

NUMÉRO 14

# L'OSTÉOPATHIE

*...précisément*

Journal des étudiants et diplômés en ostéopathie



L'alimentation  
et  
l'Ostéopathie :  
*l'équilibre de la santé.*

ÉTÉ 2004

# ***NOS COLLABORATEURS....***

**Michel Therrien M.Ps.,D.O.**

*Maitrise en psychologie en 1972. Diplôme en Ostéopathie du Collège d'Études Ostéopathique en 1993. Pratique privée ostéopathie et psychothérapie. Professeur, chargé de cours au CEO aux étudiants à temps plein.*

**Gilbert Sauvé D.O.**

*Diplômé en Art et Science en 1980. Physiothérapie en 1983. Diplôme en Ostéopathie en 1991. Expert en Taekwondo. Deuxième thèse en 2001 sur la Valeur des Connaissances Nutritionnelles en Ostéopathie. Professeur et directeur de thèse.*

**Zachary Comeau D.O.,  
FAAO**

*Professeur au West Virginia School of Osteopathic Medicine; ami proche et médecin de famille de la famille Fulford, il poursuit les recherches du Dr Robert Fulford dans les domaines de la philosophie et des mécanismes de la vie.*

**Nicole Lamothe D.O.**

*Thérapeute en Réadaptation Physique (1987) Diplôme en Ostéopathie au CEO en 2003, assistant professeur depuis septembre 2003.*

**Sylvie Roussin D.O.**

*Technologue en Électro-physiologie médicale (1984) Diplôme en Ostéopathie au CEO en 2003.*

**Philippe Thomas PhT. Ac.**

*Kynésithérapie et ostéopathie de l'École du Dr André De Sambucy (1966), pratique en physio au Québec depuis 1967. Membre de l'Ordre des Acupuncteurs. Pionnier de l'Ostéopathie au Québec.*

**Jean Pierre Amigues D.O.**

*Kinésithérapeute 1961; D.O. de l'École Européenne d'Ostéopathie (Maidstone) 1976. Chargé de cours à différents collèges d'ostéopathie en Europe ainsi qu'au CEO et ses écoles affiliées.*

**Marc Gagnon D.O.**

*Légumes verts  
Fruits frais  
Pains blé entier  
Légumineuses  
Noix  
Eau de source  
..... à votre choix !*

**Marc Gagnon D.O.**

*Bacc en psychologie en 1980. Naturothérapie, phytothérapie et alimentation. Diplôme en Ostéopathie du CEO en 2001.*

**En page couverture :** Soucieux de la tradition en Ostéopathie, nous savons que A.T. Still donnait des conseils alimentaires, mais probablement comme nous, il avait lu l'énoncé d'Hippocrate (qui date de plus de 2400 ans) : "**Laisse ta nourriture être ton remède et ton remède ta nourriture**".

**Gilbert Sauvé D.O.**

# Journal L'Ostéopathie précisément



## POUR VOUS ABONNER

Faites nous parvenir un chèque au nom de

Journal L'Ostéopathie *précisément*

et vos coordonnées au :

309, ch. Laurendeau

Magog Qc J1X 3W4

### Tarif annuel :

Canada : 30\$

États-Unis : 45\$CN/ 30\$ US

Autres pays : 60\$

Tous droits réservés

Copyright©2004 à l'éditeur du  
Journal L'Ostéopathie *précisément*

Toutes reproductions, textes et  
photos en partie ou en totalité sont  
interdites sans l'autorisation écrite  
de l'éditeur.

Veuillez adresser vos demandes à :

**Jean Guy Sicotte M.D., D.O.(Q)**

docjgs@videotron.ca

fax: 819-847-4850

ISSN :1496-7804

# Sommaire

(4) Réflexion de l'éditeur

(5) La Nutrition

Fréquence vibratoire et vitalité des aliments en rapport direct avec la vitalité et la fonction de nos tissus. A.T. Still suivait les enseignements d'Hippocrate sur ce sujet.

(8) Qu'est-ce qui fait disjoncter les ados?

Des découvertes intéressantes sur le développement du cerveau, entre l'enfance et l'âge adulte, permettent de comprendre leur comportement...

(11) Traitement Ostéopathique post thoracotomie

Des patients récupèrent mieux de leur chirurgie thoracique grâce à "l'intervention" ostéopathique. Moins de douleurs; meilleure capacité respiratoire, etc.

(18) L'Ostéopathie et les plantes

La prise en charge de sa santé, par le patient, peut-être complétée par la vertu des plantes.

(20) Relâchement Oscillatoire Facilité

Si vous craignez de vous perdre dans la théorie de cette nouvelle approche ostéopathique, osez sauter quelques pages pour en saisir l'application pratique. Vous aurez ensuite le goût d'y revenir.

(27) Le Choc Émotionnel

Chaque jour nous passons à travers une gamme d'émotions. Elles peuvent être parfois "choquantes" et nous marquer inconsciemment. Que peut faire l'Ostéopathie?

(29) Le système Stomatognathique, Concept Ostéopathique

Une belle occasion d'approfondir l'importance des lignes de gravités, travail de Littlejohn et Wernham. Son aboutissement sur le système occlusal.

(36) Les Positions de Sommeil

Nous passons le tiers de notre vie... à l'horizontal. L'auteur nous aide à comprendre les conséquences des différentes positions que nous y prenons.

## L'Ostéopathie... précisément



Est publié quatre fois par année pour les étudiants et diplômés en Ostéopathie,  
chaque trois mois commençant en mars, distribué aux membres en règle de l'A.D.O.Q.

L'abonnement est toujours disponible pour les non-membres.

ÉDITEUR : Jean Guy Sicotte M.D.,D.O.(Q) tel : (819) 843-8380 docjgs@videotron.ca

Infographie et mise en page : Hélène Viens-Sicotte Conception *Hélène*® Rédactrice en chef

## Un mot de l'éditeur...

Jean Guy Sicotte M.D.,D.O.(Q)



### ***On n'a jamais fini d'apprendre dans la vie.***

*Une grande vérité que certainement personne n'oserait réfuter. Tout aussi vraie dans la vie professionnelle d'un(e) ostéopathe. Tous les grands ostéopathes ont dit ou écrit qu'ils en ont appris beaucoup en traitant leurs patients et davantage en essayant de transmettre leurs connaissances à leurs élèves.*

*Plusieurs de ces maîtres nous ont déjà rendu visite à Montréal à l'occasion de symposiums (dans les ateliers) et de cours post gradués répartis durant l'année scolaire.*

*On peut se rappeler quelques grands noms tels que Viola Frymann et son dévouement pour traiter les enfants; Fred L. Mitchell qui a développé et enseigné la méthode du «Muscle Energy» découverte par son père; Thomas Schooley, premier assistant de William Garner Sutherland dans l'approche crânio-sacrée; Harold Magoun, fils de l'auteur du livre «l'Ostéopathie dans la sphère crânienne».*

*Le Dr Harold Magoun nous visite encore à Montréal cette année à l'occasion du XXI<sup>e</sup> Symposium International d'Ostéopathie Traditionnelle. Il transmet le vécu de la pratique générale d'un ostéopathe; utilisant toutes les approches thérapeutiques que nous avons apprises durant notre cours d'ostéopathie, il nous aidera à perfectionner le sens du «diagnostic» et l'habileté dans nos traitements. Plusieurs autres grandes figures de l'ostéopathie seront également à ce symposium. Une liste complète a été publiée dans le numéro précédent du journal.*

*Sans vouloir faire de la publicité pour cet événement spécial à Montréal, je ne peux m'empêcher de mentionner que les conférenciers et professeurs de qualité*

*qui sont invités, attirent des participants de plusieurs pays. Comme exemple, l'an passé, nous avons pu échanger avec 6 médecins japonais, 10 ou 12 médecins russes, des ostéopathes américains, anglais, français, etc.*

*Profitons-nous de tous ces enseignements des grands maîtres de l'Ostéopathie, de renommée internationale. Les symposiums et cours post gradués sont aussi une occasion de nous sortir de notre coquille... de rencontrer des collègues qui viennent en apprendre d'avantage dans leur vocation de thérapeute; de travailler avec des collègues avec lesquels (le)s on peu échanger notre propre expérience et la leur et enrichir ainsi notre savoir. Plus on reste seul(e) dans son coin, même à faire des petits miracles pour nos patients qui parfois nous adulent, plus on pense qu'on est bon sans s'apercevoir que l'on manque quelque chose.*

*À cet effet, nous créons dans le présent journal une nouvelle rubrique d'événements à venir dans l'enseignement ostéopathique.*

*Je suggère que chaque collègue ostéopathe endosse la responsabilité de se ressourcer, rafraîchir ses connaissances et en rajouter de nouvelles en ostéopathie. Il nous faut être assez matures pour ne pas nous faire dicter un jour des lois ou règlements en ce sens.*

*L'invitation à communiquer votre expérience, des expériences particulières, et votre vécu dans les pages de ce journal est toujours en vigueur. Il y aura toujours des collègues lecteurs qui vous en seront reconnaissants.*

# LA NUTRITION

Par Gilbert Sauvé D.O.



Nous pourrions vous énumérer la liste des vitamines et minéraux ainsi que les calories dont un individu a besoin, mais nous préférons laisser ce discours aux diététistes et nutritionnistes.

Nous aurions pu parler de l'alimentation ayurvédique, chinoise, japonaise, méditerranéenne, etc. Cependant, nos patients ont surtout des habitudes alimentaires nord-américaines, c'est-à-dire, trop de : sucres, viandes, produits laitiers, graisses cuites, sel, produits chimiques dans l'eau et les aliments. Puis pas assez d'aliments vitalisants (voir plus loin) et breuvages.

Soucieux de la tradition en Ostéopathie, nous savons que A.T. Still donnait des conseils alimentaires, mais probablement comme nous, il avait lu l'énoncé d'Hippocrate (qui date de plus de 2400 ans) : "Laisse ta nourriture être ton remède et ton remède ta nourriture".

C'est une des raisons pour lesquelles nous avons choisi d'adapter ce vaste sujet aux ostéopathes. Nos premières préoccupations en Ostéopathie sont de vérifier et d'améliorer le niveau de vitalité et les troubles fonctionnels des gens qui nous consultent. On connaît les techniques ostéopathiques pour répondre à ces besoins, mais pourquoi ne pas donner des conseils alimentaires dans le même sens. Eh oui! En nutrition il existe aussi la notion de vitalité et d'aliments fonctionnels.

La vitalité en alimentation fait référence à la fréquence vibratoire des aliments ou breuvages. Plus la fréquence vibratoire d'un aliment ou breuvage est élevée, plus il sera vitalisant. Un aliment ou breuvage qui présente une fréquence vibratoire moyenne sera ni vitalisant ou dévitalisant, mais celui dont la fréquence vibratoire est basse sera dévitalisant. Voici un tableau représentant approximativement le niveau de fréquences vibratoires des aliments et breuvages.



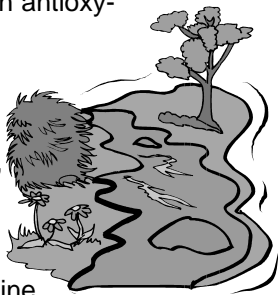
<b>Eau de source</b>	
<b>Germinations</b>	
<b>Algues</b>	
<b>Gelée royale</b>	
<b>Pollen</b>	
<b>Germe de blé</b>	<i>Haute fréquence</i>
<b>Krill</b>	
<b>Probiotiques</b>	
<b>Levure de bière</b>	
<b>Légumes et fruits frais crus</b>	
<b>Noix</b>	
<b>Graines de citrouille</b>	
<b>Oeuf</b>	
<b>Légumineuses</b>	
<b>Poissons</b>	
<b>Insectes</b>	
<b>Viandes</b>	
<b>Crustacés</b>	
<b>Huile press�e à froid</b>	<i>Moyenne fréquence</i>
<b>Tubercules</b>	
<b>Céréales</b>	
<b>Légumes et fruits frais cuits</b>	
<b>Légumes et fruits surgelés cuits</b>	
<b>Abats d'animaux</b>	
<b>Charcuteries</b>	
<b>Les conserves</b>	<i>Peu ou pas de fréquence</i>
<b>Eau distillée</b>	

Dans le tableau précédent, nous avons surtout mis l'emphase sur les aliments à haute fréquence vibratoire qui correspondent aux aliments vitalisants, mais aussi pour la majorité, aux superaliments. La catégorie des superaliments représente les aliments biogéniques. Les aliments faisant partie de la moyenne fréquence sont les aliments biostatiques et la basse fréquence les biocidiques (voir l'article dans le numéro précédent).

Les biogéniques sont des breuvages ou aliments vitalisants, mais en plus ils présentent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : minéralisant (alcalin), reconstituant (protéines de qualité), riche en enzymes, riche en pré ou probiotiques, riche en vitamines, riche en acides gras essentiels et en antioxydants.

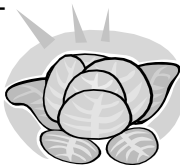
Le premier nutriment que l'on doit considérer, c'est l'eau.

L'eau de source s'il vous plaît, car exempte de produits chimiques. Deuxième considération, c'est qu'à chaque fois que l'on parle de nourriture saine, on se doit de penser biologique, c'est-à-dire, sans pesticide, herbicide, antibiotique, hormone, additif, conservatif, colorant, etc.

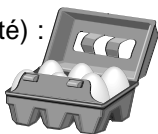


Voici maintenant les biogéniques divisés selon leur principale caractéristique. Vous remarquerez que certains biogéniques se répètent, car ils présentent plusieurs caractéristiques de façon importante.

**Les minéralisants :** Krill, algues, germinations, eau de source, légume frais (**chou**, betterave, brocoli), fruits (figues). Ortie (tisane ou moulu)



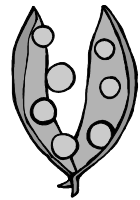
**Les reconstituants** (protéines de qualité) : Krill, algues, germinations, viandes (jeunes), poissons (sauvages), **oeuf**, noix, légumineuses.



**Riche en vitamines :** Algues, germinations, gelée royale, levure de bière, germe de blé, fruits et légumes frais.

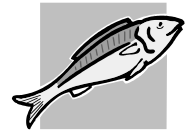
**Riche en enzymes :** Germinations, algues, Krill, **fruits** et légumes frais.

**Prébiotiques :** Algues (micro), germinations, levure de bière, **fèves vertes**, oignon, chicorée (l'inuline).



**Probiotiques :** Bio-K, yaourt (maison), Kéfir.

**Riche en acides gras essentiels :** Krill, huile d'onagre, huile de bourrache, huile de lin, **poissons gras** (sauvages), noix.



**Riche en antioxydant :** Algues, Krill, germinations, fruits et légumes colorés et frais, huile de germe de blé, graines de citrouille, jaune d'oeuf.

Une fois que l'on connaît quels aliments et breuvages suggérés afin d'aider la vitalité de nos patients, nous pouvons nous attarder à l'aide fonctionnelle qu'ils peuvent fournir. Sans donner trop de détails, voici quelques exemples.

Selon une étude à laquelle j'ai participé, un des problèmes fonctionnels des plus fréquemment rencontrés dans notre pratique, au niveau digestif, c'est la constipation. On sait que cette condition est très influencée par: le système neurovégétatif, le foie, les hormones et notre niveau d'activité. Cependant, l'alimentation joue un grand rôle également.

Premièrement, la quantité d'eau (6 à 8 verres par jour) joue un rôle primordial, afin d'assurer un bon transit.

En second plan, tout le monde est conscient du rôle des fibres pour le transit, mais il y a des nuances.

Il existe deux genres de fibres alimentaires, les fibres solubles et insolubles. Tous deux sont des hydrates de carbone. Plus précisément, la fibre soluble est un prébiotique. Elle nourrit les bactéries probiotiques au détriment des bactéries pathogènes. Des études ont démontré que la flore intestinale favorisait un meilleur transit intestinal, d'où l'avantage de les consommer. La seconde fibre, la non soluble, est composée principalement de cellulose qui crée une stimulation de la paroi intestinale, ainsi favorisant le transit.

Troisièmement, l'influence du foie peut être amplifiée par la présence de lipides de qualité dans l'alimentation, ce qui provoquera un appel de bile favorisant le transit.

Mais combien de vos patients boivent suffisamment d'eau et mangent la bonne quantité de fibres et de lipides de bonne qualité. Voici des conseils intéressants à leur offrir.

On peut également penser à nos patients qui présentent un trop haut niveau de fermentation ou putréfaction. Il faudra considérer la suralimentation ou les mauvaises combinaisons alimentaires. Cependant, on sait que si on augmente l'apport des aliments et breuvages riches en enzymes nous réduirons de beaucoup ces problèmes (voir dans le texte les aliments riches en enzymes).

Autres exemples, l'inflammation et la nervosité sont deux conditions qui peuvent être influencées par une hypersympathicotonie. Au niveau alimentaire, on sait que les aliments acides favorisent l'hypersympathicotonie.

Alors, nous aurons avantage à conseiller de consommer des aliments ou breuvages alcalins. (Exemple : tisane d'ortie). Ce qui favorisera le calme, la minéralisation et la réduction de la nervosité et de l'inflammation.

Pour la gestion des lipides, les cholestérols et compagnie, nous conseillerons des lipides contenant beaucoup d'Oméga 3 et 6 ou acides gras essentiels (voir dans le texte).

