

CND OSTÉOPATHIE

Par Maxime Rigobert

Fiche Santé Novembre 2014

Centre national de la danse
Ressources professionnelles
+33 (0)1 41 839 839
ressources@cnd.fr
cnd.fr

Dans le cadre de sa mission d'information et d'accompagnement du secteur chorégraphique, le CN D appréhende la santé comme une question faisant partie intégrante de la pratique professionnelle du danseur.

À ce titre, il propose une information orientée autour de la prévention et de la sensibilisation déclinée sous forme de fiches pratiques.

Cette collection santé s'articule autour de trois thématiques : nutrition, techniques corporelles ou somatiques et thérapies. Le CN D a sollicité des spécialistes de chacun de ces domaines pour la conception et la rédaction de ces fiches.

Sommaire

Naissance de l'ostéopathie	3
Comment l'ostéopathie est-elle arrivée en Europe et en France ?	5
Introduction générale à l'ostéopathie	6
Quels sont les principes de l'ostéopathie ?	7
Quelles sont les techniques de correction ostéopathique ?	9
Quelles sont les indications et contre-indications ?	14
Quels sont les textes réglementant la profession ?	15
Qui peut faire usage du titre d'ostéopathe en France ?	16
Encadrement de la formation en ostéopathie	16
Textes législatifs et réglementaires	17
Organisations professionnelles	18
Bibliographie	19

Fiche réalisée pour le département Ressources professionnelles par Maxime Rigobert, danseur interprète et enseignant en danse contemporaine au CRR de Paris. Intéressé par les pratiques somatiques et thérapies manuelles, il est également praticien en Shiatsu et Ayurvêda. Fiche réalisée en 2004. Dernière mise à jour en 2014.

Naissance de l'ostéopathie

Les origines des thérapies manuelles et des manipulations vertébrales sont bien lointaines. On a pu retrouver des preuves de leur existence à travers des fresques égyptiennes, qui semblent représenter une mobilisation ostéopathique du coude, et tout au long de l'histoire à travers Hippocrate de Cos dans la Grèce antique, Claude Galien auprès de l'empereur romain Marc-Aurèle, Avicenne au Moyen-Orient vers l'an 1000, et jusqu'à la séparation de la médecine et de la chirurgie au cours du Moyen Âge par le Concile de Latran. La médecine est alors laissée aux barbiers et les manipulations aux rebouteux.

C'est officiellement en 1874 que naît l'ostéopathie avec Andrew Taylor Still (1828-1917).

Qui est A.T. Still ?

Né en Virginie, il passe une grande partie de son enfance et de son adolescence dans le Nord-Est du Missouri près d'une réserve indienne où son père, pasteur méthodiste et médecin, est envoyé. Dès son jeune âge, il l'accompagne et l'assiste dans l'exercice de sa médecine et c'est ainsi qu'il fait ses premiers apprentissages.

Il s'installe dans le Missouri où il assume les métiers de fermier et de médecin. Désireux de se consacrer exclusivement à ses patients, il part étudier à l'université de Kansas City pour approfondir ses connaissances en médecine et en chirurgie. Still est révolté par la médecine de l'époque. Il tente d'être proche de ses patients mais se désole de ses limites.

En 1864, une épidémie de méningite, qui sévit dans le Kansas et emporte des milliers de gens, le décide à chercher une autre façon de soigner. Still est très pieux et reste convaincu que les œuvres de Dieu, spirituelles et matérielles, sont harmonieuses et qu'il doit certainement y avoir un remède « dans la maison où l'esprit demeure » (A.T. Still). Plus tard,

il réussit à soigner un enfant gravement atteint de diphtérie avec ses mains pour seul outil. C'est sur ce principe que sera basée toute sa recherche. Il se remet alors à étudier, non pas dans des livres, mais sur des cadavres qu'il déterre. Ses recherches le mènent à l'ostéopathie.

La réputation de Still se répand très rapidement aux États-Unis. En 1892, il fonde le premier collège ostéopathique à Kirksville dans le Missouri. Ce centre est un lieu de traitement, de recherche et d'enseignement. Dès cette période, l'ostéopathie connaît un développement considérable lié à ses résultats, d'autant qu'à cette époque la médecine conventionnelle a encore peu à offrir. A.T. Still ne pourra pas longtemps contrôler l'évolution du mouvement, d'autres collèges sont créés aux États-Unis (entre 1896 et 1899) et prennent des orientations que Still n'approuve pas forcément.

À la même époque, en Suède, Thure Brandt met au point une méthode thérapeutique destinée aux organes de l'abdomen et, plus particulièrement, de la sphère génitale. Cette méthode, qui permet d'évaluer les anomalies de fonctionnement et de restaurer la santé des zones profondes, est reprise par le gynécologue français Henri Stapfer, puis par le docteur Frantz Glénard. Elle sera intégrée en 1970 par les ostéopathes français sous le nom d'ostéopathie viscérale et gynécologique.

Vers 1900, un autre courant majeur naît aux États-Unis, celui de l'ostéopathie crânienne ou crânio-sacrée, créé par William Garner Sutherland.

Qui est W.G. Sutherland ?

Né en 1873 dans une modeste famille de fermiers d'origine écossaise, ce journaliste découvre l'ostéopathie à travers la guérison de son frère. Il a alors 25 ans et décide de se rendre à l'école de Kirksville pour y faire un reportage. Séduit, il y reste pour devenir ostéopathe.

