médicales minimales de niveau infirmier permettraient aux acupuncteurs non-médecins de pouvoir poser des diagnostics différentiels ».

>>>



>>> Par ailleurs, les deux disciplines basent leur pratique sur des diagnostics propres qui prennent en compte l'individu dans sa globalité et orientent vers des protocoles thérapeutiques spécifiques. Des similitudes qui vont plus loin : « Ces deux médecines empruntent les mêmes chemins mais la nature de leur action est différente », souligne Najib Saifi, médecin-ostéopathe et acupuncteur.

Des complémentarités ostéopathie-acupuncture

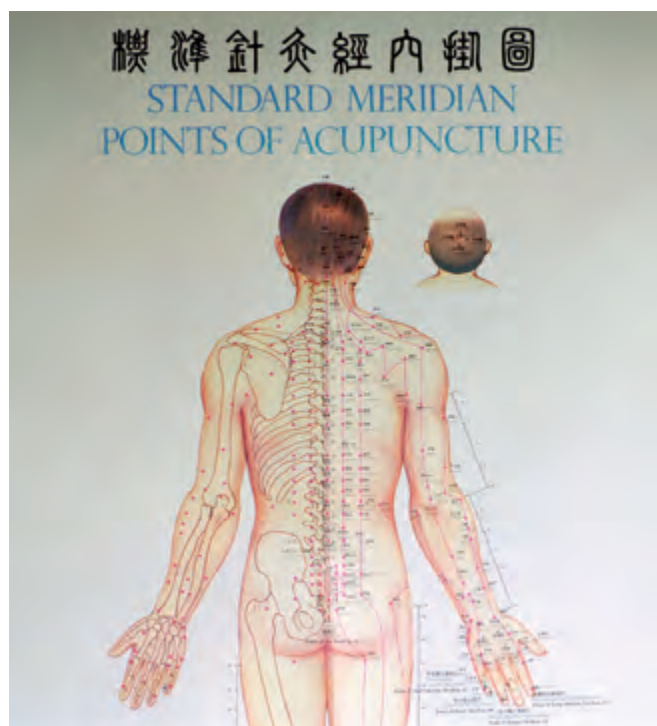
Au-delà des parallèles qu'il est possible de dresser entre les deux disciplines, leurs actions thérapeutiques peuvent se compléter. Après avoir suivi une formation minimale, l'ostéopathe pourra même acquérir les bases nécessaires pour exploiter ces complémentarités et renforcer l'action de son traitement ostéopathique.

Pour Phouthasone Phomphakdy, acupuncteur, directeur pédagogique et enseignant de l'académie de Qigong lyonnais, «Le but est de combiner l'action thérapeutique des ostéopathes avec les possibilités de déblocages énergétiques en utilisant les points d'acupression. Pour ce faire, il est nécessaire de connaître la fonction de certains points qui compléteront l'action ostéopathique. C'est là tout l'objectif d'une formation pour les ostéopathes. Avec leur acuité tactile, ces derniers sont tout à fait capables d'intégrer ces techniques».

Jouer la double compétence ostéopathie-acupuncture

Une double compétence qui permet, selon Lucien Krumholz, médecin ostéopathe et acupuncteur, d'utiliser l'acupuncture comme une alternative en certaines circonstances. «En cas d'urgence, précise-t-il, lorsque des manipulations nécessitent de réaliser des clichés radiographiques préalables, l'acupuncture peut se poser comme une alternative pour un traitement d'urgence en attendant ces examens complémentaires ».