Une des façons de s'assurer que nous favoriserons une bonne vitalité et un bon niveau de fonctions, c'est tout simplement de manger de manière équilibrée. Un des meilleurs équilibres alimentaires est représenté par la formule 60-20-15-5. Cela correspond à :

- 60 % de vitalisant (voir texte)
- 20 % de protéines (voir texte les reconstituants)
- 15 % de glucides.
  - Céréales, tubercules, certains fruits farineux.
- 5 % de lipides
  - Huiles végétales, graisses animales (surtout Oméga 3 et 6)

Ces pourcentages doivent être légèrement modifiés selon : le niveau d'activités, l'âge, la morphologie et la saison.

Lors d'un cours sur l'alimentation, nous pourrions développer le sujet des maladies de nutrition, leurs

solutions et expliquer les différents déséquilibres (acido-basique, phosphocalcique, oxydatif, de la flore, etc.) qui amènent des désordres métaboliques entre autre.

Cet article nous montre bien qu'il est possible d'adapter les conseils alimentaires afin d'optimiser les résultats d'un traitement des gens qui nous consultent.

## Références

**Buyse Yolande, "Se nourrir pour être en forme" Les Éditions LOGIQUES, 2001, 281p.**

**Guérin Gérard, "Destination santé" Édition Guérin, 2001, 482p.**

**Le Cren Frédéric, "Les Antioxydants" Les Éditions Québecor, 1999, 223p.**

**Vasey Christophe, "L'équilibre acido-basique" Éditions Jouvence, 1991, 134p.**

**Senn Dominique, "La balance tropique" Éditions Fondation Cornelius Celsius, 1984, 222p.**

**Simoneton André, "Radiation des Aliments, Ondes humaines et Santé", Paris, Le Courrier du Livre, 1990, 295p.**



# Ce qui fait “disjoncter” les ados

**Des recherches récentes révèlent que le cerveau humain n'a pas fini de murer avant l'âge de 20 ans. Ce qui expliquerait pourquoi les adolescents sont si souvent bouleversés et bouleversants à en rendre parfois les parents fous. Ce qui peut aussi les rendre très créatifs.**



Ces recherches ont été menées, depuis 13 ans au National Institute of Mental Health par le Dr Jay Giedd. Mille huit cents (1800) enfants et adolescents ont été revus et examinés à intervalles de deux ans. Le développement de leur cerveau a été suivi par des examens d'Imagerie par Résonance Magnétique. L'étude a été d'abord motivée et orientée vers des enfants hyperactifs, souffrant de déficit d'attention, et d'enfants autistiques comparés à des sujets normaux.

Les cerveaux normaux et les autres ont révélé que le développement se poursuit même après la fin moyenne de l'adolescence vers 18-20 ans et probablement jusqu'à 25 ans. Les bouleversements vécus par les enfants sont bien connus des parents: instabilités émotionnelles, impétuosité témérité et goût du risque non calculé, révolte contre les règles, activité sexuelle débordante, drogue, etc. Les chercheurs observent les changements physiologiques du cerveau et tentent d'expliquer les changements de comportement correspondants.

On sait déjà que la fluctuation des sécrétions hormonales peut expliquer certaines perturbations, mais il y a plus.

Les savants ont découvert que le nombre de neurones dans le cerveau humain se trouve à son maximum à la phase embryonnaire, entre le 3e et le 6e mois de gestation, une période explosive de croissance neuronale. Plusieurs neurones jugés inutiles sont émondés avant la naissance. Une 2e vague d'activité de “croissance” survient dans le cerveau durant l'enfance, entre 6 et 12 ans. Le nombre de neurones n'augmente pas, mais les synapses, connections interneuronales se multiplient. Le cerveau prend du volume. La matière grise devient plus dense, s'épaissit. De nouveaux trajets nerveux s'établissent pour

atteindre une densité maximum vers 11 ans chez les filles et 12 ans chez les garçons.

À partir de ce moment s'effectue un 2e émondage de connexions inutiles. La matière grise s'amincit à un taux d'environ 0,7 % par année jusqu'à vers la vingtaine. En même temps la matière blanche augmente en volume, jusqu'à vers l'âge de 20 ans. C'est la couche de myéline, isolant des axones, qui en s'épaississant permet une transmission plus rapide et plus efficace du signal nerveux. Ce processus se poursuit jusqu'à vers l'âge de 40 ans. Donc, moins d'interconnexions, mais plus rapides les communications. On pense plus vite.

## Les facteurs stimulant la maturation du Cerveau.

Le type d'activités que l'on pratique semble favoriser l'augmentation de la myéline dans les zones correspondantes du cerveau. Les activités physiques de précisions telles que jouer du piano stimuleront la zone motrice de la main et des doigts à se densifier. Les activités de mémorisation favoriseront une augmentation du volume de l'hippocampe, structure cérébrale impliquée dans la mémoire.

Plus la recherche avance, plus on se pose des questions. Est-ce que la génétique aurait une influence sur ces développements ? Les recherches se poursuivent. Chez des jumeaux, par exemple, ayant le même bagage génétique, mais qui choisiraient des voies d'apprentissage et des centres d'intérêt différents; l'un plus intellectuel, l'autre plus physique.

Les décisions et comportements bizarres observés chez certains ados ont été jusqu'à maintenant attribués aux changements hormonaux. Mais maintenant que les neurologistes ont observé les changements du cerveau à cette époque de la vie, on commence à comprendre que certaines parties du cerveau participant à la prise de décisions et concernées par le sens des responsabilités, n'ont pas atteint la maturité.

## L'Orage Hormonal

À la puberté, oestrogène et testostérone secrétés respectivement par les ovaires et les testicules envahissent la circulation et favorisent le développement du système reproducteur. C'est un véritable assaut. Des poils poussent aux aisselles et aux plis de



l'aine; la santé cutanée est chambardée; le corps atteint progressivement la forme adulte. Les surrénales produisent également des hormones sexuelles qui stimuleraient le cerveau à sécréter sérotonine et autres neurotransmetteurs agissant sur les états d'âme et l'excitabilité. Ce qui expliquerait la recherche d'émotions intenses et le déchaînement de certaines passions chez plusieurs adolescents. Ces hormones sont particulièrement actives au niveau du système limbique. Selon les découvertes récentes, le cortex préfrontal, région du cerveau qui freinerait cette impétuosité et favoriserait un jugement éclairé n'aurait pas encore atteint la maturité.

### Les “départements” spécialisés du cerveau

Selon les connaissances déjà acquises sur le fonctionnement du cerveau, les différentes parties remplissent des fonctions différentes dans le comportement humain.

**Le cortex préfrontal :** c'est le président directeur général du cerveau, connu comme la région qui y pense deux fois avant d'agir. C'est aussi la dernière partie du cerveau à atteindre la maturité de développement. Ce qui expliquerait pourquoi les ados se mettent souvent dans le trouble par des décisions impulsives. Le cortex préfrontal croît en volume durant l'enfance, par interconnexions neuronales, mais passe par un émondage de ces connexions durant l'adolescence. Il diminue en volume selon les I.R.M. en attendant que ces interconnexions se myélinisent. (Fig. 1)

**Le corps calleux :** Cette région est considérée primordiale dans la solution de problèmes et de créativité. C'est un faisceau de millions d'axones qui interconnectent les 2 hémisphères cérébraux. Durant l'adolescence il se densifie, rajoutant de la myéline autour des axones et permet l'échange de plus en plus d'informations et rend ces échanges plus efficaces.

**Les ganglions de la base :** Cette région du cerveau fonctionne comme le/la secrétaire du cortex préfrontal. Elle est plus grosse chez la femme que chez l'homme. C'est elle qui décide de la priorité de l'information. Ces deux régions, intimement connectées, s'échangent et remanient de nombreuses synapses. La région des ganglions de la base participe aussi à la motricité fine. (Fig.2)

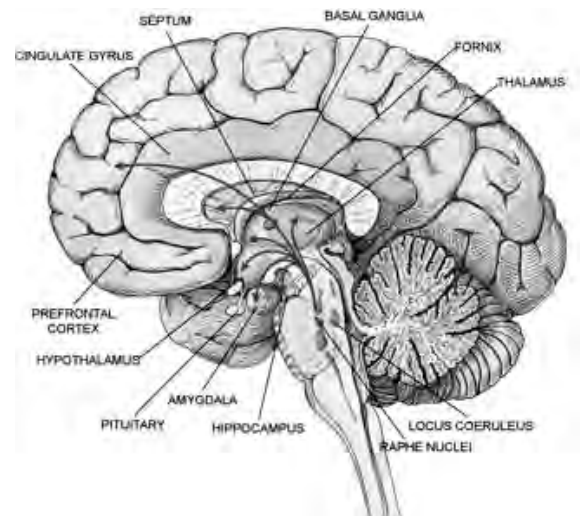


Fig. 1 Cortex préfrontal et amygdale, Albany Medical Center.

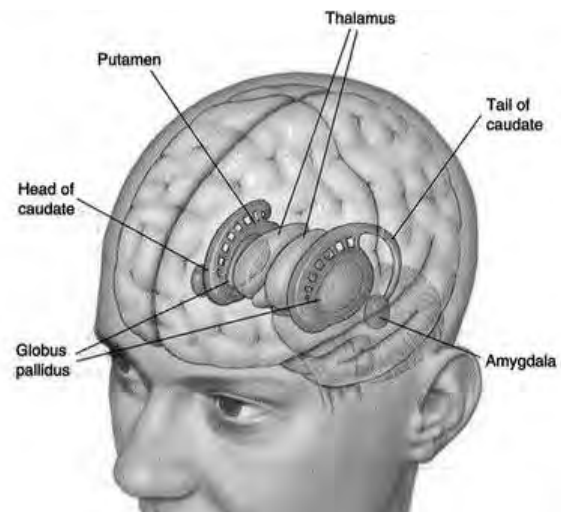


Fig. 2 Basal ganglia, University of North Iowa)

On conclut qu'il est important, pour son développement maximum, d'exposer l'enfant, à la phase préadolescence, simultanément à la musique et aux activités physiques telles les sports.

**L'Amygdale :** C'est le centre des émotions primitives, telles la peur et la colère. Dans le maniement des informations émotives, les adolescents ont tendance à stimuler davantage l'amygdale, une structure logée dans le lobe temporal; tandis que les adultes peuvent plus facilement utiliser leur cortex préfrontal; cette partie du cerveau est encore sous développement chez l'ado qui réagit plus impulsivement.

**Le cervelet :** Un article déjà publié dans les pages de ce journal nous décrivait le rôle du cervelet, non seulement dans la coordination physique, mais aussi, dans les processus de la pensée. Il participe intensivement dans le raisonnement mathématique, l'appréciation de la musique et le comportement social. Les recherches récentes décrivent des changements importants durant l'adolescence par accroissements des connexions interneuronales. Le cervelet est la seule partie du cerveau qui continue sa croissance passé le début de la vingtaine. Le comportement de l'adulte repose moins sur les amygdales et plus sur le cortex préfrontal impliqué dans le bâti de projets et le jugement.

### La Glande Pinéale

Située à la base du cerveau, elle sécrète de la mélatonine, l'hormone du sommeil, sous l'influence de la baisse de la clarté du jour, à l'approche de la nuit. C'est le signal de l'approche du sommeil, bien ressenti chez l'enfant et l'adulte. Mais, tel que démontré dans les recherches poursuivies par Mary Carskadon de la "Brown University", le niveau de mélatonine prend plus de temps à s'élever dans la circulation sanguine chez l'adolescent. Ce qui explique la difficulté de convaincre un adolescent de se coucher tôt pour se lever à une heure raisonnable.

### Saviez-vous que...

À la lumière de ces découvertes, les spécialistes du cerveau osent penser qu'il est peut-être arbitraire de conclure qu'un jeune homme ou une jeune femme ait la maturité pour conduire une auto à 16 ans!... pour voter ou s'enrôler dans l'armée à 18 ans, ... et boire de l'alcool à 21 ans. Le cerveau aurait en effet atteint sa maturité à 25 ans.

Certains juristes américains maintiennent qu'un individu ne devrait pas être jugé de ses actes, comme un adulte, avant l'âge de 18 ans; ni être condamné à la peine de mort. L'association Américaine du Barreau a pressé la législature de chacun des États Américains de bannir cette pratique chez les ados "pour des raisons sociales et biologiques". "Ces ados n'ont pas la capacité de prendre des décisions matures et de comprendre toutes les conséquences de leurs actes". La plupart des parents perçoivent instinctivement ces

choses. Même si le comportement des ados semble parfois viser à rendre fous les parents en affichant une attitude de "tête de cochons", le résultat des recherches permet de croire à l'inconscience de leur part. Il faut donc les aider à se structurer, organiser l'emploi de leur temps, les guider dans les décisions difficiles (même s'ils résistent) et mettre en valeur ces vertus parentales à l'épreuve du temps, la patience et l'amour.

**Inspiré et résumé de TIME, Canadian Edition, May 10, 2004**

**Écrit par Jean Guy Sicotte M.D.,D.O.(Q)**



# L'influence du traitement ostéopathique du thorax chez les patients ayant subi une thoracotomie ou une sternotomie



Par Nicole Lamothe D.O. et Sylvie Roussin D.O.

C'est suite à un entretien avec le Dr Simon Kouz cardiologue du Centre Hospitalier Régional de Lanaudière, que l'idée de faire un travail de recherche sur les conséquences découlant des chirurgies thoraciques a été retenue.

Il nous a fallu présenter notre protocole de thèse au comité d'éthique à la recherche puisque nous souhaitons avoir leur appui pour recruter la clientèle nécessaire, ainsi que l'autorisation d'utiliser les ressources du milieu (inhalothérapeute et appareil de spirométrie).

Cette procédure n'a pas été des plus simples. Nous avons dû faire 4 représentations auprès du comité, incluant une démonstration des manœuvres ostéopathiques. De plus, le comité a dû communiquer avec l'association des hôpitaux du Québec, sur recommandation du directeur général de l'hôpital afin de s'assurer qu'un projet de recherche de cette nature pouvait avoir lieu à l'intérieur de l'hôpital. Finalement, nos démarches ont "porté fruit", notre projet de thèse a été entériné par le comité d'éthique à la recherche, tel qu'il avait été accepté au CEO. De plus, les membres du comité nous ont invitées à leur présenter les résultats de cette recherche, ce que nous avons fait avec plaisir l'automne dernier.

Il nous fait donc plaisir de vous présenter un résumé des résultats de notre thèse qui porte sur l'influence du traitement ostéopathique du thorax chez les patients ayant subi une thoracotomie ou une sternotomie. D'abord, nous avons réalisé que l'intervention chirurgi-

cale par sternotomie ou par thoracotomie est couramment effectuée au Québec. Les statistiques indiquaient qu'entre 1999 et 2000, 8677 personnes ont subi une chirurgie cardiaque par ce type d'approche. Suite à notre revue de littérature, il nous apparaissait évident que les individus ayant subi cette chirurgie sont susceptibles de développer ou de demeurer avec des limitations ou des gênes fonctionnelles.

Il existe en moyenne 67% de patients qui demeure avec des douleurs multiples à la suite d'une chirurgie du thorax et lesquelles sont souvent peu soulagées par la médication. Aussi, Dickey D.O. (Oct. 89) a démontré l'importance du traitement manuel ostéopathique du muscle diaphragme. Il mentionne que dû à l'important écartement du sternum et des côtes inférieures lors de la chirurgie, ceci crée un étirement des fibres du muscle diaphragme ce qui entraîne une dysfonction évidente de ce muscle. Ceci engendre alors un dérangement du patron respiratoire. Il a donc décrit un protocole de traitement postopératoire afin d'améliorer la guérison générale de la personne de façon à diminuer les limitations secondaires à la sternotomie.

On peut alors comprendre que dû à l'écartement sternal ou de la résection costale effectuée lors de la chirurgie ou par les adhérences cicatricielles conséquentes à cette chirurgie, que tous ces facteurs peuvent entraîner une fixité des tissus et des structures. Ces fixités peuvent se retrouver tant au niveau du contenant que du contenu thoracique et créer une instabilité de la cage thoracique, ce qui engendre des limitations et des gênes fonctionnelles résiduelles.

Ces séquelles causent une gêne respiratoire et des douleurs chez ces personnes. Cette recherche littéraire nous a donc incité à formuler nos hypothèses et question de recherche, lesquelles sont :

\*Le traitement ostéopathique du thorax, diminue de façon significative les douleurs résiduelles postopératoires chez les patients ayant subi une thoracotomie ou une sternotomie.

\*Le traitement ostéopathique du thorax augmente significativement la capacité vitale respiratoire chez les

patients ayant subi une thoracotomie ou une sternotomie.

\*Le traitement ostéopathique du thorax et du corelink influence-t-il les données cliniques recueillies lors de l'évaluation ostéopathique?

## Méthodologie

C'est une expérimentation de type clinique quantitative à multiples aveugles. Notons que l'évaluateur, le sujet, l'inhalothérapeute ainsi que le statisticien ne connaissaient pas dans quel groupe les sujets étaient distribués.

Les groupes ont été divisés de façon randomisée par une personne à l'extérieur de l'étude.

Les sujets du groupe contrôle ne recevaient pas de traitement ostéopathique pendant la durée de l'expérimentation, mais ont été traités une fois l'expérimentation terminée.

Des outils de mesures objectifs, standardisés et validés soit le questionnaire de la douleur (EVA) et le test de spirométrie ont été utilisés.

Le thérapeute évaluateur fut le même pour tous les sujets et il en est de même pour l'évaluation ostéopathique.

Le thérapeute traitant fut le même pour toute la durée de l'expérimentation. La méthodologie de traitement fut appliquée toujours de la même façon pour tous les sujets à l'étude.

Nous avons appliqué un traitement manuel placebo pour les sujets distribués dans le groupe contrôle. De cette façon, le biais de prise en charge était contrôlé.

## Déroulement de l'étude

L'expérimentation s'est déroulée de septembre 2002 à mars 2003.