En observant un crâne éclaté au cours de ses études, il est surpris de l'analogie entre l'os temporal et les ouïes d'un poisson et il a ses premières intuitions sur la mobilité des os du crâne. Il décide de démontrer que tous les os du crâne, hormis la mandibule, sont soudés. Il en fait une étude approfondie et particulièrement des surfaces articulaires. Surpris de ne pouvoir prouver l'immobilité, il entreprend alors des auto-expériences en se comprimant et en se déformant le crâne, afin de constater les effets des lésions ostéopathiques.

Les effets de ses auto-traitements l'amènent à affirmer la motilité¹ des os du crâne et à concevoir, dans les années 1920, le mécanisme respiratoire primaire (voir plus bas la technique crânio-sacrée). En 1929, il fait part publiquement de son concept, lors d'une conférence à différents groupes ostéopathiques, mais ne parvient pas à susciter l'intérêt. Poursuivant ses recherches, il publie 10 ans plus tard son premier livre, *The Cranial Bowl*,

1 – Motilité : Aptitude à effectuer des mouvements spontanés ou réactionnels, constituant l'un des caractères du vivant à toutes les échelles d'observation (Larousse).

et c'est à cette époque que Sutherland se fait progressivement entendre. En 1940, il est autorisé à donner des cours au Policlinic and Post-Graduate College de Denver.

En 1943, le premier groupe d'étude d'ostéopathie est fondé.

En 1946, le Docteur Raleigh fonde l'Association d'ostéopathie crânienne au sein de l'Académie américaine d'ostéopathie.

En 1951, Harold Magoun, ancien élève proche de Sutherland, publie la bible des ostéopathes initiés au traitement crânien (*Osteopathy in the Cranial Field*), devenu un ouvrage de référence.

Et enfin, en 1953, la Sutherland Cranial Teaching est fondée dans le but de mener des études scientifiques sur le mécanisme respiratoire primaire.

Comment l'ostéopathie est-elle arrivée en Europe et en France ?

C'est grâce à John Martin Littlejohn que l'Angleterre fut la terre d'accueil du mouvement fondé par Still. D'origine écossaise, cet élève et professeur au collège de Kirksville fonde avec ses frères sa propre école d'ostéopathie à Chicago avant de rentrer en Angleterre vers 1913.

En 1918, il crée la première école d'ostéopathie d'Europe à Londres (The British School of Osteopathy – BSO). Très tôt, ce courant ostéopathique universitaire s'organise pour marginaliser les pseudo-écoles et pseudo-ostéopathes qui émergent de toutes parts. En 1936, la création du General Council and Register of Osteopaths Ltd² oblige les différentes chapelles à se ranger aux vues de Littlejohn. En 1951, seules 3 écoles ont droit à cette inscription (The British School of Osteopathy, The London College of Osteopathic Medicine, The European School of Osteopathy). De fait, les médecins ostéopathes et les ostéopathes non-médecins se retrouvent dans la même structure associative avec des compétences et des diplômes reconnus par les uns et par les autres. C'est donc à partir de l'Angleterre que se développe l'ostéopathie vers les autres pays européens.

En France, on sait peu de choses concernant la période d'avant la Première Guerre mondiale et de l'entre-deux-guerres. Vers 1913, un manuel d'ostéopathie pratique est publié par les docteurs Moutin et Man. Mais c'est surtout un autre médecin français, Docteur Lavezzari, instruit par une ostéopathe américaine élève de Still, qui reprend le flambeau. Il fonde plus tard, dans les années 1950, la Société française d'ostéopathie. Celle-ci regroupe des médecins français ayant une pratique aux frontières de l'ostéopathie, plus proche de la vertébrothérapie. Toujours dans les années 1950, un ostéopathe français, Paul Gény, fonde avec Thomas G. Dummer (tous deux de formation anglaise) la première École française d'ostéopathie. Les élèves de cette école sont à l'origine du développement du mouvement ostéopathique non-médical en France.

En 1969, F. Peyralade et R. Quéguiner créent la Société d'études de recherches et d'enseignement ostéopathiques (SEREO). C'est la première

2 – Ce registre professionnel équivalent à l'ordre des médecins garantit un haut niveau d'enseignement et le respect d'un code de déontologie. Ce registre couvre de nombreux pays.

école à intégrer le concept crânien dans le concept ostéopathique, à l'intérieur même du programme obligatoire de la formation. Ces deux ostéopathes ont reçu leur enseignement d'un des disciples les plus proches de Sutherland, Harold Magoun.

Dès 1970, commencent à se développer en France de nombreuses écoles. La plupart des enseignants sont formés en Angleterre, certains aux États-Unis, puis plus tard en France. Le mouvement professionnel des ostéopathes non-médecins sera longtemps divisé en différentes associations et écoles, puis connaîtra un premier regroupement par la création d'une Association française des ostéopathes (AFDO) en 1973, devenue aujourd'hui le SFDO (Syndicat français des ostéopathes).

En 1981, le Registre des ostéopathes de France (ROF) est créé par Robert Perronneau-Ferré regroupant ainsi les ostéopathes français, selon une charte particulière.

En 1982, la faculté de médecine de Bobigny délivre un enseignement ostéopathique aux médecins diplômés en France. Les cours y sont dispensés par des médecins ostéopathes et aussi par nombre d'ostéopathes non-médecins, ce qui soulève alors une vive controverse.