Les ostéopathes pourront également mettre en place des collaborations avec des acupuncteurs. «Là où l'ostéopathe n'obtient pas les résultats escomptés et s'il décèle des déséquilibres énergétiques, il peut réorienter son patient vers un acupuncteur pour un traitement de fond», précise Phouthasone Phomphakdy. «En effet, reprend Lucien Krumholz, certains déséquilibres énergétiques ont pour conséquences des lésions ostéopathiques. Par exemple, un foie en excès énergétique donne des contractures, en déficit, il donne des relâchements. Le rein en excès peut donner des pathologies rhumatismales, en déficit d'autres pathologies. Si ces organes ne sont pas soignés, la dysfonction diagnostiquée, bien que traitée par l'ostéopathe, réapparaîtra. >>>



Les principes de la MTC

En médecine traditionnelle chinoise (MTC), tout ce qui nous entoure et nous constitue est issu d'une même composante fondamentale : le Qi. L'être vivant est une organisation résultant de la combinaison de matière, de nature yin, et d'énergie, de nature yang. L'équilibre harmonieux entre ces deux composants conditionne l'état de santé. L'énergie circule librement dans le corps à travers les tissus de l'organisme en utilisant un itinéraire spécifique, toujours le même et connu depuis longtemps : les méridiens. Les principaux sont au nombre de 12, et chaque méridien part d'une extrémité et se prolonge jusqu'aux viscères, en irriguant tous les organes qu'il rencontre sur son parcours. L'énergie (Qi) est mouvement. La perturbation de ce mouvement sera un blocage. L'énergie bloquée en une région du corps s'accumule en amont du blocage, alors que les régions en aval du blocage vont se trouver en déficit énergétique. Les perturbations de l'équilibre entre le Yin et le Yang et la mauvaise circulation du Qi sont responsables de la maladie.

Explication scientifique de l'acupuncture

En MTC, l'aiguille agit sur la circulation des énergies. Pour les scientifiques, l'aiguille entraînerait une action réflexe qui stimulerait l'hypothalamus déclenchant à son tour la production de substances, les endorphines, qui ont un effet antalgique sur la douleur. L'acupuncture n'est pas encore parfaitement comprise mais l'OMS a établi depuis 1979 une liste de 43 maladies qu'elle est susceptible de traiter. Comme pour l'ostéopathie, la difficulté de cette médecine reste de faire la preuve de son efficacité. Pour certaines pathologies, l'effet de l'acupuncture est vérifié et son efficacité est reconnue pour soigner les douleurs chroniques du dos et du genou. En France, elle est pratiquée dans certains services hospitaliers de traitement de la douleur et dans certaines maternités pour favoriser le retournement des bébés qui ne sont pas dans la bonne position pour l'accouchement.



interview

Denis Colin

Médecin acupuncteur

Denis Colin est responsable de l'enseignement de l'acupuncture obstétrique du DIU de Paris XIII, responsable de la capacité de médecine en acupuncture, attaché à l'hôpital de Saint-Cloud et président du CFA-MTC (collège français d'acupuncture et de médecine traditionnelle chinoise).

Comment est pratiquée l'acupuncture en France ?

En France, seuls les médecins sont autorisés à pratiquer l'acupuncture. Il y a environ 3 000 médecins acupuncteurs dont environ 1 700 sont répertoriés à la Sécurité sociale. Par ailleurs, environ 7 000 praticiens non-médecins exercent l'acupuncture. L'acte d'acupuncture a été coté par la Sécurité sociale en tant qu'acte technique, sans prendre en compte l'acte clinique. La consultation est donc tarifiée comme un acte infirmier. C'est pourquoi certains médecins préfèrent ne pas se déclarer comme tels auprès de la Sécurité sociale et la plupart des médecins acupuncteurs sont en secteur deux ou trois. Il n'existe pas d'ordre des acupuncteurs comme au Canada par exemple, et en France, la profession est gérée par l'ordre des médecins.

Quel est le statut des acupuncteurs non-médecins ?

Leur activité doit être reconnue et régulée. Des connaissances médicales minimales de niveau infirmier permettraient aux acupuncteurs non-médecins de pouvoir poser des diagnostics différentiels. Ils auraient alors la possibilité soit de créer un ordre

spécifique, soit d'être intégrés à l'ordre des médecins, de la même façon que l'ordre des kinésithérapeutes dépend de l'ordre des médecins. Il n'y a pas eu de vraie discussion ni d'intervention du gouvernement pour créer une commission et proposer un arrêté, un décret ou un projet de loi. Le mouvement autour de la reconnaissance de l'ostéopathie n'a pas profité aux acupuncteurs non-médecins. J'espère néanmoins que cette situation sera résolue à court terme, d'ici deux ans, car il n'y a pas de raison qu'elle dure plus longtemps.