À la première rencontre, les sujets remplissaient le formulaire de consentement puis, exécutaient l'examen de fonction respiratoire forcée par le test de spirométrie.

Le thérapeute évaluateur complétait un questionnaire

général, et prenait la tension artérielle. Le sujet remplissait alors le questionnaire validé de la douleur (EVA) et celui des activités de la vie quotidienne (AVQ). De plus, l'évaluation ostéopathique était effectuée.

Par la suite le thérapeute traitant effectuait le traitement approprié selon la randomisation et le plan de traitement. Notons, que le traitement placebo consistait à des mobilisations passives des membres supérieurs et inférieurs.

Après le traitement, le patient remplissait à nouveau le questionnaire sur la douleur.

Les deux rencontres hebdomadaires suivantes étaient identiques. Il y avait l'ajout d'un questionnaire sur le suivi du patient depuis la dernière visite. La dernière rencontre, deux semaines suivant le dernier traitement, était similaire aux précédentes avec en plus un test de spirométrie, mais sans la partie traitement. Lorsque le sujet faisait partie du groupe placebo, il recevait son premier traitement d'ostéopathie.

## Sommaire des rencontres

Jour 0	Jour 7	Jour 14	Jour 28
Formulaire de consentement- Test de spirométrie	Suivi du sujet	Suivi du sujet	Suivi du sujet
Questionnaire général- Tension artérielle-	Tension artérielle-	Tension artérielle-	Tension artérielle-
Douleur AVQ- Évaluation ostéopathique- 1 <sup>er</sup> traitement Douleur post Tx	Douleur AVQ- Évaluation ostéopathique- 2 <sup>ème</sup> traitement Douleur post Tx	Douleur AVQ- Évaluation ostéopathique- 3 <sup>ème</sup> traitement Douleur post Tx	Douleur AVQ- Évaluation ostéopathique- Test de spirométrie

## Instruments de mesure :

Les instruments de mesure ont servi à la cueillette des données qui furent utilisées aux fins de statistiques.

a) Le questionnaire général a permis de recueillir les données personnelles des sujets à l'étude. Il nous informait sur

- le type de chirurgie subi,

- l'approche chirurgicale utilisée,
- sur la douleur et son moment d'apparition.
- sur les facteurs aggravant et diminuant la douleur,
- ainsi que sur la posologie des médicaments que le patient prenait.

b) Nous mesurons la douleur avec l'évaluation visuelle analogue et avec une partie du McGill pain questionnaire.

\* Comme la perception de la douleur est une variable difficile à évaluer, nous nous sommes appuyées d'un questionnaire déjà validé.

c) Le test de spirométrie était utilisé comme mesure objective et évaluait la capacité vitale du patient.

d) L'évaluation ostéopathique, sur la vitalité et la mobilité des structures préétablies, nous a permis de mesurer spécifiquement la condition du thorax et globalement la condition ostéopathique générale de chaque sujet.

e) Le questionnaire utilisé pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) est un questionnaire reconstitué conçu à partir des questionnaires SF-36 et du Dallas pain questionnaire.

f) Précisons que, suite aux recommandations des membres du comité d'éthique à la recherche du CHRDL, une feuille de route sur la médication a été mise sur pied puisque l'absorption de certains médicaments peut affecter la douleur. Par ce suivi, nous voulions justifier que la douleur était réduite d'abord par le traitement ostéopathique plutôt que par la médication.

### Le plan de traitement

La méthodologie de traitement utilisée pour cette expérimentation est celle enseignée au CEO. Nous débutons d'abord par le traitement des compactions crânio sacrées, sternale, et costales. Puis nous traitons les lésions non physiologiques sans respect des axes de la région sternale, costale et thoracique entre autres les lésions de 2e degré, les adhérences cicatricielles thoraciques ou sternales puis nous traitons les lésions non physiologiques avec respect

des axes. Puis nous terminons avec les lésions physiologiques lorsqu'elles étaient encore présentes.

Tout au long des trois séances, la primarité du site des normalisations pouvait, selon la méthodologie décrite, différer d'un sujet à l'autre. En effet, le déroulement de la séance était individualisé selon le schéma lésionnel retrouvé chez le sujet traité. Toutefois, les sites à traiter, selon le protocole que nous avons établi, étaient tout de même respectés et demeuraient les mêmes pour tous les individus. Donc, le plan de traitement établi était une unité qui se poursuivait à travers les trois séances.

Spécifions que nous traitons la structure au niveau du contenant thoracique d'abord, pour progresser vers les régions plus profondes au niveau du contenu du thorax.

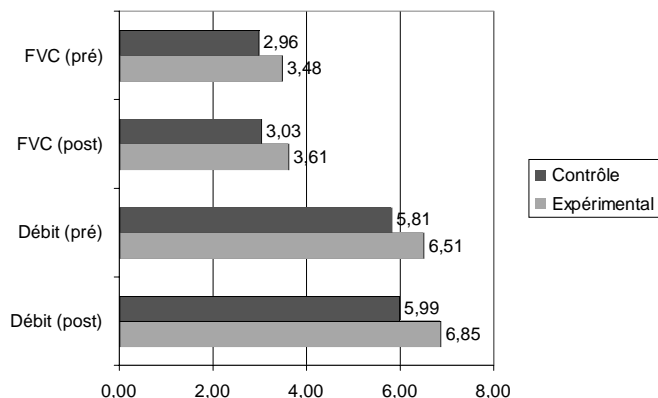
### Statistique

La fonction respiratoire et la douleur sont les éléments principaux que nous avons mesurés à travers notre projet de recherche.

#### **La fonction respiratoire : le débit respiratoire**

Cette variable correspond au débit maximal atteint pendant la capacité vitale forcée. Cette valeur est très importante pour nous puisqu'elle dépend de l'effort fourni par le sujet lors de la respiration.

On a pu observer que l'amélioration, pour les sujets du groupe expérimental, est supérieure à celle du groupe contrôle pour ces variables. La valeur correspondant à la différence des moyennes pour le groupe expérimental est de 0,35 et de 0,18 pour le groupe contrôle.

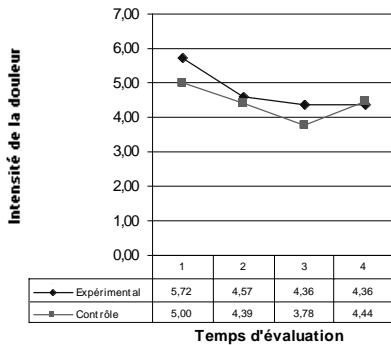


Cependant, la valeur P n'est que de 0,792.

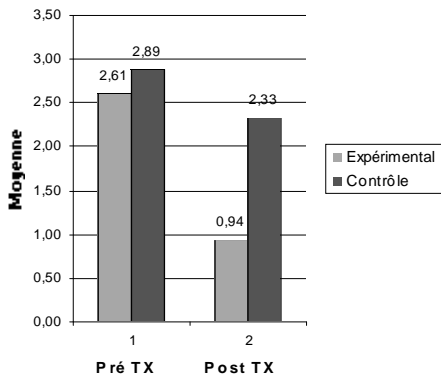
Capacité vitale expiratoire forcée (FVC) et débit expiratoire forcé pré et post-traitement

### Douleur

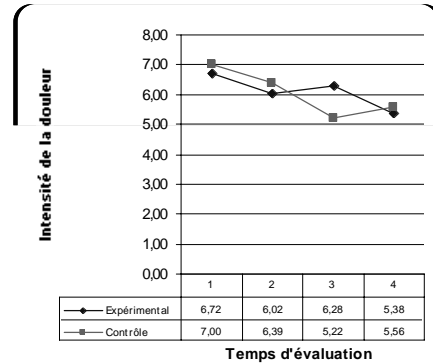
En ce qui concerne la douleur, on remarque qu'entre le 3e traitement et la réévaluation finale, la douleur a augmenté pour les sujets du groupe contrôle tant pour la douleur moyenne tandis que pour le groupe expérimental, la douleur moyenne est demeurée stable et la douleur la plus intense a diminué.



### **Variation de la douleur moyenne pré et post-traitement**



### **Facteurs aggravant la douleur recueillie pré et post-traitement**



### **Variation de l'intensité de la douleur pré et post-traitement**

Nous avons par contre identifié une valeur concernant la douleur qui tend vers la validation statistique. Elle correspond aux facteurs aggravant la douleur dont la toux, la position couchée, les mouvements des bras, la respiration profonde marcher, se pencher, douleur le jour ou la nuit.

De plus, on a remarqué que la prise d'analgésique a diminué pour les 2 groupes mais de façon plus notable pour le groupe expérimental.

On peut alors se permettre de dire que la douleur est diminuée par le traitement plutôt que par la médication.

Nous n'observons alors pas de différence statistiquement significative pour les variables de la douleur et de la fonction respiratoire.

Par conséquent, nous sommes convaincues qu'avec un échantillon plus grand, les résultats auraient pu être plus significatifs.

### Corrélations

Certaines corrélations ont également été relevées en rapport avec nos hypothèses de départ.

Nos résultats ont pu mettre en évidence une corrélation de type modéré avec une tendance significative, entre la diminution de l'intensité de la douleur et l'augmentation du débit expiratoire forcé.

Selon l'analyse statistique effectuée, les sujets ayant amélioré leur débit expiratoire sont aussi ceux dont l'intensité de la douleur moyenne a diminué.

Coefficient de corrélation (r) entre l'intensité de la douleur moyenne et le débit expiratoire forcé :

	<b>Intensité de la douleur moyenne</b>
<b>Débit expiratoire forcé</b>	-0,361 0,070

0,50 > r > 0,30 = corrélation modérée,  
0,05 < P < 0,10 = Tendance significative = T

### Variables ostéopathiques

Plusieurs variables de l'évaluation ostéopathique nous ont permis d'observer des modifications et des tendances nous permettant d'approfondir notre démarche et ainsi nous fournir des pistes très intéressantes de réflexion qui tendent vers la validation de nos hypothèses de départ.

Précisons que certaines variables de l'évaluation ostéopathique ont été regroupées en catégories. Cette méthode a permis de faire ressortir et de définir la ou les zones les plus atteintes sans toutefois en faire un profil.

En effet, nous retrouvons des améliorations des éléments cliniques ostéopathiques évalués debout, assis et couché. Ces variations se retrouvent dans les catégories suivantes : la sommation des lésions retrouvées chez les sujets, la posture, le test de pression-rebond thoracique, superficiel et profond, la mobilité des vertèbres thoraciques, cervicales et lombaires, la mobilité des côtes ainsi que celle du sternum. Également, les lésions de compactations crânio-sacrées et les adhérences cicatricielles sont des variables ayant changées pour les sujets du groupe expérimental. Et ce, supérieurement comparativement aux sujets du groupe contrôle.

Données cliniques ostéopathiques, avec résultats significatifs.

Donc globalement, on peut observer des changements importants et pour la plupart assez significatifs au niveau des éléments de l'anneau thoracique, surtout du 3e-4e et 5e anneau costal.

On peut avancer que la différence obtenue entre les 2 groupes n'est pas le fruit du hasard et est attribuable au traitement ostéopathique.

On peut croire que l'amélioration de la mobilité sternale, costale et vertébrale ainsi que la souplesse cicatricielle obtenue suite au traitement ostéopathique du thorax, a permis d'harmoniser la mobilité mécanique de tout l'anneau costal, mais a aussi contribué à l'amélioration posturale de la personne.

Cette harmonie de l'unité fonctionnelle de la personne, explique les corrélations qui sont ressorties entre l'amélioration de la mobilité vertébrale de T4-T5 avec :

-l'amélioration du MRP sternal tant

Catégories	Groupe	Moyenne Avant Traitement	Moyenne Après Traitement	Différence des moyennes	Écart type	Valeur P
Nombre total de lésion	1	44,94	10,22	-34,72	(19,39)	<b>0,000</b>
	2	65,78	67,56	1,78	(9,59)	<b>HS</b>
Posture	1	2,94	1,33	-1,61	(1,72)	<b>0,012</b>
	2	3,00	3,56	0,56	(1,88)	<b>TS</b>
Pression-rebond thorax	1	8,00	0,83	-7,17	(6,35)	<b>0,012</b>
	2	11,11	11,00	-0,11	(5,46)	<b>TS</b>
Mobilité vertèbres thoraciques T4-T5	1	1,61	0,83	-0,78	(0,88)	<b>0,005</b>
	2	1,78	2,00	0,22	(0,67)	<b>TS</b>
Lésion de côtes (K3-K4-K5)	1	2,00	0,5	-1,50	(1,20)	<b>0,041</b>
	2	2,22	1,78	-0,44	(1,01)	<b>S</b>
Lésion de côtes (K6-K7-K8-K9)	1	3,28	0,44	-2,83	(2,75)	<b>0,006</b>
	2	3,44	3,56	0,11	(1,83)	<b>TS</b>
Mobilité lombaire	1	1,11	0,11	-1,00	(1,19)	<b>0,000</b>
	2	3,33	5,11	1,78	(1,72)	<b>HS</b>
Total cervical et lombaire	1	2,94	0,28	-2,67	(3,50)	<b>0,001</b>
	2	8,67	10,44	1,78	(3,70)	<b>HS</b>
Motilité du sternum – qualité	1	1,5	0,39	-1,11	—	<b>0,000</b>
	2	2	1,89	-0,11	—	<b>HS</b>
Motilité du sternum – rythme	1	1,44	0,61	-0,83	(0,79)	<b>0,000</b>
	2	1,78	1,89	0,11	(0,33)	<b>HS</b>
Mobilité du sternum	1	6,00	0,89	-5,11	(3,54)	<b>0,001</b>
	2	9,00	8,22	-0,78	(2,85)	<b>HS</b>
Compactations crânio-sacrées	1	3,50	0,72	-2,78	(1,66)	<b>0,001</b>
	2	4,33	4,22	-0,11	(1,27)	<b>HS</b>
Cicatrice adhérence	1	6,11	3,83	-2,28	(3,01)	<b>0,002</b>
	2	5,89	7,78	1,89	(2,47)	<b>TS</b>
Clavicule	1	0,61	0,28	-0,33	(0,59)	0,095
	2	0,78	0,89	0,11	(0,33)	T
Mobilité cervicale	1	3,70	0,30	-3,40	(3,86)	0,068
	2	6,00	6,00	0,00	(3,02)	T
Mobilité du sacrum	1	1,78	0,11	-1,67	(1,75)	0,095
	2	3,89	4,0	1,11	(2,26)	T
Axe cœur	1	1,44	0,28	-1,17	(1,38)	0,076
	2	2,44	2,33	-0,11	(0,60)	T

- pour le rythme que pour la qualité,
- l'amélioration de la mobilité des 3-4-et 5 côtes
- la souplesse cicatricielle
- la diminution des facteurs aggravant la douleur.

Ainsi, nous croyons que l'amélioration de la mobilité sternale, costale, de T4-T5 et la souplesse cicatricielle contribue à d'obtenir une équilibration au niveau des courbures vertébrales et de la ligne centrale de gravité. De ce fait, la personne accède à une meilleure proprioception et possibilité d'adaptation dans l'espace.

Ceci lui permet donc d'acquérir une typologie plus équilibrée, une posture plus centrée.

Nous pouvons énoncer que la normalisation des lésions du thorax, qui s'avérait ici primaire, a affecté directement la mobilité des éléments vertébraux voisins ainsi que celle des axes du coeur. Il est certain que le relâchement des tissus effectuant les liens anatomiques entre les vertèbres cervicales, les vertèbres lombaires et le thorax (contenant et contenu) a permis cette amélioration. Aussi, que les lésions de ces structures avoisinantes au thorax étaient pour la plupart sans doute compensatoires.

Ainsi, on peut dire qu'avec le traitement, nous retrouvons une répercussion sur les éléments somatiques dans les trois plans de l'espace.

À la mesure de tous ces résultats, nous voyons bien que le corps est une unité fonctionnelle en constante relation avec son milieu interne et les stimuli de l'extérieur. Le traitement ostéopathique du thorax présenté pour cette étude démontre bien ces interrelations et l'effet de celui-ci sur les éléments traités lui-même tout comme sur les structures environnantes non traitées.

Ce tableau représente la synthèse de nos résultats schématisant l'amélioration des sujets à l'étude. En effet, on voit l'amélioration des structures du corps dans un plan haut/bas, (céphale-caudale) comme la motilité de la SSB, la mobilité des vertèbres cervicales, thoracique et lombaire ce qui favorise l'équilibration posturale de la personne. Aussi, de superficiel à profond, on voit la diminution des adhérences cicatricielles, l'amélioration de la mobilité sternale, costale et des vertèbres tho-

raciques, lesquelles contribuent à l'équilibration et à l'homéostasie de la personne sur le plan liquidien et crânio-sacrée. Contribuant ainsi à l'amélioration de la mobilité des axes du coeur.