Introduction générale à l'ostéopathie³

L'ostéopathie est une thérapie manuelle visant à rétablir l'intégrité mécanique de notre fonction vitale. Elle ne soigne pas, elle permet au corps de retrouver son état de fonctionnement correct et d'utiliser ses propres ressources pour se soigner.

Elle fait donc partie de ces « médecines » comme l'acupuncture et l'homéopathie qui considèrent l'état de santé comme le bon fonctionnement du corps dans son entier, physique et psychique. C'est pourquoi on les dit préventives, terme quelque peu abusif car l'ostéopathe soulage le malade même si le « médicament » est dans le corps du patient : c'est ce que Still appelle « la force de vie ». Elle est préventive aussi parce qu'elle propose un entretien du corps qui permet de gommer les traces des agressions que nous subissons chaque jour et évite qu'elles ne s'accumulent au point de prédisposer à un état pathologique.

De quelle manière concrètement ?

L'ostéopathe dispose de sa « main ». La main peut ressentir et discriminer les informations. Cela va du tact grossier au tact fin. C'est donc un diagnostic mécanique.

L'ostéopathe va tester comment bougent les articulations, comment fonctionnent les muscles qui les actionnent, comment fonctionne le système

3 – Maxime Rigobert tient à remercier Emmanuel Hauss, ostéopathe D.O, pour la rédaction de cette partie et sa contribution à l'élaboration de cette fiche.

neuro-vasculaire qui les irrigue, d'où viennent les perturbations... Tous ces systèmes interdépendants fonctionnent en chaînes. Ainsi une personne peut venir consulter pour un problème de douleur au pied, exprimé par un blocage musculaire et articulaire. Cette douleur choisit pour se manifester un endroit plus fragile ou plus sollicité, comme le pied chez le danseur. L'ostéopathe pourra peut-être sentir que ce blocage est associé à une tension du bassin, qui elle-même révèle une tension abdominale, qui révèle une autre tension ovarienne, qui mènera à investiguer le système crânien... et ainsi de suite.

Le rôle de l'ostéopathe est aussi d'avertir et de demander au médecin traitant des examens physiologiques complémentaires en cas de soupçon de problèmes plus graves ou n'intéressant pas le champ ostéopathique (tumeurs...).

Quelques définitions de l'ostéopathie

« L'ostéopathie est une profession de santé reconnue depuis mars 2002. Elle permet de traiter manuellement les pertes de mobilité des différentes structures qui constituent le corps humain. C'est une thérapeutique fondée sur une connaissance précise de l'anatomie, de la physiologie et des interactions entre chacun des grands systèmes du corps humain. Le diagnostic ostéopathique spécifique (D.O.S) permet de mettre en évidence les dysfonctionnements entraînant une altération de l'équilibre de la santé. »
(Source : SFDO)

« La médecine ostéopathique est une science, un art et une philosophie des soins de santé étayée par des connaissances scientifiques en évolution. Sa philosophie englobe le concept de l'unité de la structure de l'organisme vivant et de ses fonctions. Sa spécificité consiste à utiliser un mode thérapeutique qui vise à réharmoniser les rapports de mobilité et de fluctuation des structures anatomiques. Son art consiste en l'application de ses concepts à la pratique médicale dans toutes ses branches et spécialités. Sa science comprend notamment les connaissances comportementales, chimiques, physiques et biologiques relatives au rétablissement et à la préservation de la santé, ainsi qu'à la prévention de la maladie et au soulagement du malade. » (Définition élaborée en 1987 lors de la Convention européenne d'ostéopathie à Bruxelles)

Quels sont les principes de l'ostéopathie ?

Globalité, unité du corps et médecine holistique

L'ostéopathie se définit comme un courant de pensée qui envisage l'homme dans sa globalité, comme un tout. Ce courant de pensée est dit holistique. L'homme est une unité biologique dont les différentes parties sont interdépendantes, mais aussi une unité écologique liée à son environnement. S'il y a une maladie, il y a une perturbation du lien à l'environnement. Pour comprendre l'homme et son symptôme, il faut pouvoir dégager les différents facteurs physiques, nutritionnels, culturels, psychologiques, émotionnels de la maladie. Une manifestation douloureuse est souvent

l'effet d'un problème et pas forcément la cause. Il faut pouvoir appréhender l'état de santé en fonction de tous les facteurs qui la composent.

Homéostasie et autoguérison du corps

Le corps humain est une unité fonctionnelle constituée de différents systèmes interactifs en perpétuelle recherche d'équilibre. Ces différents systèmes (cardiovasculaire, digestif, nerveux, lymphatique, musculaire, respiratoire et vasculaire) ont des fonctions qui se coordonnent entre elles et qui sont dotées d'un mécanisme d'autorégulation leur permettant de lutter contre tous types de perturbation et traumatismes endogènes et exogènes. C'est cet équilibre subtil que l'on nomme homéostasie. Celle-ci sera entretenue par les voies de la nutrition, de l'élimination, de la communication interne des différentes structures du corps et de la défense de l'organisme.

Autorégulation, autodéfense et autoguérison sont une même tentative de préserver l'organisation vivante. Cette trinité agit simultanément à différents niveaux, l'autorégulation étant la condition même de la stabilité dans un milieu changeant, l'autodéfense tous azimuts tenant en échec un milieu agressif, tandis que l'autoguérison ramène la santé là où l'autodéfense a été submergée.