Quel a été le processus de reconnaissance de l'acupuncture en France ?

En 1987, un DU d'acupuncture avait été créé, reconnu en 1990 par l'ordre des médecins. En démontrant que l'acupuncture pouvait être l'objet d'une recherche scientifique, nous avons obtenu l'appui des universités. Leur soutien auprès du ministère de la santé et de l'éducation nationale a permis la création d'une capacité en acupuncture. La France est le seul pays occidental à avoir un tel DE en acupuncture. Ce diplôme est délivré exclusivement par les universités de médecine. L'acupuncture est donc une spécialité médicale, non pas indépendante, mais intégrée à la médecine générale.

Quel est l'état de la recherche en acupuncture ?

Depuis 1973, nous avons recueilli environ 160 000 références. Tous les ans, plus de 700 publications paraissent sur le sujet : environ 350 en recherche fondamentale et

« Nous avons obtenu l'appui des universités »

entre 400 et 500 en recherche clinique. Plus de 50 % d'entre elles proviennent de Chine. La recherche clinique en acupuncture porte sur des essais contrôlés et randomisés. Des revues systématiques (revue de littérature) et des méta analyses sont également publiées et confirment l'efficacité de l'acupuncture. Mais les crédits alloués en France sont minimes et ne permettent pas de mener des essais cliniques avec des protocoles rigoureux. Par exemple, un essai clinique qui nécessiterait 500 inclusions par groupe n'en aura que 50 pour des raisons de budget. Mais en 2009, le ministère de la santé a inclus les médecines complémentaires dans les appels d'offres de recherche qui sont lancés tous les ans dans le cadre du PHRC (programme hospitalier de recherche clinique). Cette année, un budget de 500 000 euros a été attribué pour une recherche que je dirige sur l'action de l'acupuncture dans les dystonies dynamiques (arrêt du travail et des contractions de l'utérus pour des raisons non mécaniques lors de l'accouchement). L'objectif est de démontrer l'intérêt de l'acupuncture dans ces situations pour réduire le nombre des césariennes. Il existe quelques méta analyses et quelques essais cliniques sur le sujet. Le traitement est régulièrement appliqué dans les maternités disposant de médecins ou de sages-femmes acupuncteurs, mais aucune étude importante n'avait été menée jusqu'alors sur ce sujet. Notre recherche se fera au sein de huit maternités et inclura 2 300 personnes.



L'acupuncture est une médecine millénaire. Comment peut-elle évoluer pour s'adapter à notre époque ?

La médecine chinoise est particulière car son système de logique, complet en lui-même, est utilisé actuellement comme il y a vingt siècles. Ses fondements n'ont pas changé mais aujourd'hui, l'acupuncture prend en compte de nouvelles maladies. La recherche en acupuncture contribue néanmoins à l'amélioration du traitement des maladies déjà connues en mettant en évidence l'efficacité de certains protocoles par rapport à d'autres. Dans le monde, il y a une bonne homogénéisation des indications et de la pratique de l'acupuncture. Il est néanmoins possible de distinguer les protocoles classiques des protocoles plus modernes. Parmi les effets notables et utiles des applications actuelles de l'acupuncture, il y a le traitement des pathologies des personnes âgées ainsi que la prise en charge complémentaires des maladies chroniques et graves. Aussi bien au niveau des maladies elles-mêmes qu'au niveau du contrôle des effets secondaires des thérapies lourdes (chimio, radiothérapies, etc.).





interview

Phouthasone Phomphakdy

Acupuncteur

« Il est nécessaire d'établir des relations entre ostéopathie et acupuncture »

Directeur pédagogique de l'académie de Qigong lyonnais, Phouthasone Phomphakdy assure une formation en médecine traditionnelle chinoise ainsi qu'une formation pour ostéopathes, « Acupuncture pour ostéopathes », organisée par PLP Formation

Quels parallèles faites-vous entre ostéopathie et acupuncture ?