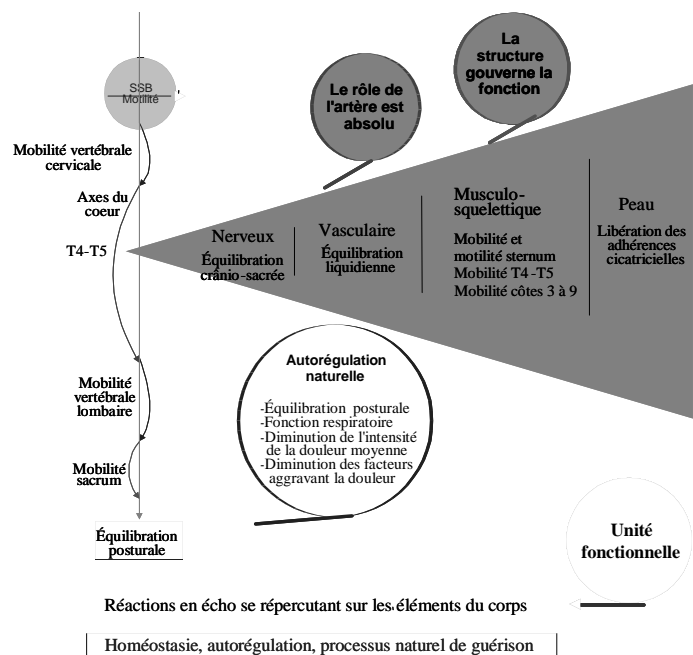
Donc, nous avons répondu aux 4 concepts de Still qui dit que :

La structure gouverne la fonction, (donc en dégageant le contenant du thorax (le musculosquelettique) on a un effet sur les éléments du contenu (entre autres les axes du coeur).

Que le rôle de l'artère est absolu (par l'équilibration liquidienne on assure l'oxygénation tissulaire ce qui favorise le processus naturel de guérison).

Que le corps est une unité fonctionnelle qui, lorsqu'il peut s'exprimer sans contrainte favorise l'autorégulation naturelle de la personne donc, contribue à l'homéostasie et au processus naturel de guérison.

### Synthèse des résultats schématisant l'amélioration des sujets à l'étude





## Conclusion

Même si nos hypothèses individuellement n'ont pas été prouvées statistiquement, il n'en demeure pas moins que la capacité respiratoire vitale des sujets, ainsi que la douleur, se trouvent améliorés chez tous les sujets du groupe expérimental supérieurement par rapport au groupe contrôle.

Nous avons également pu démontrer à travers cette étude que le traitement ostéopathique orienté au niveau du thorax, que nous considérons ici comme primaire vu le type de chirurgie, a permis d'améliorer

la condition des sujets à l'étude.

Professionnellement, l'ensemble de ce projet de recherche a été pour nous une belle réalisation. En plus d'avoir eu l'opportunité de travailler en étroite collaboration avec des professionnels du Centre Hospitalier Régional de Lanaudière, ce projet a pu contribuer à l'avancement de l'ostéopathie et a pu faire connaître un peu plus notre profession auprès du personnel médical. Ceci favorise alors une participation pro-active entre les intervenants de première ligne.

# Activités scientifiques à venir

## À l'étranger:

**California**, August 2nd - 6th, 2004, Osteopathic Center for Children, **Basic Cranial Course, Expanding the Osteopathic Concept**. Course Director: Viola Frymann D.O., FAAO, FCA, e-mail contact: [angelam@osteopathiccenter.org](mailto:angelam@osteopathiccenter.org)

**England**, June 10th - 14th, 2004, European School of Osteopathy, **Osteopathy - from Kirkville to Maidstone**, Course Director: Renzo Molinari, Contact: [www.eso.ac.uk](http://www.eso.ac.uk)

## Au Canada:

**Montréal** 11-15 Juin 2004, XXle **Symposium International d'Ostéopathie**, Directeur Philippe Druelle, Contact: [www.osteopathie-canada.com](http://www.osteopathie-canada.com)

**Montréal** 26-29 Août 2004, **Spasmes Endocrâniens II**, Collège d'Études Ostéopathiques, Directeur : Philippe Druelle, Contact : [www.osteopathie-canada.com](http://www.osteopathie-canada.com)

**Montréal** 23 septembre 2004, **Odontologie et Ostéopathie**, Directeur : François Amigues, Contact : [f.amigues@sympatico.ca](mailto:f.amigues@sympatico.ca)

**Montréal** 24-26 septembre 2004, Premier Séminaire : **Le Diagnostic Ostéopathique**, Directeur : Jean Pierre Amigues, Contact : [j.pierre.amigues@wanadoo.fr](mailto:j.pierre.amigues@wanadoo.fr)

**Toronto**, **7th International Symposium of Traditional Osteopathy**, September 30 to October 3, 2004

# L'OSTÉOPATHIE ET LES PLANTES : UNE RENCONTRE AVEC LE BON SENS

Par Marc Gagnon D.O.

**L'ostéopathe** est un généraliste, c.a.d. qu'il s'intéresse à l'humain dans sa globalité. La spécificité n'intervenant que dans la prise en considération du vécu individuel lors de la consultation. Mais, même alors, l'ostéopathe va rechercher les liens qui unissent le symptôme particulier au profil général de l'individu. Il est, par conséquent, tout à fait naturel et dans la logique des choses qu'un ostéopathe qui se veut holistique face au phénomène de la santé, recherche la compagnie des plantes et de leurs propriétés merveilleuses. En ce sens, on ne peut que saluer les recherches de Tom Dummer, D.O. qui a signé un ouvrage intéressant recoupant cette même question <sup>1</sup>

L'ostéopathie constitue une médecine complète en soi. Néanmoins, il serait stupide qu'au nom de principes d'exclusion qu'elle ne s'ouvre et n'intègre à sa vision déjà vaste, la prescription des herbes et des plantes médicinales.

***"Les plantes ne sont pas là pour se substituer au traitement ostéopathique ni combler les lacunes de l'ostéopathe, mais doivent être considérées comme UNE AIDE PRÉCIEUSE LIVRÉE PAR LA NATURE POUR LE PATIENT"***

Car le but premier de la démarche ostéopathique c'est la santé retrouvée de celui ou celle qui nous consulte. En ce sens, l'usage combiné de l'ostéopathie et des herbes ou plantes ne peut que conclure à un mariage heureux. L'ostéopathe s'assurant que toutes les pièces d'ingénierie de l'organisme soient mobiles et fonctionnelles; les plantes constituant ni plus ni moins que le lubrifiant et "l'additif" naturel optimisant la fonction des premières.

Par ailleurs, les plantes prescrites sans discrimination constituent une médecine amputée d'intelligence thérapeutique<sup>2</sup>. Ainsi, l'attention de l'ostéopathe sera tout de suite éveillée face à un patient, par exemple, se plaignant de troubles chroniques du foie et dont l'interrogatoire aura révélé que ce dernier a subi un accident de voiture avec ceinture de sécurité au cours des dernières années.

Il n'est pas rare dans ces situations que la palpation du foie lésé révélera une position de translation non-



physiologique que le bon sens lui recommandera d'abord d'aligner sur ses axes physiologiques puis de relancer sa mobilité. Et bien qu'il puisse être utile pour le patient de boire des infusions de boldo ou de séné pour améliorer la fonction hépatique, le travail sur la structure du foie et de ses annexes s'imposera en premier lieu si le patient veut espérer un prompt et durable rétablissement. Il en ira de même des migraines ou des insomnies consécutives à un whiplash qui seront améliorées par des décoctions de plantes mais qui auront tendance à récidiver périodiquement.

En fait, les plantes demeurent d'un grand secours pour soigner de nombreuses affections et souveraines dans le traitement d'affections rebelles et très graves (cancer, sclérose, etc).

Nous avons évoqué la complémentarité naturelle qui existe entre le traitement ostéopathique et la prescription des plantes médicinales.

Nous fournirons maintenant les indications thérapeutiques de certaines plantes médicinales en fonction des adversaires auxquels se mesure l'ostéopathe dans sa pratique quotidienne

## Les 4 adversaires ostéopathiques

Un des objectifs essentiels de l'intervention ostéopathique est de résoudre un ensemble de phénomènes ou conditions les uns moins heureux que les autres:

---

1. Dummer, T. Médecine tibétaine et thérapies holistiques, Paris, éd. Trédaniel 1998.

2. Brinker, F. Herb contraindications and Drug interactions, Orégon, éd. Eclectic Medical Publications, 1998

### 1- La stase

- veineuse (varices, migraines, extrémités froides, hémorroïdes)
- lymphatique (ganglions enflés, immunité affaiblie)
- viscérale (fermentations constipation, calculs)
- nerveuse (déficit de mémoire engourdissements, sclérose )

### 2- Le spasme

- musculaire(hypertonie, crampe,
- membraneux (tente du cervelet etc...)

### 3- La facilitation nerveuse

- subluxation vertébrale et ou articulaire

### 4- Le ralentissement myofascial

- perte de mobilité
- atteinte fonctionnel le

## Les 4 amis de l'Ostéopathe

Dans cet ordre d'idée il est intéressant de savoir qu'il existe des plantes qui, par leurs propriétés et ingrédients actifs, aident à réduire l'ensemble des conditions adverses énumérées précédemment.

On peut en utiliser soit les feuilles, la tige ou les racines et de là fabriquer diverses préparations (huiles, teintures, décoctions, etc)<sup>3</sup>

Exemples :



#### 1- Ortie (*Urtica dioica*)

hémodynamique, purifie le sang, Indiquée dans les cas de calculs rénaux et biliaires.

### 2- Camomille

(*Matriarca chamomilla*)

Anti-spasmodique. Indiquée dans les crampes de l'estomac, paralysie des membres.



### 3- Millepertuis

(*hypericum perforatum*)

Indiquée dans les cas de névrite, insomnie, neuro-facilitation segmentaire, engourdissements.



### 4- Moutarde

Sous forme d'huile, est très Indiquée dans les douleurs siégeant au niveau des articulations (surmenage ou en prévention).



Il ne s'agit évidemment pas d'une liste exhaustive. Bien que ces produits puissent être recommandés avec enthousiasme, il existe une grande variété de plantes médicinales qui pourront répondre plus spécifiquement à une condition particulière.

Personnellement, dans ma pratique, il m'arrive fréquemment de prescrire l'usage des plantes médicinales; il me semble naturel d'encourager chez mes patients, la prise en charge de leur santé et leur confiance dans les merveilleuses ressources combinées de la Nature et le pouvoir d'autorégulation de leur corps.

3. Treben, M. La Santé à la Pharmacie du Bon Dieu, ed. Ennsthaler, Autriche, 1980.

# Relâchement oscillatoire facilité une méthode d'évaluation et de traitement dynamique de la dysfonction somatique

Zachary J. Comeaux DO, FAAO



*Traduction : Hélène Loïselle D.O.*

## Introduction

L'objectif du contact manuel en ostéopathie a toujours été de maximiser l'équilibre harmonieux dans le corps entre structure et fonction. En fait, la compréhension et l'efficacité du traitement ostéopathique s'accroissent par la perception progressive de l'interrelation entre structure et fonction au sein de l'individu traité, notre patient. Les progrès accomplis dans le passé au niveau technique étaient en grande partie obtenus de façon empirique, à partir d'observations perspicaces de la réponse symptomatique à une intervention délibérée ou non, suivie d'une réflexion orientée sur la physiologie ayant pour but d'expliquer l'efficacité de la technique.

Le Relâchement Oscillatoire Facilité (ROF) est le résultat de deux avenues que j'ai décidé d'explorer. La première vient de ma tentative d'appliquer plus simplement la méthode de traitement vibratoire de Robert Fulford DO sans dépendre de son vibreur à percussion. La seconde est issue de l'intention d'intervenir

au niveau de la dysfonction en utilisant les profils d'organisation oscillatoire propres au corps. J'ai brièvement fait référence à ce dernier sujet dans l'article *"The Role of Vibration or Oscillation in the Development of Osteopathic Thought"* paru dans l'édition de l'Automne 2000 du AAOJ. Dans le présent article, j'introduis le ROF en tant que méthode de diagnostic et de traitement, et je présente en plus de détails l'aspect neuroscience, que la communauté ostéopathique devrait trouver d'intérêt, pour obtenir une meilleure compréhension de la dysfonction somatique en général, au-delà des besoins spécifiques à cette méthode.

Pour ceux qui ne le connaissent pas, la contribution du Dr Fulford au travail de manipulation ostéopathique a été de pousser de l'avant l'évaluation de Sutherland concernant les processus de coordination fine du corps et leur évaluation manuelle. Selon lui, la dysfonction, particulièrement la dysfonction chronique, dépendait du résidu d'un événement traumatique retenu dans les fasciae en partie au niveau de la rétention chimique des liens de fibrine, mais en partie aussi à travers la continuité au niveau de la physique quantique, décrite classiquement comme le corps éthérique.

Une de ses méthodes les plus faciles à enseigner pour libérer le patient des effets de tels traumatismes était l'utilisation du vibreur à percussion. Le Foredom Percussor ou "marteau" était utilisé pour entraîner par vibration les "drains d'énergie" ou les régions tissulaires ne répondant pas à la demande physiologique normale de mouvement. Il percevait celles-ci en partie par le manque de résonance. De tels effets pouvaient subséquemment impliquer des restrictions de mouvement articulaires ou régionales, mais souvent le symptôme était surtout relié à une restriction énergétique (éthérique ou L-field). Fulford enseignait plusieurs autres méthodes se basant sur le contact entre la main et l'esprit. Toutefois, mes efforts ici ont pour but de permettre l'application de ces principes pour ceux qui sont plus confortables à l'idée de travailler au niveau de l'aspect physique du corps.

Lorsque je travaillais sous la tutelle du Docteur (Fulford), je n'ai pas toujours eu la même expérience que lui lorsque je palpais. Toutefois, j'ai toujours ressenti la tension musculaire et le relâchement correspondant à la qualité et au timing des événements qu'il décrivait. J'étais à la recherche d'une façon plus

universelle de décrire ces événements. Dans le cadre de mon travail, j'ai trouvé que l'oscillation manuelle complémentait l'approche myofasciale de la dysfonction. À mesure que je progressais dans cette exploration, je l'utilisais pour mieux percevoir mon approche de la barrière dans mon travail de Muscle Energy.

En faisant la revue et l'exploration de la littérature médicale, je suis devenu familier avec le phénomène de réflexe vibratoire tonique. Connue depuis longtemps dans le domaine de la physiologie musculaire, tout comme le réflexe Hoffman ou H-reflex et le réflexe d'étirement, on ne lui connaissait toujours pas d'application clinique. Le réflexe vibratoire tonique est un phénomène décrit de différentes façons. Lorsqu'une vibration est appliquée au ventre musculaire du bras à la fréquence appropriée (40-100 Hz)\*, le sujet cesse de percevoir la position de son membre dans l'espace, le muscle ou son antagoniste contractent de façon involontaire, et une sensation de mouvement survient souvent en l'absence de déplacement. Une étude subséquente sur un modèle félin a démontré que l'organisation du réflexe est distincte des autres voies, mais qu'elle implique le système moteur gamma.

D'autres modèles neuraux expliqués plus bas suggèrent une association pratique de ces phénomènes à d'autres aspects de la physiologie neuromusculaire contemporaine. Pour l'instant, laissez-moi vous affirmer que le réflexe vibratoire tonique mène à la relaxation musculaire, par l'implantation d'un réajustement de la boucle gamma. Il fonctionne dans la plage de fréquence utilisée par le Dr Fulford (jusqu'à 65 Hz), et repose sur la dépolarisation oscillatoire des voies neuromusculaires associées, dont les profils de phase sont cohérents.

## THÉORIE

Ce que j'entends par cette phrase, profils de phase cohérents? Ces termes nous amènent à l'aspect fonctionnel de ce que nous connaissons tous comme la voie commune finale de l'activation musculaire. Frank Willard, PhD a passé en revue les théories récentes ayant trait à la modulation segmentaire de la douleur et de l'hypertonie et leur influence sur le tonus moteur de base au niveau spinal ou central lors de plusieurs symposiums éducatifs de l'AAO. La spécificité anatomique des voies supportant l'hy-

pothèse de la facilitation, l'hyperexcitabilité des boucles afférentes/efférentes par l'apport sympathique est dépendante de la circuiterie descriptive. Ceci représente un raffinement de notre appréciation de l'anatomie pertinente, de la structure, et de certains aspects de la fonction.

Une plus ample appréciation de l'aspect fonctionnel de l'activation motrice et de la réponse au stress provient d'une autre branche de la neurophysiologie. Alors qu'ils tentaient de résoudre le problème posé par la spécificité du codage et de fixation dans le système nerveux central (la façon dont les stimuli sensoriels sont distingués et rangés), les théoriciens ont noté que des populations spécifiques de cellules peuvent être impliquées dans le traitement de divers stimuli; parfois des cellules individuelles pourraient participer à plusieurs processus simultanément. Les profils de dépolarisation, plutôt qu'exclusifs au lieu ou à la voie synaptique, s'avèrent tout aussi significatifs dans la reconnaissance du stimulus. Depuis le travail de Hobb dans les années 40, les chercheurs décrivent la dépolarisation résonnante de groupes de cellules, d'ensembles de cellules, leur dépolarisation oscillatoire, et la persistance de synchronie de la cohérence de phase de ces profils, qui constituent un événement dans le SNC, une reconnaissance de stimulus, une mémoire, une association.

D'autres ont aussi noté cette fonction au niveau du SNP et du rachis (Windhorst), donc le corps enregistre la douleur et les réponses d'hypertonie non seulement avec la décharge continue des voies synaptiques, mais aussi par le profil de dépolarisation cyclique à même une population de cellules (ensemble de cellules). La relation de coïncidence et de variation de phase, ou cohérence, fournit un code grâce auquel le corps règle son activité. Le seuil d'activation d'une fonction dépend de la cohérence ou résonance des cellules linéairement reliées en une chaîne (sync-fire chain) comme moyen de communication.