Structures / Fonctions : la structure gouverne la fonction

Les éléments qui composent la structure sont divers et vont des tissus mous aux tissus durs : les muscles, les tendons, les ligaments, les articulations, les os, les méninges crâniennes et leurs prolongations, mais aussi les membranes appelées fascias qui entourent et séparent chaque partie du corps. Cet ensemble structurel, commandé par le système nerveux central, va diriger les différentes fonctions de l'organisme.

Cette charpente forme une entité neuro-structurelle d'un seul tenant et sans discontinuité. C'est elle qui détermine la forme d'un corps, ses mouvements et ses positions. Elle nous sert à nous déplacer, à parler, à écrire, à travailler et à être dans l'action.

Affirmant l'interrelation entre des structures et des fonctions, l'ostéopathie se concentre pour agir sur la structure qui gouverne la fonction : si la mobilité est bonne, les fonctions peuvent travailler sans entrave. Inversement, elle prétend que des fonctions dérégulées dérangent les structures.

La loi de l'artère

« Une bonne circulation » (artério-veineuse, lymphatique...) est indispensable à une bonne santé et toute entrave lui est nuisible. Les voies de communication nerveuses et liquidiennes occupent un rôle

majeur dans l'unité du corps. À travers les voies liquidiennes sanguines et lymphatiques, se réalisent la nutrition et l'évacuation des déchets, nécessaires au bon fonctionnement des structures et des organes. Si cette circulation d'aller et retour est perturbée, la capacité d'adaptation et d'autorégulation de l'individu est entravée.

Les veines qui ramènent le sang au cœur afin que ce dernier soit réoxygéné par les poumons ne bénéficient pas, en retour, de la force cardiaque. C'est à travers les différentes structures que la circulation de retour est réalisée : contraction et décontraction des muscles, tensions et relâchement des fascias, pressions alternées de tous les liquides. Le mouvement de ces structures favorise non seulement le retour du sang, mais aussi la circulation artérielle dans les capillaires qui irriguent en profondeur. Ces capillaires font notamment circuler la majeure partie du sang artériel.

S'il y a une réduction de la mobilité des structures, cela produit des compressions, des immobilités conduisant à des stases et des engorgements. Cette réduction de la circulation sanguine, qui perturbe la nutrition cellulaire, engendre alors des lésions et l'affaiblissement d'un ou des organes.

Favoriser la nutrition et la communication de tous les organes du corps, y compris des centres de contrôle et des voies nerveuses, pourrait être la formule la plus ramassée de l'ostéopathie. Celle-ci n'a d'autre prétention que de lever les entraves mécaniques, structurelles, aux voies de communication liquidiennes et nerveuses.

Quelles sont les techniques de correction ostéopathique ?

Quelles que soient les techniques utilisées par l'ostéopathe en consultation, son travail ne devra pas se contenter de traiter le symptôme, mais devra en chercher la cause.

Technique structurelle ou manipulations ostéo-articulaires (ou ajustement)

L'ostéopathie structurelle – qui était celle de Still – est, encore aujourd'hui, la plus connue et la plus répandue. Elle est dite « structurelle » parce qu'elle intervient sur la structure et les tissus du corps, le plus souvent l'axe vertébral. Cette technique ostéo-articulaire s'applique par définition au système musculo-squelettique, à toutes les articulations et par voie réflexe aux grands systèmes neurovégétatifs, ortho et parasympathique.

Pour diagnostiquer une lésion articulaire, l'ostéopathe, à travers des tests spécifiques, observe s'il y a une restriction dans le jeu articulaire et si la position des repères anatomiques palpables est conforme à la logique physiologique du patient (chaque patient étant unique).

Il existe plusieurs manœuvres possibles pour effectuer une correction. La manipulation structurelle est l'une d'entre elles. Elle est appelée *thrust* et est la plus utilisée.

Le *thrust* est une mobilisation articulaire de faible amplitude et de haute vélocité, dans les limites physiologique de l'articulation. Il peut s'accompagner d'un craquement, mais ne signifie pas pour autant que la manœuvre soit correctrice, seule la position et la mobilité sont les signes cliniques du succès de la manipulation. L'ajustement peut se pratiquer dans différentes positions et nécessite un relâchement du patient.

L'aide de la respiration peut être nécessaire : c'est à la fin de l'expiration que la manœuvre se réalise. La technique doit être douce, indolore, précise et spécifique et s'intègre dans un traitement global de rééquilibrage des tensions et des forces.

Les techniques avec *thrust*, lorsqu'il est possible de les utiliser, sont très efficaces et donnent des résultats très rapides. Parmi les techniques structurelles utilisées avec *thrust*, il existe des techniques dites indirectes et des techniques dites directes. Les techniques de « recoil » font partie des corrections structurelles dites directes, mais sans mobilisation. Elles se définissent par une impulsion de très haute vélocité et basse amplitude imprimée contre la barrière tissulaire.

Concept viscéral

Surtout développé en France, ce concept viscéral repose sur le bon fonctionnement d'un viscère, lié à sa mobilité physiologique, à sa bonne vascularisation et à son innervation correcte. L'ensemble des viscères est suspendu aux structures osseuses et musculaires et à chacune d'elles correspond un étage vertébral.

Il a été constaté qu'il existe de véritables mouvements des viscères les uns par rapport aux autres et selon des directions qui semblent organisées. Leurs surfaces de glissement sont constituées par des membranes séreuses qui les enveloppent et leurs attaches sont ligamentaires.