En médecine traditionnelle chinoise, il est possible de rééquilibrer les énergies avec les points d'acupuncture et avec des mobilisations articulaires associées à de l'acupressure (pression sur des points d'acupuncture). Ces techniques de manipulation ostéo-articulaires sont apparues à la même période que l'acupuncture. Elles utilisent les mêmes méridiens énergétiques. Il s'agit du massage Dong Fa, dont l'orientation énergétique est appelée Tuina. Cette pratique ressemble beaucoup à l'ostéopathie occidentale car elle utilise des points de pression et des mobilisations. Son action est donc à la fois

articulaire et énergétique. Sa pratique doit être précédée d'un bilan énergétique pour déterminer quelles sont les parties faibles ou fortes des blocages et permettre leur libération.

Comment l'ostéopathe peut-il intervenir sur la sphère énergétique de ses patients ?

Mobilisations et massages musculaires ou des fascias sont également pratiqués par les ostéopathes. Ces techniques ostéo-articulaires ainsi réalisées peuvent avoir un double effet. Elles peuvent, dans un premier temps, réparer les lésions ostéopathiques diagnostiquées et, dans un second temps, avoir une action viscérale et énergétique. À condition d'associer au traitement ostéopathique la stimulation de certains points d'acupressure. Cette action permettra de rétablir la partie fonctionnelle des organes par l'intermédiaire des méridiens qui relient les organes à ces points.

Quels sont les objectifs de la formation « Acupuncture pour ostéopathes » que vous animez ?

Le but est de combiner l'action thérapeutique des ostéopathes avec les possibilités de déblocages énergétiques en utilisant les points d'acupression. Pour ce faire, il est nécessaire de connaître la fonction de certains points pour compléter l'action ostéopathique. C'est là tout l'objectif de cette formation et les ostéopathes, avec leur acuité tactile, sont tout à fait capable d'intégrer ces techniques.

Quel est le contenu de la formation qui apportera aux ostéopathes les bases suffisantes pour exploiter ces complémentarités ?

La formation propose une initiation au diagnostic énergétique qui complète le bilan ostéopathique par un bilan énergétique. Cette approche permet de rapprocher un déséquilibre physique d'un déséquilibre énergétique. Ces renseignements seront des indices supplémentaires pour l'ostéopathe avant qu'il ne pose son diagnostic ostéopathique. La première session de formation a été une réussite et les participants sont demandeurs d'une autre formation pour approfondir



ces notions. Avec un contenu plus orienté vers le diagnostic énergétique (prise du pouls, observation de la langue, etc.) et d'autres outils de la médecine traditionnelle chinoise.

Quels sont les axes de collaboration possible entre ostéopathes et acupuncteurs ?

L'approche énergétique apporte des solutions thérapeutiques dans les cas de chronicité. Là où l'ostéopathe n'obtient pas les résultats escomptés et s'il décèle des déséquilibres énergétiques, il peut réorienter son patient vers un acupuncteur pour un traitement de fond. L'inverse est aussi envisageable pour des acupuncteurs qui ne pratiquent pas le massage Tuina. Ils peuvent adresser leurs patients à des ostéopathes pour faire un bilan ostéo-articulaire qui permettra de libérer la partie bloquée. Je pense qu'il est nécessaire d'établir des relations entre les deux disciplines car toutes les deux ont leurs limites.