La synchronie de phase ou la cohérence totale sont équivalentes en termes d'expérience auditive à des sons ayant le même ton. Dans notre expérience sen-

---

**\*HZ : abréviation de Hertz, terme utilisé en mécanique et électricité pour décrire une fréquence (vibratoire) en cycles/seconde. Dictionnaire Antidote.**

suelle les sons qui détonnent légèrement génèrent une fréquence de battement se situant entre les deux notes. Les sons qui détonnent beaucoup sont perçus comme du bruit, sans relation harmonique avec le son original. Ce qui est suggéré par la nouvelle vision de l'interaction de l'ensemble de cellules résonnantes est que la dépolarisation oscillatoire générée en réponse à un stimulus domine la fonction neurale jusqu'à ce qu'un stimulus de caractère dissonant survienne et "submerge" le profil original. N'importe quel circuit, incluant le système Alpha-gamma et ses afférents, maintiendra un profil de dépolarisation jusqu'à ce que de nouvelles données l'induisent à changer ce profil.

Cette activité se poursuit de juste sous le niveau du seuil d'activation du muscle jusqu'à la contraction évidente. Il existe une littérature élaborée mais distribuée de façon plutôt diverse sur ce sujet, mais ce que j'ai trouvé de plus impressionnant dans son applicabilité provient d'un médecin en recherche réhabilitative de Suisse, Giseler Schalow, qui, chez des patients dont la moelle épinière est partiellement sectionnée et nécessitant d'autres chirurgies, a effectué un monitoring de l'activité d'une seule paire de motoneurones de distribution contralatérale (jambe gauche - jambe droite). L'état de parésie démontrait une relation de profil de phase au niveau de la décharge qui était différente de celle qu'on retrouve lors d'une fonction normale. Après l'application d'oscillations répétitives au membre inférieur (le patient étant supporté par un harnais et rebondissant sur une trampoline), les patients ont démontré un profil de normalisation progressive de décharge en phase oscillatoire entre les neurones se rapprochant du profil fonctionnel normal, et ceci coïncidant avec le retour progressif du contrôle moteur et de la démarche indépendante chez les sujets.

La plupart des dysfonctions somatiques ne présentent pas des cas aussi extrêmes, mais selon moi les mêmes principes s'appliquent.

## **APPLICATION**

Maintenant que j'ai risqué de vous perdre dans les méandres de la théorie de l'omniprésence et de la signification de l'oscillation biorégulatoire jusque dans le système musculosquelettique, qui demande tout de même de la lecture très sérieuse, permettez-moi de vous introduire à l'application pratique de cette méthode.

## **Tests de mouvement dynamique et stratégies de traitement : un survol**

La méthode diagnostique décrite utilise un aspect dynamique "palpable" de la fonction tissulaire comme une extension de notre appréciation statique habituelle de la texture des tissus et des tests de mouvement incrémental. L'évaluation dynamique peut donner un plus grand niveau d'information à propos de l'état proprioceptif intégré du corps.

Le mouvement rythmique, et non pas simplement le mouvement, semble être inhérent à la vie. Les bébés se balancent spontanément; la danse rythmique fait partie de toutes les cultures. Si vous appréciez la marche, ou la course, ou le vélo, vous comprenez que ces états d'activité représentent un état de base à partir duquel on peut mesurer un changement de fonction. Pendant la course on peut noter un aspect de la foulée qui est favorisé, un déséquilibre dans le cycle de marche, l'effet de la fatigue et la compensation pour tous ces éléments. On ne peut facilement évaluer la fonction rythmique d'un patient en le poursuivant alors qu'il marche ou qu'il court pour essayer de palper ce niveau plus élevé d'organisation proprioceptive. Toutefois, j'ai trouvé des moyens pratiques d'induire le mouvement rythmique. Ce faisant, nous considérons les rangs linéaires de tissus conjonctifs, à plusieurs niveaux d'organisation, permettant de transmettre la force comme une corde transmet la force sous forme d'onde, d'une façon qu'on peut anticiper. Les variations par rapport au profil anticipé reflètent une dysfonction.

## **Physique Ondulatoire et Réponse Tissulaire au test de mouvement**

Si on revoit brièvement la physique ondulatoire de base : une corde secouée de manière rythmique se comporte de façon prévisible. Si une extrémité est fixée, une partie de la force est transmise à l'attache fixe et une partie crée une onde réfléchie. Dans un système où les deux extrémités sont fixées, une onde continue peut se former pouvant aussi dissiper la force par le son, comme le fait la corde d'une guitare. Le comportement du profil de l'onde dans une corde nous permet de déduire si une ou deux de ses extrémités sont attachées. Les muscles agissent comme des transmetteurs potentiels d'ondes de force, attachés

aux deux extrémités, l'origine et l'insertion.

Quand deux forces, transmises par l'intermédiaire d'ondes, se rencontrent, une addition des deux se produit. Si le déplacement est dans la même direction, l'onde résultante aura un sommet additionnel. Si le déplacement est en directions opposées, les ondes s'annuleront l'une l'autre jusqu'à un certain point et la vague résultante sera plus petite que l'une ou l'autre de ces deux vagues seules.

Un cas particulier d'addition est l'amortissement, où la résonance anticipée est moins que ce à quoi l'on s'attendrait en raison du contact non anticipé d'une troisième force absorbante. N'importe quel troisième attache ou contact aura pour effet de gêner la force, limitant la vibration potentielle, décrite comme le doigt amortissant sur la corde de guitare. Si j'introduis un mouvement oscillatoire dans un système, je devrais être en mesure d'anticiper une réponse. Et ceci est la base du test de mouvement dynamique.

Si on frappe légèrement un verre, on s'attend à une note dépendant de la qualité du verre et du niveau de liquide. Si on n'obtient pas la note à laquelle on s'attendait, peut-être qu'une influence externe amortit la réponse résonnante.

### **Application au corps**

Avec ces principes en tête, considérez la réponse à l'introduction d'un mouvement oscillatoire rythmique à une partie du corps, à un membre ou aux tissus paraspinaux, et le potentiel d'évaluation de restriction de mouvement (dysfonction) alors que vous notez toute différence par rapport à la réponse attendue, ou résonance. En induisant un mouvement rythmique organisé, standardisé, on peut parvenir à plusieurs conclusions à propos du degré et de la localisation des dysfonctions dans tissus, qu'elles soient évidentes ou subtiles.

Comment tout ceci se traduit-il en un protocole d'évaluation de la fonction segmentaire du rachis, région particulièrement importante dans le travail ostéopathique? Je place le patient en décubitus ventral, ce qui réduit une grande partie de la courbure posturale. Debout à la gauche du patient, j'utilise mes mains pour induire un mouvement oscillatoire rythmique au niveau du torse. À l'aide de ma main droite placée sur le sacrum ou l'iliaque, j'utilise la masse du



Application thoraco-lombaire : le rythme amorcé par le roulement du bassin génère une vague qui permet d'évaluer et de traiter la colonne vertébrale.

bassin pour débiter un mouvement oscillatoire et développer une cadence rythmique. Le caractère rythmique endogène de cette région permet habituellement une sensation de résonance à 200 à 240 cycles par minute. Je perçois la réponse des tissus à l'aide de ma main gauche à quelque point à droite de la colonne vertébrale que je choisisse d'évaluer.

Si je compare la réponse de segment en segment en faisant une connexion linéaire entre la masse des tissus se trouvant sous ma main gauche et le contact segmentaire sous l'éminence thénar de ma main droite, je peux palper les segments qui ne participent pas aussi facilement au mouvement harmonique. Je peux en déduire qu'il y a amortissement ou interférence d'un autre ordre provenant de la musculature hypertonique, de la tension articulaire ligamentaire, de la fibrose, qui devraient tous idéalement répondre en un profil rythmique général.

Lorsque j'ai établi une onde continue, je peux utiliser ma main gauche pour introduire son propre mouvement qui peut compléter l'onde déjà présente suite à la réponse des tissus au mouvement que j'ai induit (ceci peut être la base d'une technique indirecte). Ou je peux utiliser la main droite pour créer un mouvement à 180 degrés de la phase du mouvement du bassin (base d'une technique directe). L'introduction de cette force correctrice va soit à l'encontre, soit dans le même sens que le mouvement du profil rythmique dominant des tissus ce qui, dans la dysfonction, ne représente pas la condition homéostatique optimale.

## RÉUSSITE DU TRAITEMENT

Le mouvement est la vie. La revitalisation, ou le retour à une meilleure fonction, résulte de l'entraînement rythmique des tissus résistants. Si on exagère en direction de la restriction du segment (T6 ne va pas aisément en rotation gauche), le résultat est un traitement oscillatoire. Si on exagère dans une direction qui va à l'encontre de la direction de facilité du segment en question, le résultat est un traitement oscillatoire direct. D'autres méthodes de manipulation ostéopathique sont vues comme une diminution de l'amortissement de la rythmicité endogène par d'autres moyens, mécaniques ou neurofonctionnels.

La prémisse de la méthode est que le caractère du tissu au niveau macroscopique résulte de la structure et de la fonction microscopiques, qui communique par un schème de fonction organisationnelle oscillatoire, et qu'il est possible d'entraîner par une fonction résonnante ou quasi-résonnante, même si celle-ci est induite de façon externe. Le tissu conjonctif a l'habileté de générer un potentiel électrique infime en réponse au stress. Chez les spécimens d'os secs c'est appelé la piézoélectricité; dans les tissus humides vivants on parle de polarisations spontanées. Le travail avec effets vibratoires toniques, sur le système gamma du tonus musculaire proprioceptif, suggère aussi que ces polarisations pourraient être influencées par des oscillations et que les signaux associés provenant des fibres neuromusculaires elles-mêmes se traduisent en modifications de la tension musculaire de base. Dans ce travail la cohérence de rythme ou de phase, et non pas l'amplitude de la force ou le déplacement mécanique, est l'élément clé d'une force correctrice efficace. L'aspect mécanique est important dans le support de la fonction oscillatoire, tout comme la région cervicale et les chevilles d'accord d'une guitare sont essentiels. Toutefois, les principes d'opération en harmonie sont d'un autre ordre.

### **Applications aux extrémités - membre inférieur**

La façon de procéder au niveau régional et segmentaire citée plus haut peut être appliquée au diagnostic et au traitement des membres. Le membre inférieur est la plus facile à démontrer et sera utilisé en exemple.

Debout aux pieds du patient, je supporte la jambe droite avec mes deux mains, un pouce ou deux au-dessus de la table. Alors que j'induis une légère trac-



Application aux membres inférieurs : Le mouvement rythmique engendré par les mains du praticien, sur un plan horizontal ou vertical, cible des tissus spécifiques au niveau des genoux, des cuisses ou du bassin.

tion pour mettre le fascia sous tension, en me concentrant, je sens la continuité des fascias jusqu'au bassin en utilisant la jambe comme un long levier. En induisant une légère force oscillatoire dans un plan horizontal ou vertical, je peux évaluer la réaction à la résonance relative qui est un reflet de la réponse, et si une résistance est présente, je peux l'isoler en changeant le vecteur de tension, incluant une rotation externe ou interne. Tel que mentionné plus haut, si on trouve une résistance relative, le relâchement des tissus peut être facilité en impliquant ces derniers, et en induisant un étirement oscillatoire persistant contre cette résistance. Initialement, j'évalue à environ 180 cycles par minute, selon ce que le tissu endogène est en mesure de supporter, pour environ 8 à 10 cycles à des fins d'évaluation.

Pour travailler plus directement avec le bassin, je soulève le talon jusqu'à la hauteur de ma taille à l'aide de mes deux mains, en induisant une rotation interne ou externe pour engager la région ciblée par mon traitement, et j'induis une force oscillatoire horizontale, à la vitesse du rythme endogène jusqu'au relâchement. Je peux évaluer le tout en augmentant la torsion durant l'oscillation ou, je peux faire une pause et réévaluer dans un mode plus calme. Tout ceci peut s'effectuer très rapidement et efficacement alors que le thérapeute se déplace dans la région en changeant le point de contact d'une main ou les vecteurs. On peut raccourcir la prise entre deux points de contact pour



une évaluation plus localisée comme je le décris plus bas dans le membre supérieur.

Espérons qu'à ce point de la lecture, on commence à percevoir que l'objectif est de promouvoir le relâchement des tissus, accroître l'hystérésis du tissu conjonctif, par le mouvement rythmique. Les principes de cette méthode peuvent être utilisés dans tous les cas où l'étirement de tissus conjonctifs est un élément du traitement. Les muscles et les tissus conjonctifs représentent un continuum syncytial. Les méthodes permettant d'avoir un effet sur eux utilisent des principes communs et donc ces méthodes peuvent aisément être combinées éclectiquement.

### ***Membre supérieur***

Dans le membre supérieur, l'amplitude articulaire est plus complexe et le potentiel de restriction est d'autant plus grand. L'évaluation dynamique doit être ajustée en fonction de l'intention du thérapeute.



Application aux membres supérieurs : La localisation spécifique de l'examen et du traitement est déterminé par les vecteurs de force appliquée, incluant les spirales; le tout basé sur notre connaissance de l'anatomie fonctionnelle, spécialement des plans des fasciae.

En position assise ou en décubitus dorsal, on peut évaluer le membre en entier et son attache au thorax en utilisant le bras comme long levier tel que l'indique la section ci haut, avec une prise des deux mains au niveau du poignet. En variant les positions de prise et la tension et direction, on peut évaluer le fascia longitudinal du bras, les tissus périscapulaires, la coiffe des rotateurs, les pectoraux et la clavicule. En séparant le point de contact, on peut évaluer une partie d'une région et explorer des tissus plus spécifiques du point de vue anatomique, l'avant-bras, et les fléchisseurs du coude, les muscles individuels de la coiffe des rotateurs. Lorsqu'on a identifié la résistance à l'aide des indices provenant des tissus conjonctifs, une stratégie oscillatoire est initiée, travaillant avec la rythmicité endogène des tissus, pour induire une mobilité accrue.

Au niveau clinique, j'utilise cette approche dans le cadre de mon traitement des syndromes d'hyperutilisation impliquant une compression partielle du plexus brachial par un ensemble de tissus, des capsulites rétractiles, des compressions du tunnel carpien. Un léger mouvement de rotation oscillatoire est utilisé de pair avec une technique d'équilibrage de tension ligamentaire pour les synovites de l'articulation interphalangienne suite à une compression du doigt.

### ***Applications au niveau cervical, crânien***

Avec le patient dans une position confortable de décubitus dorsal, on peut appliquer ces techniques à la région cervicale et crânienne. Dans cette approche, la position des mains a pour but de fournir au patient une position confortable, et pour le thérapeute de localiser les forces en fonction de son intention selon une approche directe ou indirecte. Ces principes peuvent être utilisés comme un ajout à une approche de Muscle Energy, de tissus conjonctifs, de fonctionnel ou de relâchement articulaire ligamentaire. Lorsqu'on a localisé les forces pour évaluer, on traite ensuite avec une légère force oscillatoire par un mouvement de va et vient en rotation des poignets du thérapeute, et on peut induire une force rythmique suffisante pour évaluer la résonance et promouvoir la réponse rythmique. Lorsque le relâchement est atteint, il est possible de poursuivre dans cette position pour traiter une résistance sous-jacente encore plus importante, s'il y a lieu.



Application cervicale : Une légère force vibratoire, appliquée contre une barrière restrictive est combinée à une technique fonctionnelle avec la spécificité d'une technique d'action directe.

En travail crânien ce complément est des plus utiles si notre travail cible une restriction membraneuse-articulaire. Les mêmes principes s'appliquent et on cible la restriction de fonction ou de mouvement préalablement identifiée, en la localisant de la façon habituelle, puis on induit le mouvement oscillatoire rythmique par l'entremise d'une des mains assurant la prise. Le mouvement est un battement léger, facilitant et inductif. L'amplitude de l'oscillation équivaut à une rotation de 2.5cm du poignet à 400 à 450 cycles par minute.

### **Application focale**

Pour des applications telles que l'inhibition ou l'assouplissement des tissus mous dans des cas tels que des muscles intercostaux irrités, ou rectus capitis près de l'articulation occiput-atlas, ou une tension de l'insertion de la bandelette iliotibiale au genou. J'utilise alors mon index supporté pour appliquer une force vibratoire localisée rapide en utilisant mon avant-bras pour générer une dynamique régulière pour une oscillation continue.

### **Sommaire**

Ce qui précède est une description de la méthode permettant de trouver, de cibler et de relâcher des dysfonctions restrictives selon les règles dictées par le corps. Une manipulation pour être efficace doit toujours reposer sur un dialogue avec les tissus. De plus en plus de preuves scientifiques sont disponibles pour identifier les processus de coordination dynamique utilisés par le



Application crânienne : Selon les principes du Relâchement Oscillatoire Facilité, de légères forces vibratoires peuvent être adaptées à des techniques crâniennes directes. Ces usages spécifiques dépassent l'objet du présent article et ne devraient être introduites qu'avec supervision.

corps, particulièrement en ce qui a trait à la fonction neuronale et neuromusculaire.

Le Relâchement Oscillatoire Facilité est une approche qui tente de comprendre et de communiquer avec le corps sous tension en réponse à un traumatisme, en utilisant son propre langage de coordination par rythmicité oscillatoire. Il représente un amalgame des principes dérivés du modèle de Vibration par Percussion de Fulford, de Relâchement du Tissu Conjonctif, de Muscle Energy et de plusieurs autres méthodes.

Cette méthode présente une façon différente de voir les différentes méthodes existantes et un pont vers une expansion plus fonctionnelle, dynamique de nos modèles et méthodes mécaniques.

# LE CHOC ÉMOTIONNEL

Par Michel Therrien D.O.



## **Voilà un concept auquel nous**

référons fréquemment en ostéopathie, aussi bien dans l'enseignement que dans la pratique. Il s'agit bien entendu d'un concept important, puisque nous savons par expérience, aussi bien personnelle et professionnelle, que les émotions que nous vivons sont ressenties et vécues dans notre corps et que les émotions peuvent entraîner des dysfonctions somatiques parfois importantes.