À ces différents viscères mobiles s'ajoute un autre phénomène actif de gonflement et de dégonflement mis en évidence par des études échographiques leur conférant un mouvement propre, en particulier sur le rein. Ces viscères mobiles sont contenus dans les cavités abdominale, pelvienne, thoracique et crânienne.

Leur mobilité relative dépend des pressions à l'intérieur des cavités, mais aussi des réflexes neurovégétatifs, de l'intégralité fonctionnelle (tonus) des muscles-cloisons tels que le diaphragme, ceux du plancher pelvien ou ceux qui commandent l'orifice thoracique supérieur.

Si la mobilité viscérale se fait mal, le phénomène engendre un mauvais drainage veino-lymphatique, une dysfonction viscérale et du péristaltisme⁴. Cette conséquence peut engendrer toutes sortes de pathologies sans parler des compensations costales et des respirateurs accessoires.

⁴ –Péristaltisme : mouvement de certains organes tubulaires (tube digestif, par exemple), dû à des contractions musculaires de leur paroi et permettant la progression de leur contenu.

Guidée par une main aguerrie jouant le rôle d'amplificateur et de révélateur, la mobilisation d'un viscère peut soulager une douleur et aussi améliorer les fonctions de certains organes. Les manipulations viscérales peuvent révéler pour le patient des bénéfices spectaculaires, rapides et durables dans de nombreuses pathologies. Elles peuvent se coupler aux manipulations ostéo-articulaires, aux mobilisations rachidiennes ou aux autres techniques fonctionnelles.

Concept crânio-sacré

Bien que l'ostéopathie crânio-sacrée soit utilisée par de nombreux ostéopathes, elle reste, encore aujourd'hui, contestée. Certains remettent en cause son concept même et son enseignement dans les écoles d'ostéopathie, alors que d'autres en sont des fervents défenseurs et la pratiquent depuis longtemps notamment auprès des nourrissons.

Des chercheurs spécialisés sur l'étude microscopique des tissus ont démontré dans leurs travaux que les sutures des os du crâne présentaient un caractère de mobilité qui perdurait tard dans la vie de l'être vivant. Cette notion découle de la physiologie du tissu osseux même, lié à son renouvellement constant. Une autre étude récente sur le développement et la croissance des os a permis d'affirmer par le raisonnement que la forme des sutures était liée au mouvement même des os du crâne.

L'ostéopathie dans le champ crânien repose sur 2 principes :

- Le mouvement des os du crâne ;
- Le mécanisme respiratoire primaire.

Les os du crâne, qui sont au nombre de 29, se divisent en 3 catégories liées à leur origine (cartilagineuse, membraneuse), et leur développement diffère : il s'agit des os de la base, des os de la voûte et des os de la face.

Les mouvements de ces os (voûte, face) sont dépendants du mécanisme respiratoire primaire et sont la conséquence d'une impulsion interne du crâne (en anglais : *Cranial Rythmic Impulse* ou CRI). Ils bougent selon leur emplacement de façon alternative ou symétrique : ils coulissent, font des rotations, se soulèvent, s'abaissent... Ce que perçoit l'ostéopathe ce sont des mouvements superficiels et périphériques motivés par cette impulsion interne.

Le mécanisme respiratoire primaire correspond à un rythme qui part de l'axe crânio-sacré et qui anime tout le corps à travers les fascias. Ce rythme se définit sous forme de pulsation de l'ordre de 8 à 12 fréquences par minute, et est caractérisé par un mouvement en 2 phases : une expansion et une rétractation qu'on appelle la « respiration primaire ». Cette pulsation qui n'a rien à voir avec la pulsation cardiaque ou la respiration pulmonaire, est mise en action à l'intérieur même du crâne. Elle peut-être ressentie à n'importe

quel endroit du corps et l'état de son flux est représentatif de l'état de santé.

5 éléments, à travers leurs conjugaisons, en sont les acteurs principaux :

- La contraction synchrone des cellules nerveuses centrales (CRI) ;
- La fluctuation du liquide céphalo-rachidien (qui est la résultante de ce mouvement) ;
- Les tensions réciproques des membranes crâniennes et rachidiennes ;
- Les mouvements des os du crâne ;
- Le mouvement du sacrum entre les iliaques.

La relation entre le sacrum et le crâne s'effectue à travers une membrane importante appelée la dure-mère. Celle-ci prend naissance à la base du crâne au niveau de l'occipital, sur les deux premières cervicales, s'insère sur le sacrum au niveau du deuxième segment sacré et se continue par le filum terminal au coccyx. Entre ces deux pôles, elle n'a pas d'insertion solide sur les vertèbres. Un échange permanent est donc entretenu entre ces deux extrêmes par le biais du mouvement généré par le CRI (*Cranial Rythmic Impulse*).

Les conséquences de cette pulsation seront de mettre en mouvement les os du crâne et ceux du sacrum, à travers la dure-mère.

Pour l'ostéopathe, le mouvement involontaire, ressenti au niveau du sacrum, est celui du crânien et fait partie à part entière du MRP. Il peut donner des indications thérapeutiques importantes et, s'il est perturbé dans sa mobilité, il peut influencer la mobilité du crâne.

Le MRP assume plusieurs fonctions :

Pour l'homme, le MRP est le signe de sa vie et de sa disparition et persiste environ une vingtaine de minutes après la mort.