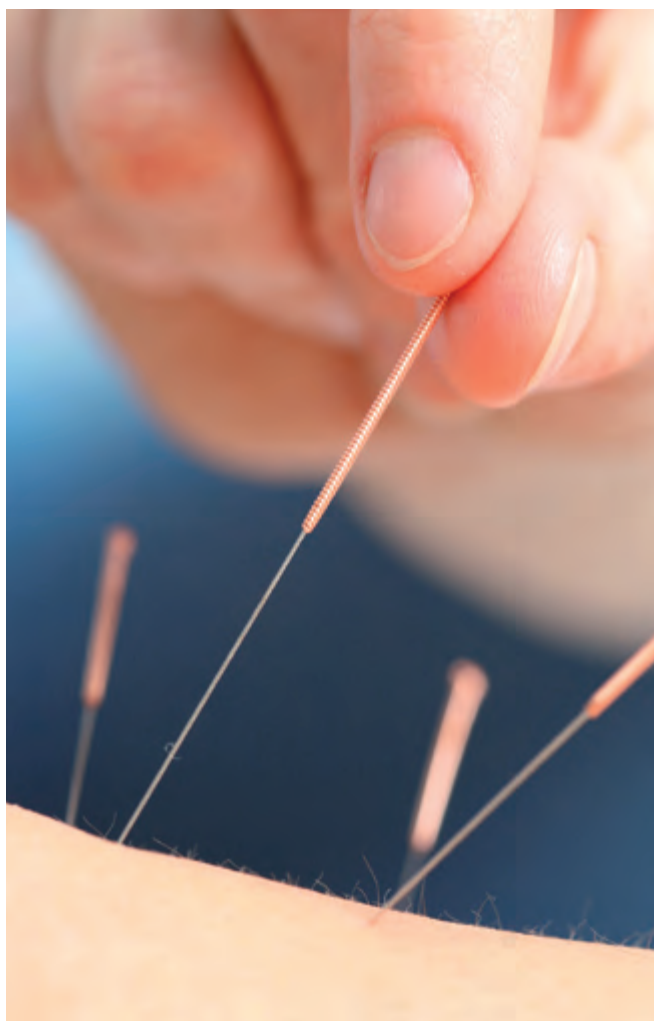


>>> Des échanges réciproques entre les deux disciplines

Entre ostéopathie et acupuncture, l'échange est réciproque, selon Phouthasone Phomphakdy : « L'inverse est aussi envisageable pour des acupuncteurs qui ne pratiquent pas le massage Tuina*. Ils peuvent adresser leurs patients à des ostéopathes pour faire un bilan ostéo-articulaire qui permettra de libérer la partie bloquée ».

Ainsi, à condition de bien connaître les indications et les champs de compétences de chacun, le binôme ostéopathe-acupuncteur pourra apporter des réponses à des patients souffrant notamment de pathologies chroniques. Car au-delà des principes fondamentaux de l'ostéopathie et de l'acupuncture, la recherche et le traitement de la cause des pathologies restent au cœur de ces deux thérapeutiques.

* Massage Tuina : orientation énergétique du massage Dong Fa, manipulations ostéo-articulaires de la MTC apparues à la même période que l'acupuncture. Cette pratique ressemble beaucoup à l'ostéopathie occidentale.



interview

Najib Saifi

Médecin ostéopathe et acupuncteur



« Soulager le patient par des voies et des pensées différentes »

Après avoir obtenu son DIU d'ostéopathie, Najib Saifi a poursuivi sa formation aux États-Unis au sein de la Cranial Academy. Aujourd'hui, installé en cabinet, il pratique et enseigne l'ostéopathie et l'acupuncture.

Comment, selon vous, l'ostéopathie et l'acupuncture sont-elles complémentaires ?

L'action de l'ostéopathe consiste à lever des blocages anatomiques pour rétablir un flux, nerveux, sanguin ou énergétique. L'action de l'acupuncture agit sur les énergies dans le but de rétablir leur équilibre et leur circulation à travers le corps. Les deux disciplines sont donc complémentaires : l'ostéopathie prépare le chemin au niveau anatomique et l'acupuncture fait circuler les énergies. Les résultats s'avèrent meilleurs en utilisant les deux techniques, simultanément ou avec un intervalle de 24 heures, notamment lorsque l'ostéopathie est pratiquée en premier lieu.