Mais de quoi parle-t-on exactement quand on parle de choc émotionnel? L'expression est employée si fréquemment qu'elle semble évidente par elle-même.

Il m'arrive régulièrement de demander à des clients ou à des personnes de mon entourage ce qu'ils ou elles ressentent. Dans un premier temps, j'obtiens assez souvent un regard perplexe ou inquiet, comme si je leur demandais de me dire ce que signifie  $E=MC^2$  et de m'en décrire les principales implications. Dans un deuxième temps, lorsque je suis chanceux, j'obtiens une réponse évasive, du genre : «je me sens mal» ou «je me sens malheureux». Je ne suis guère étonné, puisque lorsque je me pose parfois la question à moi-même, il me faut assez souvent un bon moment de réflexion pour me répondre. Imaginez alors l'effet

d'une question du genre : «Avez-vous vécu un choc émotionnel?»

- *Docteur, j'ai déjà de la difficulté à savoir ce qu'est une émotion, j'ai encore plus de difficulté à reconnaître et nommer celle que je vis en ce moment, comment voulez-vous que je vous dise si j'ai eu un choc émotionnel?*

Nous éprouvons tous et toutes des émotions à chaque jour : de la peur, de la colère, de la tristesse, de la frustration, de la déception, de la joie, du plaisir, pour ne nommer que celles-là. Nous ne vivons pas toutes ces émotions dans une seule et même journée, mais nous savons que nous les vivons périodiquement et qu'elles ont tendance à être récurrentes, un peu comme la faim ou la soif. Ce n'est pas parce que j'ai bu et que j'ai éteint ma soif, que je n'aurai plus jamais soif. Il en va de même des émotions; ce n'est pas parce que j'ai exprimé et résolu ma colère aujourd'hui, que je ne serai plus jamais en colère. Alors si le fait de ressentir ou de vivre une émotion représente un choc, nous risquons de passer notre vie en état de choc permanent. Revenons donc à notre point de départ : à partir de quel moment une émotion devient-elle un choc? À partir de quel moment une émotion représente-t-elle une cause, une origine possible ou probable d'une dysfonction somatique, puisque c'est bien ce qui nous préoccupe ici?

Nous pourrions dans un premier temps être tentés d'associer la notion de choc émotionnel à la dimension de l'intensité d'une émotion. Il est vrai que nos émotions varient en intensité, selon les circonstances et notre état d'esprit. Sur le registre de la peur par exemple, nous pouvons être simplement préoccupés ou inquiets, ou franchement paniqués, effrayés ou terrorisés. Mais nous avons tous vécus des émotions très intenses au cours de notre vie et nous n'étions pas nécessairement en état de choc. Nous pourrions également considérer la notion de choc émotionnel comme étant reliée à l'émergence soudaine et inattendue d'une émotion. On admet généralement qu'une émotion refoulée qui fait subitement émergence dans le champ de la conscience peut avoir un effet perturbant pour la personne, mais sans que cela entraîne nécessairement ce que nous pourrions appeler un choc émotionnel

La notion de choc émotionnel correspond selon nous à une expérience ou un événement qui a suscité une émotion qui n'a pas été reconnue, nommée adéquate-

ment et légitimée et ou la réaction (l'expression de l'émotion) n'a pas permis de résoudre cette émotion, de la liquider et de l'intégrer dans l'expérience de la personne. Elle est demeurée en quelque sorte en «stand-by», déconnectée du reste de la vie de la personne. Elle n'a donc pas pu servir d'occasion d'apprentissage et de croissance. C'est à ce moment-là surtout qu'une émotion risque de devenir une source de malaise et de dysfonction somatique avec le temps, le facteur temps étant déterminant. Un choc émotionnel n'occasionnera pas nécessairement immédiatement une dysfonction somatique repérable.

Dans la pratique clinique, aussi bien en psychothérapie qu'en ostéopathie, nous entendons souvent parler de l'importance d'exprimer ses émotions et nous croyons que d'encourager nos patients à exprimer leurs émotions est suffisant pour les aider à résoudre leurs problèmes. C'est une croyance erronée. Il ne suffit pas d'être capable d'exprimer ses émotions. Il ne suffit pas de les exprimer pour résoudre nos difficultés et pour vivre en harmonie avec soi et les autres. Je connais des personnes qui expriment leur colère avec une aisance déconcertante, mais qui reste toujours en colère et qui ne se sentent pas libérer de leur colère. J'en connais d'autres qui pleurent tous les jours et qui sont toujours tristes. Pour être capable de se libérer de nos émotions, il importe d'abord et avant tout de les reconnaître et de les nommer adéquatement; ensuite, il faut se les approprier, les accepter, leur donner la possibilité de vivre, d'exister à l'intérieur de nous. Il y a par exemple ces personnes qui ne se sentent en colère à propos de tout et de rien et qui peuvent l'exprimer de façon spectaculaire à l'occasion et qui seront toujours en colère, parce que ce qu'ils nomment colère pourrait par exemple se nommer de la peur. Tant que cette personne n'aura pas identifié la «vraie» émotion, la peur, elle se sentira en colère et l'exprimera à tort et à travers sans rien y changer. Il est donc plus important d'identifier correctement ce que nous ressentons (ce qui ne se fait pas forcément comme par magie; il faut supporter la sensation de malaise un certain temps pour la nommer correctement) et de se l'approprier. Par la suite, le contexte et l'expérience nous guideront pour trouver la meilleure façon de l'exprimer, ce qui ne se fait pas toujours en mots. Je ne suis pas sûr par exemple que le fait d'aller voir mon patron parce que je me sens méprisé et diminué soit forcément la meilleure chose à faire. Il se peut que j'aie à trouver une autre manière d'exprimer cette émotion. Dans certaines circonstances, il se peut

même qu'il soit préférable de ne pas l'exprimer du tout, au sens où on l'entend habituellement. Si l'on comprend le concept d'exprimer ses émotions comme signifiant les sortir à l'extérieur de nous, il va de soi que cette nécessité d'exprimer nos émotions puisse prendre une variété de formes, parce qu'il y a bien des façons de sortir nos émotions, autres que de les dire. D'ailleurs, l'utilité principale d'exprimer ses émotions, de les mettre en mots, est de nous aider à les identifier et à les nommer correctement.

Dans la pratique il sera donc probablement plus utile et plus simple de repérer les expériences difficiles qu'une personne a pu vivre, plutôt que de chercher un choc émotionnel : «Est-ce qu'il vous est arrivé des expériences difficiles? Qu'avez-vous ressenti? Comment avez-vous réagi? Croyez-vous que vous avez résolu cette situation? Avez-vous l'impression qu'elle vous hante encore, qu'elle est présente? Que pourriez-vous faire pour terminer cette situation?» Ce sont des questions beaucoup plus naturelles que de demander si on a eu un choc émotionnel. Vous n'aurez peut-être pas de réponses immédiates à vos questions, mais vous aiderez votre patient à regarder dans une certaine direction. Et peut-être qu'à la prochaine séance, il vous racontera comment il a toujours été critiqué par son père et comment il a toujours eu le sentiment d'être nul et sans valeur, en dépit de tous ses efforts pour répondre à ses attentes. La porte sera alors ouverte sur un monde fascinant que vous pourrez commencer à explorer avec lui, en étant à l'écoute, sans jugement, comme nous avons appris à le faire en ostéopathie.

#### **UN ESPRIT SAIN DANS UN CORPS SAIN...**

*«La meilleure défense contre la maladie consiste à vivre simplement et de manière mesurée. La santé est naturelle à l'homme. Quand il tombe malade, c'est parce que la nature sort de ses rails à cause d'un déséquilibre corporel ou spirituel. Le chemin qui mène à la santé passe par la modération, par l'harmonie et par un esprit sain dans un corps sain. Le pouvoir naturel de guérison présent en chacun de nous est le facteur le plus déterminant dans le recouvrement de la santé.»*

**Hippocrate, 460 av. J.-C.**

***Nous ne comprendrons jamais tout à fait, mais nous pouvons et pourrons faire beaucoup mieux que de nous comprendre. Novalis (1772-1801)***

# Le système stomatognathique concept ostéopathique

Par Jean Pierre Amigues D.O. (F)



Qu'elles que soient les techniques utilisées, l'aboutissement de tous traitements est de donner au patient les moyens d'optimiser ses fonctions physiologiques, de l'aider à retrouver une homéostasie normale. En effet, l'hypo ou l'hyper fonctionnalité, entraîne des micros lésions susceptibles de perturber à la longue «le dialogue cellulaire.»

Nous intervenons sur des désordres structurels, sur des troubles fonctionnels, sur des déséquilibres posturaux. Ils sont sources de perturbations, de micros lésions.

L'entretien de la vie est l'aboutissement d'échanges, de transformation d'énergie. (Quand nous parlons d'énergie, nous sommes au sens d'énergie vitale, de dynamisme. elle est difficilement quantifiable), ils produisent une homéostasie satisfaisante. Ces échanges, ces transferts d'énergie sont sous la dépendance du système nerveux central, du système nerveux autonome, du système neuro-endocrinien. Pour le neurophysiologiste américain Damasio, le cerveau en est le chef d'orchestre, il présente une autre propriété, il est à l'écoute du corps<sup>i</sup>. Il nous explique que théoriquement le cerveau ne se trompe pas<sup>ii</sup>. Pourtant, certaines des afférences reçues peuvent être trompeuses. Je citerai une des illusions les plus

célèbres, vous êtes assis dans un train, celui qui est sur l'autre voie parallèle à la vôtre, démarre. Vous avez la sensation que c'est le vôtre qui quitte la gare! Illusion parfaitement connue.

Que penser de ces douleurs sans étiologie aucune! Le patient souffre. On ne trouve aucune cause.

Que penser de ces douleurs réapparaissant des années plus tard, alors qu'en fait la région douloureuse décrite ne présente absolument aucune lésion organique ou fonctionnelle<sup>iii</sup>.

Et si notre cerveau se trompait!

Il peut, d'une part mal intégrer certaines informations, il peut aussi recevoir des renseignements erronés.

**Notre travail d'ostéopathe consiste à permettre à l'organisme, et en particulier au cerveau de recevoir les afférences les plus exactes possible et de faire que ces stimulations soient traitées correctement.**

Cette approche, clinique, nous conduit à partager, à échanger nos observations avec d'autres praticiens de spécialités différentes.

Par sa formation, l'ostéopathe est un clinicien généraliste. Notre forme de pensée et de communication est spécifique, c'est un langage qui nous est propre, auquel, nous associons une grande perception manuelle.

Rollin Becker, ostéopathe Américain a dit «*seuls les tissus savent*», cela ne veut pas dire qu'il suffit de poser les mains et de se laisser guider, puis de rester dans un autisme confortable qui permet de ne pas répondre aux explications demandées; les tissus savent, oui, mais la main doit savoir interpréter ce qu'elle perçoit. Pour cela, il faut, derrière la perception, une connaissance objective.

**Grâce à celle-ci, les échanges vont pouvoir se faire.**

## Recherche d'un langage commun

Nous sommes tous des praticiens de disciplines différentes. Chacun de nous a ses compétences. Nous avons étudié différentes disciplines afin de donner une réponse à une plainte reçue. L'évolution des techniques, l'hyperspécialisation, fait parfois perdre de vue l'essentiel, et nous pourrions avoir tendance à garder notre propre savoir par rapport au problème rencontré.

Le maître mot de notre art est : «la lésion globale», cela nous oblige à avoir des connaissances sur les diverses professions traitant de la santé. Il fallait trouver une interface permettant d'avoir une relation simple avec tous les spécialistes.

Nous avons cherché un langage commun. Nous sommes arrivés à penser que nous avons un excellent terrain d'échange à travers nos connaissances sur le système nerveux, en particulier sur le système neuro-sensoriel.

L'encyclopédie Universalis nous propose cette définition : «LE SYSTÈME NERVEUX est un ensemble de cellules spécialisées, diversement interconnectées, les neurones, qui, dans le règne animal, assurent les fonctions de relation (rapports de l'animal avec son environnement) et participent, avec le système endocrinien, à la régulation des fonctions végétatives. Dans les deux cas, le système nerveux travaille en offrant la trame complexe de ses réseaux d'interconnexions à l'influx nerveux, lequel s'y propage et combine ses messages en des bilans variés d'excitation et d'inhibition.»

Le système nerveux est notre système de renseignements. Grâce aux diverses afférences exo centrées ou ego centrés, notre corps va pouvoir s'adapter aux messages venus, soit de l'extérieur, soit de notre propre milieu interne.

Renseignements, analyse, action, mouvements, cet ensemble demande pour fonctionner de l'énergie. S'il n'y a pas de mouvement, il n'y a pas de vie. Nous fabriquons de l'énergie, nous dépensons de l'énergie. Nous fabriquons l'énergie nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme. Deux éléments sont nécessaires à la production de cette énergie:

- Le «carburant», apporté par notre alimentation (suivant ce que nous ingérons, nous pourrions intervenir sur certains facteurs gérant l'information et la circulation de l'information entre les cellules. À l'heure actuelle, les études sur la micro nutrition semblent prometteuses<sup>iv</sup>.)
- Le «comburant» apporté par l'air que nous respirons.

La combinaison de ces deux éléments contribue à donner une énergie qui selon la qualité des apports aussi bien nutritionnels que respiratoires, fait que notre corps a des réponses de plus ou moins bonne efficacité.

Le système stomatognathique participe à la gestion de notre alimentation. Il est au départ de la transformation des aliments (le carburant). Il participe à l'acte respiratoire (le comburant), une respiration nasale correcte dépend, entre autres, de la morphologie de l'os maxillaire et de la position de la langue. Quand cet ensemble est dérégulé, cela peut agir sur notre comportement<sup>vi vii</sup>, sur l'oculomotricité<sup>viii ix</sup>, sur l'équilibre postural<sup>x xi</sup>

Il existe un autre potentiel énergétique, celui légué par notre hérédité. Nous le trouvons dans la double hélice d'ADN. C'est cette énergie que les médecins chinois ont appelée MigMen.

Ces diverses énergies utilisées servent à préserver un équilibre relatif. C'est l'homéostasie. Ces énergies ont aussi un rôle essentiel, elles servent à contrebalancer une invariante absolue, la pesanteur. Toute notre vie, nous devons lutter contre ces 9,81 newtons qui nous collent à la terre.

Pour lutter de façon efficace et dépenser le moins d'énergie possible, (les contractions isométriques sont le signe d'un travail musculaire important d'où une grande dépense d'énergie). Nous avons besoin d'une structure en parfait état. Nous avons besoin d'un système de renseignement efficace<sup>xii</sup>. Ce sera le rôle du système nerveux, en particulier dans toute sa partie afférente.

Ces diverses réflexions nous ont conduits à revisiter les travaux de nos maîtres.

Ceux de J.M.Littlejohn, chirurgien anglais du milieu du XIX siècle, un des premiers élèves de A.T. Still, il fonda la première école d'ostéopathie anglaise. C'est à travers l'enseignement d'un de ces élèves, J. Wernham que nous avons pu comprendre les effets d'une perturbation du système occlusal sur la physiologie et la biomécanique de la colonne vertébrale et vice versa.

Nous avons aussi repris les travaux remarquables de notre maître enseignant et fondateur de l'Ecole Européenne d'Ostéopathie à Maidstone (Angleterre), Tom Dummer. Il a écrit un ouvrage de référence : «Specific Adjusting Technique<sup>xiii</sup>». Il a été en relation avec l'un des inventeurs de la «neurologie posturale» le docteur Baron<sup>xiv</sup>. Tom Dummer décrit trois Unités<sup>xv</sup>. Suite à notre travail sur l'occlusion, nous avons été conduit à scinder l'unité II et nous avons rajouté une quatrième Unité.

D'autre part, nous n'aurions pas pu écrire ces lignes sans citer les travaux d'I Korr<sup>xvi</sup> sur le segment facilité. Cet ostéopathe américain, chercheur à Kirksville (U.S.A.) au College of Osteopathic Medicine, a démontré que dans un segment médullaire facilité, il y a perte de «l'isolant» qui en situation normale empêche les neurones efférents de décharger leur réponse à chaque influx qui les stimule. Les muscles sous la dépendance du segment facilité ont une tonicité trop élevée, ils sont contracturés, en hypertonie constante. Ils ne peuvent plus répondre aux sollicitations d'un étirement. Le professeur J. P. Roll<sup>xvii</sup> dirait qu'ils sont devenus des «muscles muets»!

### Intégration du système stomatognathique dans la mécanique de Littlejohn

La mécanique de Littlejohn<sup>xviii</sup> a été décrite par John Wernham<sup>xix</sup>.

Il énonce trois observations :

- Il compare notre structure à un ensemble mécanique de types grues «chèvre à haubans», c'est ce type d'engin que l'on peut encore rencontrer sur les quais des différents ports du monde.
- La structure osseuse est le point d'appui des forces.
- Les structures myo fasciales sont les haubans.

Pour rester dans une zone stable, la structure doit pouvoir se déformer de façon à rester dans une position d'équilibre, sinon c'est la chute. Il faut pour cela que le centre de gravité se projette et reste dans le polygone de sustentation.

De la même façon, le corps, tout en restant immobile, peut se déformer et modifier les axes articulaires. Même déformée, la structure<sup>xx</sup> doit rester cohérente, ce sera le rôle des muscles. Ils s'adapteront au prix de contractions qui si les choses restent en l'état finiront par devenir des contractures.

Si la structure est dans une situation de déformation permanente, les muscles contracturés ne rempliront plus leur rôle d'information neurosensoriel, et au bout d'un certain temps, la déformation sera fixée. Suivant les travaux de Damasio on sait que le cerveau est dans l'obligation «d'écouter le corps»<sup>xxi</sup>. Il va devoir adapter ses réponses «feed-back», pour conserver un

certain équilibre. Les contractions isométriques qu'il commande vont entraîner chez l'individu une forte dépense d'énergie.