C'est un mécanisme d'homéostasie et de rétablissement des équilibres structurels qui gouvernent nos fonctions : à travers le mouvement permanent du crâne et du sacrum, à travers les tissus conjonctifs, à travers les pressions des liquides sur les cellules.

Le MRP protège et incite les deux fonctions clés de l'organisme : le système circulatoire et le système nerveux.

Les techniques crânio-sacrées nécessitent une perception manuelle très fine et une grande pratique afin de pouvoir informer l'ostéopathe sur la motilité des sutures crâniennes (articulations) et l'état du MRP. Calée sur des repères anatomiques précis, la main se laisse guider par le mouvement. Lorsqu'un mouvement est limité, c'est que l'on est en présence d'une restriction qu'il faudra libérer pour restituer une fonction normale.

Il existe différentes manœuvres possibles qui seront choisies en fonction de l'âge du patient, de la pathologie, de sa cause et de son ancienneté.

Les fascias

Les fascias⁵ que l'on nomme aussi tissus conjonctifs sont des membranes qui entourent chaque partie du corps : os, organes, viscères, muscles, artères, vaisseaux, nerf, ligaments... Ces tissus sont dérivés d'un même tissu embryologique, le mésoderme.

Durant le développement embryonnaire, ce tissu, animé d'un micro-mouvement appelé la motilité, sera soumis à de multiples enroulements et sera à l'origine de la plupart des tissus du corps. Les fascias, dont ils proviennent, vont former une chaîne tissulaire quasi-ininterrompue allant de la tête aux pieds, du plus profond au moins profond et animé d'un mouvement autonome. Ils sont ainsi interdépendants et constituent un important moyen de communication interne. Tout changement ou perturbation de l'un d'eux sera vécu par l'ensemble et par tout le corps.

Le tissu conjonctif est constitué de plusieurs composantes. L'une d'elles, la substance fondamentale joue un rôle très important dans la nutrition cellulaire grâce aux échanges qui s'effectueront entre elle et les capillaires sanguins présents en grande quantité dans le milieu conjonctif. Elle possède une capacité d'adaptation autonome lui permettant de changer de viscoélasticité⁶ en cas de contrainte ou de compression. C'est la première barrière de défense de l'organisme.

Au-delà d'une certaine perturbation, les fascias verront leur motilité se réduire, n'ayant plus la capacité de s'adapter à la contrainte. Cela aura pour conséquence le développement de chaînes lésionnelles, voire de pathologies fonctionnelles.

Cette modification au sein des tissus, gardée en mémoire, descendra au fil du temps de plus en plus profondément dans le corps pouvant ainsi atteindre la cellule. À son tour, influencée par le désordre fonctionnel, celle-ci pourra dans certains cas modifier sa fonction de base et renvoyer dans un processus dégénératif des informations tronquées au reste du corps.

Les fascias ont donc un rôle de premier ordre dans l'équilibre de toutes les fonctions du corps. Ils en sont les garants et sont responsables du maintien de notre bonne santé.

L'ostéopathe devra être capable de percevoir des mouvements de quelques microns afin de mettre en évidence les perturbations de motilité du patient. L'utilisation de techniques bien adaptées lui permettra de restaurer la motilité et les distorsions fasciales donnant ainsi au corps la possibilité de retrouver des fonctions physiologiques normales.

5 – Voir la fiche du département Ressources professionnelles sur la fasciathérapie.

6 – Réaction à la contrainte d'une matière se comportant comme si elle était composée d'un solide élastique et d'un fluide visqueux.

Autres techniques

Il existe de nombreuses autres techniques spécifiques. La liste n'est donc pas exhaustive :

- Les techniques myotensives mises au point par Fred Mitchell : elles nécessitent la participation du sujet par un jeu de contraction et relâchement (mise en tension volontaire puis relâchement) qui va permettre à la lésion de céder rapidement ;
- Les techniques émotionnelles développées par John Upledger provoquent une libération somato-émotionnelle, restitution d'une énergie emmagasinée dans tout ou partie du corps, lors d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un événement particulier ;
- Les techniques de Lawrence Jones ou les corrections spontanées par mise en position ;
- Les techniques fonctionnelles ;
- Les techniques énergétiques.

Quelles sont les indications et contre-indications ?

Indications

L'ostéopathie s'applique sur tout être humain, de la naissance jusqu'à la fin de vie, et traite des personnes et non des pathologies. Elle peut agir dans un but curatif mais aussi dans un but de prévention de la maladie. Son champ d'action est très large et peut s'avérer bénéfique pour de nombreuses pathologies différentes, toutefois l'ostéopathe pratiquera un diagnostic d'exclusion avant tout traitement afin de vérifier s'il n'y a pas de pathologie organique sous-jacente. Le cas échéant, il orientera le patient vers le spécialiste adéquat.