De quelle manière mettez-vous en jeu ces complémentarités ?

La pratique des deux médecines permet d'observer l'évolution de l'énergie dans le corps. En pratiquant une ostéopathie orientée vers les techniques crâniennes, je peux poser des aiguilles en même temps. Les palpations ostéopathiques me permettent alors d'évaluer l'évolution des différents niveaux énergétiques du patient pendant le traitement. Lors d'un traitement qui combine ostéopathie et acupuncture, je peux ainsi visualiser les changements du corps (niveau global) et des tissus (niveau spécifique) et observer l'action des aiguilles. J'ai pu constater que ces deux médecines empruntent les mêmes chemins mais la nature de leur action est différente.

Comment positionner ces deux disciplines l'une par rapport à l'autre ?

Le but essentiel est de soulager le patient par des voies et des pensées différentes. Dans les cas difficiles et chroniques, la combinaison des deux médecines apporte des résultats remarquables. Je ne considère pas l'ostéopathie à travers le regard de l'acupuncteur, mais j'essaie de regarder les deux pratiques dans leur complémentarité et leur rapport l'une à l'autre.





interview

Lucien Krumholz

Médecin ostéopathe et acupuncteur

« L'acupuncture se présente comme une alternative thérapeutique »

À quel niveau se trouvent, selon vous, les complémentarités entre ostéopathie et acupuncture ?

Bien que ne pratiquant pas l'ostéopathie viscérale, j'ai pu, grâce à l'acupuncture, traiter des dysfonctionnements viscéraux. À ce niveau, les résultats apportés par l'acupuncture sont beaucoup plus globaux que l'action ostéopathique. D'autre part, certaines pathologies peuvent avoir pour origine des troubles d'organes. Un traitement par l'acupuncture permet alors d'éviter les récurrences. Pour ce qui est des techniques sur les tissus mous (muscles, tendons, fascias), l'ostéopathie est également plus locale. Les séances doivent souvent être répétées. Les résultats sont alors plus rapides et complets avec l'acupuncture. Par ailleurs, en cas d'urgence, lorsque des manipulations nécessitent de réaliser des clichés radiographiques préalables, l'acupuncture peut se poser comme une alternative pour un traitement d'urgence en attendant des examens complémentaires.

Dans quels cas ces complémentarités sont-elles mises en œuvre ?

Une fois éliminée toute pathologie organique, si les ostéopathes n'obtiennent pas de résultats ou si ces résultats ne sont que partiels ou inconstants, l'acupuncture se présente alors comme une alternative thérapeutique.

Inversement, un acupuncteur peut avoir recours à l'ostéopathie lorsqu'il a atteint ses limites. En effet, certains déséquilibres énergétiques ont pour conséquences des lésions ostéopathiques. Par exemple, un foie en excès énergétique donne des contractures, en déficit, il donne des relâchements. Le rein en excès peut donner des pathologies rhumatismales, en déficit d'autres pathologies. Si ces organes ne sont pas soignés, la dysfonction diagnostiquée, bien que soignée par l'ostéopathe, réapparaîtra.

Existe-t-il des pathologies spécifiques à la médecine traditionnelle chinoise ?

Les pathologies décrites dans la médecine traditionnelle chinoise ne sont pas vraiment connues en médecine occidentale. Un diagnostic acupunctural peut révéler une cause différente de la maladie alors qu'il n'y a pas de cause organique évidente. Ainsi, avoir froid au pied est une maladie en médecine chinoise. Causes et pathologies sont spécifiques de l'acupuncture. D'où une grande complémentarité : si un patient ne présente pas de pathologie occidentale et s'il n'y a pas de dysfonctions ostéopathiques, ce peut être un tableau de médecine chinoise.