Un des exemples types, est le patient qui ne supporte pas la station immobile, ou simplement qui est épuisé après avoir piétiné durant quelques heures en faisant des courses par exemple.)

**Les travaux de Roll<sup>xxii</sup> ont démontré qu'un muscle ne pouvait répondre qu'à l'étirement. Un muscle contracté est un muscle muet. Si la structure est déséquilibrée par rapport à la troisième vertèbre lombaire, centre de gravité du corps, cela engendrera des étirements musculaires d'adaptation, entraînant fatalement des contractures dues à ces tensions permanentes. Le muscle ne pourra plus répondre aux sollicitations reçues. La lésion ostéopathique s'installe.**

Wernham décrit des lignes qui vont former deux pyramides. (fig. 2)

Une pyramide supérieure dont la base est le foramen magnum. Nous verrons dans le cadre de l'Unité IV que nous avons déplacée la base de cette pyramide, de la région du foramen magnum au niveau des articulations temporo-mandibulaires. Le sommet de cette pyramide se situe en avant de D4. Une pyramide inférieure dont la base se situe au niveau du bassin, cette surface comprend les deux acetabulums et le coccyx. Le sommet se situe au niveau de D4.

Ces deux pyramides répartissent les forces action/réaction. Action force descendante, réaction force montante équilibrant la première.

Sur le simple plan mécanique, nous pouvons envisager qu'un déséquilibre d'une des constructions

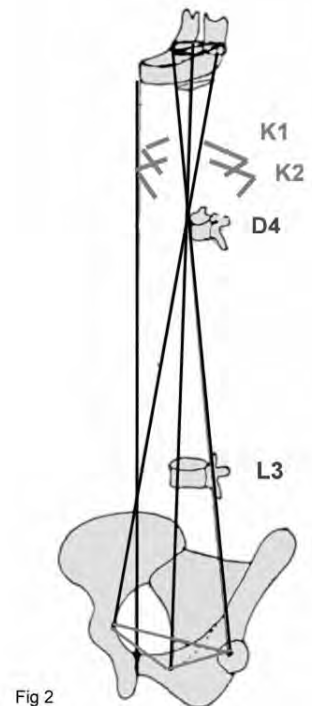


Fig 2

géométriques aille retentir sur l'autre.

Un déséquilibre dans la structure de ces deux pyramides aura forcément une incidence sur les structures sus ou sous-jacentes, ou les deux.

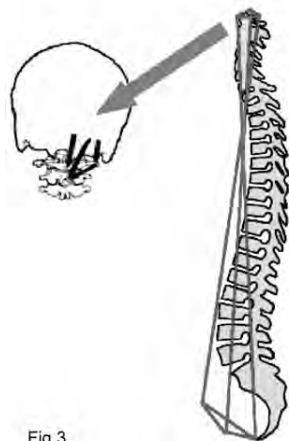


Fig 3

L'interprétation de ce schéma permet de visualiser les effets d'un déséquilibre du rachis sur les muscles nucaux (fig.3), ce qui entraîne une perturbation dans le fonctionnement du système occlusal.

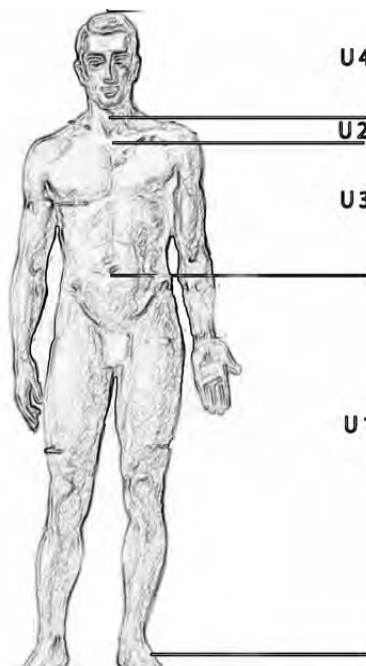
Par exemple, pour une cause «X» le patient a fixé une articulation sacro-iliaque. Les muscles péri-articulaires vont se contracter, ils perdent leur capacité neuro sensorielle. La

structure va s'adapter autour de ce point fixe. Nous observons un retentissement à la fois sur les membres inférieurs (Unité I) puis sur l'équilibre de la colonne cervicale. Quelque temps plus tard, cela peut prendre des années, nous aurons une réponse sur l'Unité IV. Nous pourrions alors observer des vertiges, des acouphènes, des troubles visuels et des perturbations du système occlusal.

Nous venons d'aborder la relation spécifiquement mécanique du système occlusal faisant référence au système inventé par Littlejohn.

Cette explication mécanique a le mérite d'exister, et nombreux sont nos prédécesseurs qui l'ont utilisé avec succès. L'appréhension strictement mécanique du système nous semble cependant insuffisante. Il nous fallait trouver d'autres explications. Nous les avons trouvés à travers l'étude de la neurologie sensorielle, ce qui nous a conduits à revisiter les travaux de Tom Dummer.

## Les quatre Unités



Pour démontrer cet ensemble de propositions, pour situer ce langage commun, cette interface, nous nous sommes référés au travail d'un de nos Maîtres, professeur à l'E.S.O<sup>xxiii</sup>. Tom Dummer<sup>xxiv</sup>. Tom Dummer avait proposé de diviser le corps en trois unités. Nous avons scindé la deuxième unité en unité II et unité IV. Cette dernière à en effet la propriété de posséder en son sein, la plus part des référentiels posturaux.

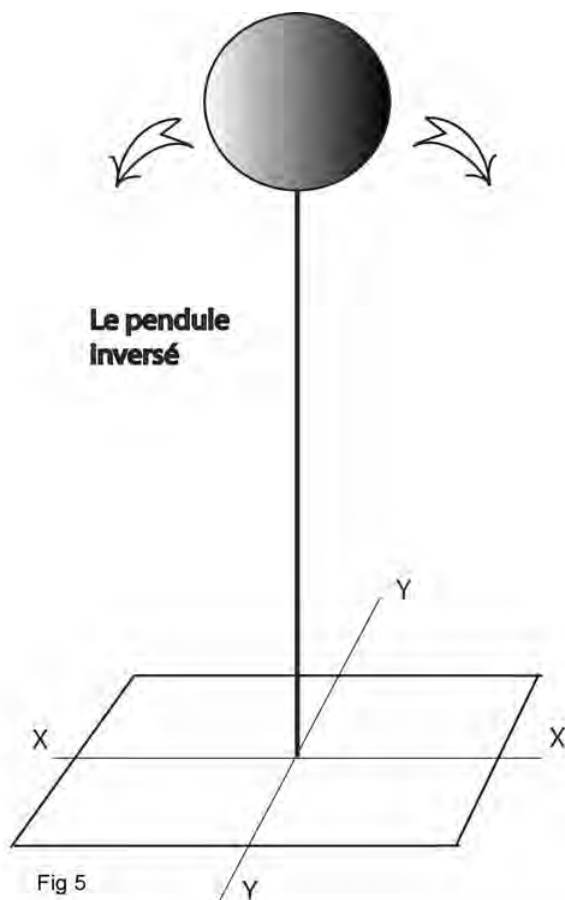
L'unité I, par sa base (l'appui podal), est le point d'appui du pendule inversé<sup>xxv xxvi</sup> que nous sommes. C'est aussi notre relation avec la terre. Tom Dummer, était féru de médecine chinoise et tibétaine, il aurait pu nous parler du seul point d'acupuncture qui nous met en relation à la terre, le premier point du méridien du rein.

Nous avons nommé cette unité, «Unité de relation à la terre». Les membres inférieurs sont finalement l'interface, le lieu de réaction entre un corps soumis à la gravité, et la terre qui nous supporte. Cette réaction obligatoire est pour nous ostéopathe, l'objet d'une attention particulière, car elle peut constituer le départ de fausses informations, et d'une chaîne lésionnelle que nous appelons chaîne lésionnelle montante.

Par les informations neurosensorielles qu'elle nous donne, l'unité I prend une grande importance. Nous retrouvons, à travers elle, les travaux de l'école de Chicago. C'est-à-dire tout le travail de Littlejohn et de Wernham<sup>xxvii</sup> sur l'équilibre du bassin.

**Si le bassin présente un déséquilibre quelconque, il faudra intervenir avant de régler l'occlusion.**





## L'unité II (U II)

L'unité II, comme le dit Tom Dummer «est la représentation des actions volontaires des mains et des bras qui sont capables de raffinements les plus extraordinaires, les plus créatifs et parfois les plus artistiques<sup>xviii</sup> ».

Cette unité nous l'avons nommée «relation avec les autres», elle prend toute son importance chez l'enfant, en particulier, lorsqu'il va apprendre à écrire<sup>xxx</sup>, à s'exprimer par le geste. Cette relation va être capitale dans les relations cognitives de l'élève.

L'enfant, au cours de son évolution, va progressivement pratiquer une activité motrice. Cet apprentissage s'organise de façon aléatoire, par petites informations, en situation d'essais/erreurs, nécessitant de nombreuses répétitions. Ces différents points synthétisent les paramètres utiles et nécessaires à tout bon apprentissage.

Si l'audition et la vue prennent une part majeure dans l'éducation, nous ne pouvons oublier les afférences produites par des inductions sensorielles en particulier au niveau de la main.

Nous serons donc extrêmement attentifs à l'observa-

tion de la préhension du stylo, à la position des mains durant l'écriture.

Par exemple, un stylo pris à deux doigts, pouce index donnera des afférences sur la racine C6. Si le majeur est utilisé, nous aurons une afférence supplémentaire en C7.

Le cerveau recevra donc davantage d'informations. De plus, la gestuelle sera différente. Le stylo entre pouce et index oblige l'enfant à avoir le poignet à plat, il sera donc obligé de compenser le manque de mobilité du poignet en faisant travailler le coude et l'épaule ce qui entraînera à la longue de mauvaises attitudes. Quand il tient le stylo à trois doigts, le poignet prend une direction verticale et assure pratiquement à lui seul la gestuelle de l'écriture.

Les travaux du professeur Roll<sup>xxx</sup> sur les illusions kinesthésiques démontrent bien toutes les informations que peut donner le muscle au cerveau.

**Au niveau de l'occlusion, un enfant, qui présente une perturbation sensorielle, fonctionnelle, structurale de l'unité II, compensera par une posture particulière de la tête et du rachis, il aura tendance à bloquer certaines afférences en stimulant sa langue ou ses pieds. C'est l'enfant qui écrit en bloquant sa langue entre les arcades dentaires.**

**La mauvaise position systématique de la tête entraîne des contractures musculaires en particulier au niveau des muscles nucaux, cela peut avoir à la longue une relation sur l'occlusion.**

## L'unité III (U III)

L'unité III est l'unité médullaire, celle du système orthosympathique. Elle est comprise entre C7 et L3

- C'est la région des lésions viscéro-somatiques et des lésions aiguës réflexes.
- Cette région est sous la dépendance des triangles et pyramide de Littlejohn.
- C'est une zone d'adaptation.
- Un déséquilibre de cette région aura des répercussions sur le système orthosympathique, I Korr<sup>xxxi</sup> a parlé de ses observations sur ce sujet dans le cadre du segment facilité.
  - o Ce déséquilibre aura des répercussions sur l'équilibre des côtes, du sternum, et de l'omoplate donc sur l'os hyoïde, il y aura une répercussion sur

l'équilibre de la langue et sur l'occlusion.

o Les contractures des muscles vertébraux font perdre à ceux-ci leur rôle d'informateur, les lésions se fixent. Les adaptations se font soit plus haut soit plus bas.

## L'unité IV<sup>xxxii</sup>

L'unité IV est l'unité du système parasympathique, elle est aussi le siège des référentiels du système postural fin. Cette unité va intéresser, le crâne, la partie haute de la colonne cervicale, les vertèbres atypiques C1, C2, C3 et le sacrum.

L'unité IV a la particularité de supporter le système stomatognathique.

Cette unité présente plusieurs propriétés :

- Une relation mécanique avec les unités II, III, et I ou les triangles et pyramides décrites par J. Wernham, départ des lignes AP et PA.<sup>xxxiii</sup>
- De part ses relations avec la dure-mère, l'unité IV est en relation avec le sacrum.
- Une relation, avec les éléments d'information, les éléments intégrateurs et les éléments de commande, donnée à la structure. Par exemple, le massif pétreux du temporal contient le système vestibulaire, un déséquilibre du système dure-mérien du à une dysmorphose de l'unité IV pourra avoir une incidence sur les conduits endolymphatiques, cela aura des répercussions sur l'équilibre. Autre exemple, l'axe orbitaire est en relation avec l'axe du massif pétreux cela peut avoir pour conséquence une hétérophorie ce qui provoquera des perturbations posturales.

Elle est le témoin d'un dysfonctionnement postural que ce soit de façon directe ou de façon indirecte<sup>xxxiv</sup> (les afférences podales en particulier, les afférences dues aux variations de pression, pourraient entrer dans le cadre de l'unité IV.)

## Le segment facilité

Pour Irvin Korr<sup>xxxv</sup> la réponse à la lésion ostéopathique se trouve au sein du système nerveux dans l'observation des phénomènes d'excitation et d'inhibition des cellules nerveuses.

Une hyperactivité ou une hypoactivité d'un nerf afférent peut entraîner des perturbations fonctionnelles dans les tissus ou organes qu'il innerve.

Le segment facilité obéit à trois facteurs fondamentaux de la neurophysiologie.

- Le principe de réciprocité à travers les interneurones, chaque neurone peut influencer et peut-être influencé par presque tous les autres neurones<sup>xxxvi</sup>.
- Le principe de convergence, les fibres pré synaptiques conduisent des influx en provenance de nombreux points d'origines différentes vers le neurone afférent<sup>xxxvii xxxviii</sup>.
- La plupart des changements de texture des tissus en relation avec le segment facilité résultent d'une augmentation de l'activité des motoneurones alpha qui maintiennent l'hyperactivité musculaire, et d'une modification de l'activité sympathique efférente vers la peau, les viscères et les systèmes vasomoteurs, sudomoteur et pilo-érecteur<sup>xxxix</sup>.

**Un neurone est donc constamment dans un état d'équilibre dynamique. Il y a pathologie quand, un déséquilibre d'inhibition ou d'excitation s'installe trop longtemps.**

L'organisation commissurale et inter segmentaire des centres primaires de la moelle épinière et du tronc cérébral permet de comprendre qu'une afférence puisse toucher plusieurs segments sus et sous-jacents. Cela explique déjà comment un phénomène de facilitation peut s'étendre à d'autres segments. Nous étudierons dans le chapitre consacré à la neurologie du système occlusal qu'il existe des connexions entre les noyaux du trijumeau et les segments C1 C2 C3<sup>xl</sup>. Cette particularité nous permet de comprendre qu'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou qu'un problème intéressant le territoire du trijumeau puisse engendrer des douleurs ou des spasmes de la région nucale et provoquer une lésion descendante. A contrario, une lésion montante pourra être causale dans des douleurs ou des troubles fonctionnels du système stomatognathique. Toute la difficulté sera de trouver le «Princeps Movens» Au niveau du système trigéminal ces connexions se font par l'intermédiaire d'un neurone ( Wide Dynamic Range Neurons<sup>xli xlii</sup>) qui reçoit des informations de type basse fréquence comme un toucher grossier, ou même des signaux de haute fréquence comme la douleur.

**Ce neurone va donc être facilité, il sera plus facilement activable par la suite même si le problème initial n'existe plus.**

Par exemple, un patient présente une pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire, pathologie qui déclenche de fortes douleurs. Le praticien en odontologie va effectuer un traitement réglant cette perturbation fonctionnelle.

Un peu plus tard pour une raison x ce patient présente des douleurs cervicales n'ayant rien à voir avec l'articulation temporo-mandibulaire. En fait, ces douleurs vont réactiver le «Wide Dynamic Range Neurons» et le patient percevra à nouveau des douleurs au niveau de son système occlusal.

C'est le principe même que nous pouvons retrouver dans le réflexe viscéro-somatique: par exemple, un patient souffre durant quelques années de sa vésicule biliaire, le système afférent correspondant à cet organe est constamment sollicité, il se crée donc un segment facilité. On opère ce patient. Les symptômes disparaissent. Mais il suffira d'une contrainte mécanique au niveau de D7 pour que ces douleurs réapparaissent.

Si l'occlusodontiste a la charge de régler le problème spécifique au système occlusal, l'ostéopathe aura à déceler les segments facilités, et à les traiter.

