

OSTEOPATHIE :

Constat d'une réalité

Mémoire

Pour l'obtention du diplôme d'ostéopathe animalier
Présenté et soutenu publiquement, le 14 novembre 2003 à Caen
Devant l'European School of Animal Osteopathy

Par

Emilie DAMAGNEZ

Née le 24 mars 1982

Membres du Jury

M. Jean Yves GIRARD, Directeur de l'ESAO

M. Didier FONTAINE, Directeur de l'ESAO

Melle Cécile BAGARD, Professeur à l'ESAO

Melle Lucile BIENNARD, Professeur à l'ESAO

M. Samuel COUVALLET, Professeur à l'ESAO

M. Thomas GIMBELOT, Professeur à l'ESAO

SOMMAIRE

I – HISTORIQUE DE L’OSTEOPATHIE	P.4
1 . Naissance de l’ostéopathie	P.5
2 . De l’humain à l’équin	P.7
3 . Etymologie	P.8
II – APPROCHE DE LA BIOMECHANIQUE	P.9
1 . Biomécanique du rachi cervical supérieur	P.10
1 . 1 . Biomécanique de C0/C1	P.10
1 . 1 . 1 . Les mouvements majeurs	
1 . 1 . 1 . 1 . La flexion ou rotation sagittale antérieure	
1 . 1 . 1 . 2 . L’extension ou rotation sagittale postérieure	
1 . 1 . 2 . Les mouvements mineurs	
1 . 1 . 2 . 1 . La rotation horizontale droite ou gauche	
1 . 2 . Biomécanique de C1/C2	P.11
1 . 2 . 1 . Rappel anatomique de C1	
1 . 2 . 2 . Rappel anatomique de C2	
1 . 2 . 3 . Biomécanique de C1/C2	
1 . 2 . 4 . Les mouvements majeurs	
1 . 2 . 4 . 1 . La rotation frontale droite et gauche	
1 . 2 . 5 . Les mouvements mineurs	
1 . 2 . 5 . 1 . La rotation sagittale antérieure	
1 . 2 . 5 . 2 . La rotation sagittale postérieure	
1 . 2 . 5 . 3 . La rotation horizontale droite et gauche	
2 . Biomécanique du rachi cervical inférieur	P.14
2 . 1 . Biomécanique de C2 à C7	P.14
2 . 1 . 1 . La flexion ou rotation sagittale antérieure	
2 . 1 . 2 . L’extension ou rotation sagittale postérieure	
2 . 1 . 3 . La rotation horizontale et frontale droite et gauche	
3 . Biomécanique des lombaires	P.16
3 . 1 . La flexion ou rotation sagittale antérieure	
3 . 2 . L’extension ou rotation sagittale postérieure	
3 . 3 . La rotation frontale droite et gauche	
4 . Biomécanique du sacrum	P.17
4 . 1 . Les axes obliques	

4 . 2 . Pathologies du sacrum	P.18
4 . 2 . 1 . Pathologie en GG	
4 . 2 . 2 . Pathologie en DD	
4 . 2 . 3 . Pathologie en DG	
4 . 2 . 4 . Pathologie en GD	

III – UNE REALITE **P.21**

1 . Monsieur Quertier, propriétaire de Torage, 18 ans **P.22**

- 1 . 1 . Son témoignage
- 1 . 2 . Constat et manipulation
- 1 . 3 . Rééducation
- 1 . 4 . Ressenti du propriétaire

2 . Monsieur Macquet, propriétaire de Iverdy, 7 ans, 1.70 mètres au garrot **P.24**

- 2 . 1 . Son témoignage
- 2 . 2 . Constat et manipulation
- 2 . 3 . Rééducation
- 2 . 4 . Ressenti du propriétaire

3 . Monsieur Roguet, propriétaire de Lordon, 4 ans **P.26**

- 3 . 1 . Son témoignage
- 3 . 2 . Constat et manipulation
- 3 . 3 . Rééducation
- 3 . 4 . Ressenti du propriétaire