Lucien Krumholz a contribué à la création du GEMMO Normandie (groupe d'étude de médecine manuelle-ostéopathie) dont il a été le secrétaire général durant plusieurs années. Aujourd'hui, il participe toujours aux activités d'enseignement du GEMMO Normandie, notamment au sein du DIU de médecine manuelle-ostéopathie de Caen. Il est co-auteur d'*Ostéopathie et acupuncture - Check-list pour la conduite systématisée d'un traitement* aux éditions Marco Pietteur.



OSTÉOPATHIE ET ACUPUNCTURE CHECK-LIST POUR LA CONDUITE SYSTÉMATISÉE D'UN TRAITEMENT

Lucien Krumholz
et Jean Borsarello
Éditions Marco Pietteur
496 pages
ISBN : 9782874340369
69 euros

**« Cet ouvrage est le reflet de notre enseignement dans le cadre du DIU de Caen, et des cours de perfectionnement organisés par le GEMMO Normandie »,
Lucien Krumholz**

Après un rappel sur la nature des troubles traités et sur les indications et accidents, la première partie de cet ouvrage aborde des notions de biomécanique et de neurophysiologie simples, élémentaires et nécessaires à la compréhension de la démarche des auteurs. Ensuite sont exposés les stratégies thérapeutiques et les syndromes majeurs en ostéopathie. L'ouvrage s'attache également à décrire les concepts et le vocabulaire afin de faciliter la compréhension des descriptions des manœuvres. La quatrième partie, qui s'intéresse à l'étude de l'approche manuelle et des principes de l'examen, est essentielle pour le débutant. L'examen et le traitement de chaque région étudiée sont précédés d'un rappel biomécanique spécifique et les manœuvres thérapeutiques sont décrites geste par geste sous forme d'une série de photographies commentées à suivre comme une bande dessinée. Pour chaque région, le traitement acupunctural est alors précisé. Le livre se conclut par des cas cliniques et par la description d'enquêtes et statistiques sur les traitements ostéopathiques et acupuncturaux.

L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

L'ostéopathe magazine, premier bimestriel
entièrement consacré aux ostéopathes,
vous propose tous les deux mois :

ACTUALITÉS

Les rendez-vous à ne pas manquer
L'agenda des formations
L'actualité socio-professionnelle des ostéopathes

MÉTIER

Des interviews d'ostéopathes
Des reportages métiers
Des dossiers complets sur des sujets au cœur de l'ostéopathie

HORIZONS

Des conseils d'experts sur la prise en charge du patient
Tour d'horizon des complémentarités de l'ostéopathie avec d'autres pratiques

GESTION

Des conseils pour la gestion de cabinet

L'OSTÉOPATHE
MAGAZINE



enquête
**OSTÉOPATHIE
À L'HÔPITAL
À MI-CHEMIN DE LA
RECONNAISSANCE**



enquête
**L'OSTÉOPATHIE
ET L'EUROPE
L'EXCEPTION
FRANÇAISE**



enquête
**TMS
QUEL RÔLE
POUR LES
OSTÉOPATHES ?**

ABONNEMENT

1 an / 6 numéros : 120 €

TARIF ÉTUDIANT

abonnement 1 an / 6 numéros
60 € au lieu de 120 €

CONTACT : Reza Redjem-Chibane

01.43.64.13.15 - 06.28.04.48.78 - reza.redjem@losteopathe.fr

www.losteopathe.fr



Le CERFO vous propose un large choix de formations complémentaires pour atteindre la performance et la compétence

► PROGRAMME 2010 - 2011

- Diplôme en ostéopathie du Sport validé par le SNOS (Syndicat National en ostéopathie du Sport) www.snosteo.fr en partenariat avec l'EMSP (Ecole des Métiers du Sport Professionnel) www.emspfrance.com
- Manipulations du pelvis et du rachis
- Ostéopathie et Médecine Traditionnelle Chinoise
- Formations organisées à Lille, Lyon et Paris.



CERFO - Centre d'Expertise de Recherche et de Formation en Ostéopathie
28 Avenue du Peuple Belge 59000 LILLE - Tél 03 20 15 20 69

www.cerfosteoo.com