**Bibliographie**

- i Damasio AR. L'erreur de Descartes
- ii Damasio AR. - Le sentiment même de soi. Ed O Jacob Paris 5 :154-159
- iii Korr. I (1982) Bases Physiologiques de l'Ostéopathie. Douleur projetée et phénomènes associés. Ed SBO. Bruxelles. 55-60
- iv Choset D, Riché D.- Diététique et Micro Nutrition Chez le Sportif - Ed. Vigo. pp. 26 -
- v Hartmann F, Cucchi G. (1993). Les dysfonctions crânio-mandibulaires. Ed Springer Verlag. 7 : 98
- vi Piochon P. (1994) Manifestation du psychisme dans les douleurs orofaciales. Réalité clinique. V. 2 : 241-259
- vii The American Academy of Orofacial Pain (1996) Orofacial pain. Ed Quintessence Publishing. 10 : 211-218
- viii The American Academy of Orofacial Pain (1996) Orofacial pain. Ed Quintessence Publishing. 9 : 185-190
- ix Gagey PM, Weber B. (1995). Posturologie. Régulation et dérèglement de la station debout. Ed Masson. Paris. 3 : 85-86
- x Bonnier L. (1997) La modification de l'occlusion a-t-elle une répercussion immédiate sur le système postural fin. Ed. Sauramps médical. pp. 77-86
- xi Meyer J. (1977) Participation des afférences trigéminales dans la régulation tonique posturale orthostatique. Intérêt de l'examen systématique du système manducateur chez les sportifs de haut niveau. Thèse med Paris René Descartes.
- xii Roll JP. (2000) DIU de posturologie clinique pp. 1-20
- xiii Dummer T. (1995). Specific Adjusting Technique - Jotom Publication
- xiv Baron J.B. - Muscles moteurs oculaires, attitude et comportement locomoteur des vertébrés. Thèse de Sciences, Paris, 1955

- xv Dummer T. (1995) Specific adjusted technique. Ed Jotom. 6 : 20-23
- xvi The collected papers of I.M. Korr, American Academy of osteopathy.
- xvii Roll JP. (1998). Les muscles organes de la perception. Pour la science 248 : 92,99 -
- xviii Littlejohn chirurgien anglais de la fin du XIX siècle, un des premiers élèves de Still, fondateur de l'école de Chicago. Il amène l'ostéopathie en Angleterre, il fonde la première école d'ostéopathie à Londres. C'est un des premiers ostéopathes à avoir donné une explication rationnelle et physiologique à l'ostéopathie.
- xix Wernham J. (1968) La mécanique vertébrale - Year book
- xx Megret JF. (2004) La tensesgrité modèle biomécanique pour l'ostéopathie. Apostill pp. 4-16
- xxi Damazio RA . l'erreur de Descartes
- xxii Roll JP. (2001) DIU de posturologie clinique - Marseille
- xxiii ESO European School of Osteopathy - Boxley House - Maidstone - England
- xxiv Dummer T. (1995) Specific Adjusting Technique. Jotom Publication
- xxv Gillies GT, Broaddus WC, Stenger JM, Taylor AG. (1998) A biomechanical model of the craniomandibular complex and cervical spine based on the inverted pendulum. J Med Eng Technol. 22(6) :263-269
- xxvi Gillies GT, Christy DW, Stenger JM, Broadus WC. (2003) Equilibrium and non equilibrium dynamics of the crânio-mandibular complexe and cervical spine. J Med Eng Technol. 27(1) :32-40
- xxvii Mécanique de la colonne vertébrale et du bassin - Clinique ostéopathique de Maidstone England 7, 8, 9.
- xxviii Dummer T. (1995) Spécific adjusting technique. 6-21
- xxix Zekri-Hurstel R. (2001) Un nouveau regard sur l'élève. Ed du Rouergue. pp. 19-29
- xxx Roll J.P. Role of muscle spindle afferents in post-contraction and post vibration motor effect. Laboratoire de neurobiologie humaine, Université Aix Marseille I - URA CNRS 372 France
- xxxi Korr I. (1976). Base Physiologique de l' Ostéopathie - SBORTM
- xxxii Amigues JP. ( 2002) L'unité IV. Une prise de conscience sur les différents mécanismes qui mettent notre corps en contact avec son environnement. Les différents systèmes d'équilibre et de posture. L'ostéopathie Précisément. Journal des étudiants diplômés en ostéopathie. Magog Qc Canada pp. 17-21
- xxxiii Mécanique de la colonne vertébrale et du bassin - Clinique ostéopathique de Maidstone England 7, 8, 9.
- xxxiv Yamaguchi H, Sueishi K. (2003) Malocclusion associated with abnormal posture. Bull Tokyo Dent Coll. 44(2):43-54
- xxxv Korr I.1978., Neurobiologic mechanisms in manipulative therapy. Plenum Press.
- xxxvi Richard D, Orsal D. (2001) Neurophysiologie. Organisation et fonctionnement du système nerveux. Ed Dunod. 2 : 127-136
- xxxvii Korr I. (1982) Base physiologique de l'ostéopathie. Ed S.B.O. pp. 44
- xxxviii Bossy J. (1978). Bases Neurobiologiques des Réflexothérapies. Ed Masson. 4 : 40-41
- xxxix Korr I. (1982) Base physiologique de l'ostéopathie. Ed S.B.O. pp 29-31
- xl Hartmann F, Cucchi G. (1993). Les dysfonctions crânio-mandibulaires. Ed Springer Verlag. 2 : 11-12
- xli Wallin J, Fiska A, Tjolsen A, Linderöth B, Hole K. (2003). Spinal cord stimulation inhibits long-term potentiation of spinal wide dynamic range neurons. Brain Res. 973(1):39-43
- xlii Sowards TV, Sowards M. (2002) Separate, parallel sensory and hedonic pathways in the mammalian somatosensory system. 58(3) :243-260.

# Les positions de sommeil



**Par: Philippe Thomas, PhT, Ac.**

Je ne prétends pas écrire ici un article scientifique sur les positions de sommeil, mais plutôt vous faire part de mon expérience, du fruit de mon vécu, de celui de mes clients ainsi que des discussions que j'ai eues sur le sujet avec d'autres thérapeutes.

Les positions du sommeil causent, réveillent ou guérissent une partie importante des dysfonctions musculo-squelettiques. Dans le meilleur des cas, rester quelques heures dans une position de compression d'une zone musculaire cause une ischémie relative qui détend cette zone comme le ferait une pression profonde de shiatsu. Par la suite, le changement de position va permettre à la circulation de revenir dans la région comprimée. Une autre zone sera alors comprimée.

On sait que des positions maintenues trop longtemps chez les clients alités peuvent causer des plaies de lit. Heureusement, consciemment ou inconsciemment, la plupart des gens changent de position la nuit.

En vieillissant, la circulation est moins bonne, l'arthrose et d'autres problèmes musculo-squelettiques ou organiques s'installent et le besoin de bouger se fait sentir davantage. Les nuits sont plus courtes; une période de «déroutillage» matinal devient nécessaire.

Si la nuit apporte le repos, l'oublie et enlève bien des tensions, il peut arriver a contrario que l'on se blesse en bougeant ou en changeant de position trop brusquement. Ceci peut être analysé comme des dysfonctionnements dans le concept counterstrain : nous restons longtemps dans une position qui inhibe nos

réflexes de défense, un mouvement brusque surprend une articulation et ses fascias. Le système nerveux prend cela comme une situation de danger et va répondre par une hyperactivité musculaire; le phénomène des crampes peut s'expliquer de cette manière.

Nous pourrions établir ici un parallèle avec les opérés restant trop longtemps dans une position sous anesthésie générale et qui souffrent par la suite de cervicalgies, dorsalgies ou lombalgies. Des patients sous somnifères ou relaxants musculaires comme le valium peuvent aussi se créer des dysfonctionnements suite à l'inhibition de leurs réflexes de défense. Dans ce cas comme toujours, la position dans laquelle s'est produite la dysfonction sera une clef du traitement.

Examinons maintenant les positions de sommeil les plus courantes :

## 1. Sur le dos

C'est une excellente position pour commencer ou finir une bonne nuit de sommeil. Pour les lombalgiques, un oreiller sous les genoux apportera du confort en diminuant la lordose lombaire. En mettant l'oreiller plus haut vers les fesses on peut même mettre le sacrum en position de flexion crânienne et rétroverser le bassin.

Un petit oreiller sous le cou garde la courbure cervicale. Idéalement, l'occiput devrait toucher le lit. Si le sacrum est dans une position neutre, le mouvement respiratoire primaire (MRP) sera favorisé. Si la personne est cyphosée, le petit coussin cervical sera déposé sur un oreiller plus gros, de manière à ne pas trop forcer les dorsales hautes en post-flexion. Les clients ayant un pattern d'extension auront quant à eux tendance à mettre l'oreiller sous l'occiput ou à dormir sans oreiller. La pression sous l'occiput provoquera une légère compression du IVème ventricule, favorisant la relaxation et le sommeil.

Dans de nombreux cas de maux de dos, cette position reste la seule position antalgique (sur le lit ou même sur le tapis) : les hanches et les genoux à 90 degrés, reposant sur un tabouret, les adducteurs et abducteurs relâchés, le psoas détendu.

Dans la position sur le dos on peut aussi monter les

bras et les mains derrière la tête, ce qui relâche les trapèzes, angulaires et sus-épineux. Si les bras vont trop en arrière, attention au retour à la position neutre: ce retour doit se faire doucement. Idéalement, les bras ne devraient pas aller complètement en arrière, mais être soutenus dans une position intermédiaire, en reposant sur des oreillers.

Cependant, la position sur le dos n'a pas que des avantages. Il se fabriquait au Québec dans les années 1970 des futons qui n'en avaient que le nom. En effet, les futons japonais, plus minces, se roulent tous les jours, ce qui fait que le coton interne ne se tasse pas. Par contraste, avec le temps, les futons «locaux» devenaient durs comme de la pierre et on ne pouvait y rester sur le dos sans risquer une lésion chronique du sacrum. J'appelais ce phénomène «syndrome du futon» ou «du studio de bronzage» (endroit où l'on reste longtemps à plat dos sur une surface dure). Sur un futon ou un matelas trop dur, on ne peut rester longtemps sur le dos; on se place alors sur le côté en enroulant l'épaule pour éviter l'appui douloureux sur la coiffe des rotateurs et l'acromion. Cet enroulement crée à la longue un problème d'épaule articulaire et circulatoire, en plus de pousser le dormeur à tourner sans cesse pour trouver une position confortable. Le trochanter devient lui aussi douloureux et pousse à changer de position lorsqu'on reste trop longtemps sur le côté.

En dormant sur le dos, la pression des maxillaires inférieurs tirés par la pesanteur met les temporaux en rotation externe. Les masseters et les temporalis se relâchent. Dans le sommeil profond, les tissus mous de la gorge se relâchent aussi et favorisent le ronflement.

Il faut aussi noter que dans cette position, la tête doit être maintenue droite par l'oreiller afin de ne pas créer d'hypertension dans les sterno-cléido-mastoïdiens, source de maux de tête et d'oreilles. Aussi, le poids des couvertures sur les pieds peut mettre la tibio-tarsienne en flexion plantaire, raccourcissant le mollet et causant des crampes lorsqu'au réveil on cherche à les étirer.

## 2. Sur le côté

Dormir en position fœtale ou en chien de fusil est très confortable. Il faut que l'oreiller soit assez gros pour

comblent l'espace entre l'épaule inférieure et le cou et éviter trop d'enroulement à l'épaule. Un oreiller entre les jambes permet d'éviter une torsion du bassin (en général, pour éviter le contact osseux désagréable entre les deux genoux, le dormeur avance le genou supérieur créant ainsi une torsion du bassin).

Un oreiller de corps peut être utilisé. Il s'agit d'un long oreiller qui supporte le bras supérieur, longe le thorax et l'abdomen, passe entre les genoux et peut se terminer entre les malléoles des chevilles et soutenir le pied supérieur dont il évite l'adduction. Cet oreiller a aussi l'avantage de tenir au chaud (avec une légère pression) le plexus solaire et le ventre et peut représenter une solution pour les clients qui ne peuvent ou ne doivent plus dormir sur le ventre.

### Inconvénients de cette position:

- L'enroulement de l'épaule au contact du lit crée à la longue une tête de l'humérus antérieure et de la laxité ligamentaire qui provoque bien des problèmes d'épaule.
- Une perte de lordose chez des sujets déjà hypoadaptés avec raccourcissement des psoas créant des raideurs lombaires matinales ainsi qu'un raccourcissement des adducteurs.
- L'oreiller entre les jambes peut compresser la saphène interne et gêner le retour sanguin.
- La compression de la tête du fémur peut à la longue provoquer une arthrose de la hanche.

## 3. Sur le ventre

Cette position est à proscrire, car elle met trop de rotation aux cervicales (C1/C2) et fragilise aussi la région cervicale basse (C6/C7, et même jusqu'à D4) par augmentation de la lordose cervicale. À mon avis, son seul avantage est la compression du ventre et du plexus solaire, compression dont beaucoup de personnes ont besoin énergétiquement, surtout les angoissés. La pression latérale sur le visage peut amener des rides et des congestions de la sphère O.R.L.

## 4. De trois quarts

Idéalement, dans cette position on devrait mettre un oreiller sous le bassin pour éviter la lordose et un oreiller sous le thorax s'arrêtant aux clavicules (s'il dépasse les clavicules, cet oreiller peut compresser

les régions scaléniques et la carotide). La tête repose sur le lit sans oreiller ou avec un très mince oreiller moelleux si le matelas est trop dur. Le fait de soulever le thorax avec un oreiller évite la post-flexion du cou et donne un minimum de rotation. Une jambe est pliée, l'autre étendue, le bras du côté de la jambe pliée est en position «Statue de la liberté» et l'autre allongé le long du corps.

Avantages de cette position :

Il n'y a pas de pression au niveau des épaules et des têtes fémorales, le dos est dans une position neutre, il y a une pression relaxante sur le plexus solaire et le ventre, en plus d'une ouverture des jambes et des trous obturateurs aidant la circulation des membres inférieurs. Le pied du côté étendu peut à la limite sortir du lit, ce qui évite la rotation de cette jambe et met la tibio-tarsienne en position neutre. Cette position occasionne aussi peu de crampes nocturnes. De plus, le sacrum ne subit aucune pression directe et se trouve libéré dans le mouvement crânio-sacré. La pression de l'oreiller ventral sur les épines iliaques antéro-supérieures postérise les iliaques et rétroverse le bassin.

Désavantages de cette position :

- La rotation du cou peut amener de la raideur le matin, de la laxité et/ou des maux de tête.
- La pression sur le visage et le zygoma peut amener des congestions du même côté, compression de la fente sphéno-palatine avec un œil qui pleure le matin de ce côté. Des rides peuvent aussi se développer, comme dans le cas de la position à plat ventre.
- Peut parfois provoquer des engourdissements de la main si le coude est fléchi du côté du bras levé.

## 5. Autres positions

D'autres positions atypiques peuvent être employées pour des problèmes particuliers. Mentionnons entre autres la position assise dans les cas de fractures de côtes, de problèmes respiratoires, etc.

## Manière de se lever

Il faut éviter de se lever d'un coup en s'asseyant sur le lit. Il faut employer la même technique que celle employée pour descendre d'une table de traitement : on se met sur le côté, on sort les jambes jusqu'aux genoux en dehors du lit, puis on s'assoit lentement en poussant avec le coude. Pour plus de précision, prenons par exemple le cas d'un individu couché sur le côté droit, prêt à se lever : sa hache droite repose sur le lit et est pliée à 90 degrés. Les genoux sont en-dehors du lit et aussi pliés à 90 degrés. Son coude droit est appuyé sur le lit pour plus de confort. Il peut aussi prendre un tiers distal du fémur droit avec sa main droite. La face palmaire de la main est placée à plat sur le lit en avant du coude gauche. Pour se lever, cette personne devra s'asseoir lentement en poussant avec le coude droit et la main gauche sur le lit. Ce seront surtout les chaînes latérales qui vont travailler.

D'après Jones, une fatigue matinale peut provenir d'un dysfonctionnement antérieur de la région thoracique («endospasme» de la chaîne antérieure). On va souvent retrouver ce cas chez des clients dormant en position fœtale et se levant trop brusquement. Ces personnes auraient intérêt à se redresser lentement sans utiliser la chaîne antérieure ou postérieure, mais plutôt les chaînes latérales.

## Conclusion

En général, chacun cherche à trouver la position la plus confortable en fonction de sa morphologie et de ses lésions chroniques ou récentes. Chaque position, on l'a vu, a ses avantages et ses inconvénients. Expliquer cela au client peut lui ouvrir des horizons nouveaux et le déculpabiliser s'il dormait sur le ventre, en lui proposant par exemple la position de trois quarts avec des oreillers. Le succès d'un traitement vient souvent d'un bon enseignement et d'une prise de conscience de certaines positions néfastes.

## IN MEMORIUM

*C'est avec tristesse que nous vous annonçons le décès du Professeur Irvin Korr PhD. Cet homme sensible, généreux, fervent défenseur de l'Ostéopathie est parti le 4 mars 2004 en paix. Sa famille nous a informés que malgré les symptômes de la maladie d'Alzheimer, il avait toujours son sens de l'humour et sa profonde gentillesse.*

*Nous l'avions accueilli à plusieurs reprises à Montréal. Un groupe d'étudiants lui auraient offert un coffret avec toutes les cassettes de cours qu'il nous avait donnés durant plusieurs années.*

*Il m'avait confié qu'il avait rencontré l'ostéopathie, qu'elle l'avait soigné et guidé en appliquant ses concepts dans sa Vie personnelle.*

*Il avait dit aussi : " Having lived according to the law of Nature, I can expect to die young... when I am very old."*

*Irvin Korr a consacré 50 ans de sa vie pour expliquer la neurologie sous l'angle de l'ostéopathie. Il fut un des premiers à montrer l'impact de notre travail sur la régulation des mécanismes de l'organisme. Nous lui devons l'explication de la neuro-facilitation, d'innombrables expériences dont le fait que le LCR s'irradie avec le liquide interstitiel se rendait du canal médullaire jusqu'à la plaque motrice.*

*Son humilité, sa dignité et sa bienveillance resteront dans nos cœurs.*

*À Dieu, Kim.*

*Philippe Druelle D.O.*



**Association Des Ostéopathes du Québec  
(ADOQ)**

**C.P. 373, Succ. "R"**

**Montréal (Québec)**

**H2S 3M2**

**Tel : (514) 770-5043**

**[www.osteopathiecanada.ca](http://www.osteopathiecanada.ca)**