Les différentes pathologies pouvant entrer dans le champ d'action de l'ostéopathe sont les suivantes :

- Problèmes musculo-squelettiques : entorses, tendinites, douleurs articulaires, pubalgies, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbagos, costalgies, douleurs coccygiennes, douleurs succédant à un traumatisme important (sportif, accident...) ;
- Problèmes neurologiques : sciaticques, cruralgies, névralgies cervico-brachiales, névralgies faciales, neuropathie diverses... ;
- Problèmes neurovégétatifs : stress, angoisse, anxiété, états dépressifs, spasmophilie, troubles du sommeil... ;
- Problèmes circulatoires : troubles circulatoires des membres inférieurs et supérieurs, congestions veineuses, hémorroïdes, oedèmes, palpitations, certaines hypertensions artérielles, tachycardies, suivi après chirurgies cardio-vasculaires... ;
- Problèmes digestifs : acidités gastriques, hernie hiatale, flatulences, ballonnements, troubles digestifs, troubles hépato-vésiculaires, constipation, diarrhée, colite spasmodique... ;

- Problèmes gynéco-urinaires : incontinence, cystite, suivi de grossesse, trouble de la ménopause, douleurs fonctionnelles du petit bassin, prostatite... ;
 - Problèmes ORL et pulmonaires : rhinites, sinusites chroniques, pathologies asthmatiformes, vertiges, migraines, céphalées, troubles de la déglutition...
 - Problèmes pédiatriques : problèmes du nourrisson et du jeune enfant après accouchement difficile, troubles du sommeil, nervosisme, régurgitation, troubles digestifs, otites, rhinopharyngites, asthme...
- Cette liste n'est pas exhaustive.

Contre-indications

L'ostéopathie ne prétend pas tout soigner et ne pourra guérir les maladies dégénératives comme le cancer, le sida, la sclérose en plaque, la maladie de Parkinson...

Elle ne pourra non plus agir sur les maladies génétiques telles que la mucoviscidose et la myopathie, les maladies infectieuses et/ou inflammatoire telles que la tuberculose, la polyarthrite rhumatoïde et les traumatismes tels que les fractures, les arrachements ligamentaires et les luxations.

Cependant, si l'ostéopathie ne peut agir directement sur ces affections, elle peut agir sur les conséquences et venir soulager les douleurs en libérant les tensions des structures environnantes.

Quels sont les textes réglementant la profession ?

Suite à de longues démarches, le 29 mai 1997 à Bruxelles, le Parlement européen adopte le « Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles ». Pour la première fois, un terme spécifique officiel – « médecines non conventionnelles » – est retenu par une institution officielle, le Parlement européen. Ce terme qui comprend 8 disciplines différentes dont l'ostéopathie, sera repris chronologiquement par la Belgique, le Conseil de l'Europe, le Parlement portugais, l'Espagne puis l'Italie.

Il faudra attendre encore 5 ans pour que la France reconnaisse, par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'ostéopathie comme profession de santé. L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 définit les personnes pouvant faire usage professionnel du titre d'ostéopathe ainsi que les exigences de formation initiale et continue.

En mars 2007, sont parus les décrets d'application de la loi prévoyant notamment les modalités d'agrément des établissements d'enseignement, les conditions d'exercice de la profession et les actes autorisés.

Ce cadre a été modifié en 2014, avec deux nouveaux décrets relatifs à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie publiés les 12 et 29 septembre 2014.

Qui peut faire usage du titre d'ostéopathe en France ?

L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

- Aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire sanctionnant une formation d'ostéopathie suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins ;
- Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues par le décret n°2014-1043 ;
- Aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé en application des articles 6 ou 16 du présent décret (concerne les ressortissants de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et les praticiens en exercice ou diplômés avant 2007).

Les praticiens autorisés à faire usage du titre d'ostéopathe doivent indiquer, sur leur plaque et tout document, leur diplôme et, s'ils sont professionnels de santé en exercice, les diplômes d'État, titres, certificats ou autorisations professionnelles dont ils sont également titulaires.

Les ostéopathes ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste dressée par le directeur général de l'agence régionale de santé de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations.

Encadrement de la formation en ostéopathie

Dans un rapport rendu public en mai 2012, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mis en lumière un encadrement insuffisant des conditions d'agrément des écoles et une importante hétérogénéité de la qualité des formations dispensées. Un nouveau cadre réglementaire a donc été élaboré qui définit les critères sur la base desquels l'ensemble des établissements devront solliciter un nouvel agrément d'ici juin 2015 (décret du 12 septembre 2014 et arrêté du 29 septembre 2014 relatifs à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie).

Un nouveau référentiel de formation est également en cours d'élaboration par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et le ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Il sera applicable dans tous les établissements à compter de la rentrée 2015.

Formation initiale

Le diplôme d'ostéopathe est délivré aux personnes ayant suivi une formation d'au moins 2 660 heures ou 3 années comportant 1 435 heures d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie et 1 225 heures d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie. Cette formation se décompose en unités de formation dans les domaines suivants :

- Physio-pathologie et pharmacologie ;
 - Appareil locomoteur, fonctions normales et pathologiques ;
 - Système nerveux central et périphérique, fonctions normales et pathologiques ;
 - Appareil ostéo-articulaire, fonctions normales et pathologie rhumatismale ;
 - Appareils cardio-vasculaire et respiratoire, fonctions normales et pathologiques ;
 - Psycho-sociologie et aspects réglementaires.
- Elle porte aussi sur les concepts et les techniques de l'ostéopathie.

Formation continue

Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions définies par décret.

Textes législatifs et réglementaires

Arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie (cet arrêté définit les modalités de dépôt des dossiers de demandes d'agrément et leur composition).

Décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie (ce décret fixe la procédure d'agrément, les conditions relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement, et institue la commission consultative nationale d'agrément).

Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 modifié relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

Décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation.

Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires.

Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la composition du dossier et aux modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation prévues pour

les ostéopathes par le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 modifiée relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 75.

Organisations professionnelles

Neuf organisations sont reconnues représentatives de la profession d'ostéopathe pour participer aux négociations avec le ministère sur l'évolution de sa formation et de son exercice. Ces organisations siègeront également à la commission consultative nationale d'agrément des établissements de formation en ostéopathie (excepté le SNMO).

Organisations représentant les ostéopathes non professionnels de santé (ou ostéopathes exclusifs)

- Association française d'ostéopathie (AFO) : www.afosteo.org
- Chambre nationale des ostéopathes (CNO) :
<http://chambre-osteo.com/WD190AWP/wd190awp.exe/CONNECT/CNO>
- Syndicat français des ostéopathes (SFDO) : www.osteopathe-syndicat.fr
- Union fédérale des ostéopathes de France (UFOF) : www.osteofrance.com

Organisations représentant les ostéopathes – masseurs-kinésithérapeutes

Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) :
www.ffmkr.org
Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR) :
www.snmkr.fr

Organisations représentant les ostéopathes – médecins

Syndicat de médecine manuelle-ostéopathie de France (SMMOF) :
www.smmof.fr
Syndicat national des médecins ostéopathes (SNMO) :
www.syndicatdesosteopathes.org
Syndicat « Ostéos de France » : www.osteos.net

Sur les sites de l'ensemble de ces organisations, vous trouverez des informations sur l'ostéopathie, les formations, des annuaires...

Bibliographie

Tout public

- Claude Bochurberg, *Le corps et l'aventure ostéopathique*, éd. L'Harmattan, 1996 ;
- Jacques A. Duval, *Introduction aux techniques ostéopathiques d'équilibres et d'échanges réciproques*, éd. Sully, 2008 ;
- Jean-Marie Gueullette, *L'ostéopathie, une autre médecine*. éd. PU Rennes, 2014 ;
- Lionelle et Marielle Issartel, *L'ostéopathie exactement*, éd. Robert Laffont, 1983 ;
- Catherine Rod de Verchère, Bertrand Schneider, *Le guide de l'ostéopathie*, éd. LGF/Livre de poche, 2014 ;
- Dr Maurice Sainte-Rose, *La santé au bout des doigts : l'ostéopathie, médecine moderne*, éd. Robert Laffont, 2000.

Pour approfondir

- Olivier Auquier, Jean-Pierre Barral, Xavier Sturbois, *Ostéopathie - Principes et applications ostéoarticulaires*, éd. Elsevier Masson, 2007 ;
- Millicent King Channell, David Mason, Renan Bain, *Guide de consultation ostéopathique*, éd. De Boeck, 2012 ;
- André Chantepie, Jean-François Pérot, Philippe Toussiro, *Ostéopathie clinique et pratique 2e édition*, éd. Maloine, 2010 ;
- André Chantepie, Jean-François Pérot, Philippe Toussiro, *Concept ostéopathique de la posture 2e édition*, éd. Maloine, 2011 ;
- André Chantepie, Jean-François Pérot, *Ostéopathie du sport*, éd. Maloine, 2009 ;
- Paul Chauffour et Éric Prat, *Le lien mécanique ostéopathique*, éd. Sully, 2003 ;
- Harold Magoun, *Ostéopathie dans le champ crânien*, éd. Sully, 2000 ;
- Andrew Taylor Still, *Autobiographie 4e édition*, éd. Sully, 2013 ;
- Andrew Taylor Still, *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*, éd. Sully, 2013 ;
- Andrew Taylor Still, *Ostéopathie, recherche et pratique*, éd. Sully, 2012 ;
- William Garner Sutherland, *Enseignements dans la science de l'ostéopathie*, éd. SCTF, 2006 ;
- Pierre Tricot, *Approche tissulaire de l'ostéopathie, un modèle du corps conscient*, éd. Sully 2002.

Professionnels

- Claudine Ageron-Marque, avec la collaboration de Jean-Marie Michelin, *Ostéopathie en gynécologie - guide pratique*, éd. Satas (Belgique), 2006 ;
- Philippe Curtil, Gilles de Coux, *Traité pratique d'ostéopathie structurale - Tome 1 : Bassin – Rachis 3e édition revue et corrigée*, éd. Frison Roche, 2007 ;

- Françoise Hématy, *Le TOG, du traitement ostéopathique général à l'ajustement du corps*, éd. Sully, 2009 ;
- Irvin-M Korr, *Base physiologique de l'ostéopathie*, Ed. Frison Roche, 2009 ;
- Roselyne Lalaune-Pol, *Le crâne du nouveau-né 2e édition*, éd. Sauramps Medical, 2009 ;
- Serge Paoletti, *Les fascias : rôle des tissus dans la mécanique humaine 3e édition revue et augmentée*, éd. Sully, 2011 ;
- Jean-Paul Mathieu, Pierre Mercier, Jean-Pierre Barral, *Ostéopathie. Diagnostic articulaire vertébral*, éd. Verlaque, 1992 ;
- Robert Perronneaud-Ferré, *Techniques réflexes en ostéopathie*, éd. de Verlaque, 1999 ;
- Nicette Sergueef, *Ostéopathie pédiatrique*, éd. Elsevier Masson, 2007
- Serge Tixa et Bernard Ebenegger, *Atlas de techniques articulaires ostéopathiques des membres 2e édition*, éd. Masson, 2010.