4 . Monsieur Créof, propriétaire de Abricot, 4 ans **P.28**

- 4 . 1 . Son témoignage
- 4 . 2 . Constat et manipulation
- 4 . 3 . Rééducation
- 4 . 4 . Ressenti du propriétaire

IV – CONCLUSION **P.31**

I – HISTORIQUE DE L’OSTEOPATHIE

1 – Naissance de l'ostéopathie

Depuis la nuit des temps, l'homme a tenté de soulager et soigner ses souffrances corporelles à l'aide de diverses méthodes dont les plantes et les mains.

L'ostéopathie n'est pas une science nouvelle, elle existait déjà sous différentes formes pratiquées par les druides, les égyptiens et bien d'autres. A son époque Hippocrate disait « je tiens en haute estime les praticiens de cette médecine manuelle ».

L'ostéopathie est découverte et fondée par le Docteur Andrew Taylor STILL (1828 – 1917) le 22 juin 1874.

A l'époque il soigne des personnes atteintes de dysenterie. Après avoir traité la colonne vertébrale et suite à des analyses, il constate des zones de raideurs, au niveau des tissus. Il pense alors à un ou des blocages, qui empêchent le bon fonctionnement des courants nerveux et sanguins, innervant et vascularisant, des intestins.

Pour STILL, la cause primaire est là et c'est en redonnant de la mobilité par le biais de pression, de mobilisation et d'étirement articulaire que les patients guérissent.

Il décède le 12 décembre 1917.

L'ostéopathie n'en reste pas là. Un de ses élève, John Martin LITTLEJOHN, crée à Londres la British School of Ostéopathy, le 7 mars 1917.

Déjà en 1910, le Docteur Jim ATKINSON, met au point les règles de la chiropraxie, branche dissidente de l'ostéopathie. Elle agit seulement sur la colonne vertébrale et ne s'intéresse pas au crânien et au viscéral. Elle se voit ouvrir une école dans l'Iowa aux Etats Unis, par un élève de STILL : David PALMER .

L'ostéopathie est devenue une médecine à part entière. On dit même que l'ostéopathe est l'ingénieur civil du corps.

Les pionniers de l'ostéopathie

1828	Naissance du Dr Andrew Taylor STILL à Jonesville, Lee County Virginia (USA) (1828 –1917)
1874	Le 22 juin, Still invente l'ostéopathie
1892	Il fonde la première école d'ostéopathie humaine à Kirksville (USA)
1896	L'état du Vermont reconnaît l'ostéopathie, suivi lentement par tous les autres états
1917	Little John, docteur en chimie et biologie, physique et physio-pathologie, (1865 – 1947), élève de Still, fonde le BSO à Londres
1939	W.G. Sutherland (1872 – 1950) développe l'ostéopathie crânienne. Il établit le mouvement des os du crâne
1951	Harold Magoun élabore une synthèse de l'ostéopathie crânienne
1964	Viola Fryman, Denis Brookes, Tom Schooley, enseignent le concept crânien en France
1983	John Upledger élabore le concept crânio-sacré à l'ensemble du corps
1985	J.P. Barral développe le concept des manipulations viscérales
1993	La Grande Bretagne, suivie de l'Australie et de la Nouvelle Zélande, reconnaît l'ostéopathie
2000	Le 24 juin, la loi Collas reconnaît l'ostéopathie en Belgique
2002	Le 5 mars, l'état français reconnaît l'ostéopathie en France.

2 – De l'humain à l'équin

En 1940, ses recherches mènent le Docteur Louisa BURNS à utiliser des lapins pour ses travaux sur les luxations. Le Docteur A.W. FUHR utilisera des chiens pour étudier les effets de la manipulation vertébrale.

Les patients humains, convaincus par l'ostéopathie sur eux-mêmes, demandent à leurs ostéopathes s'ils ne peuvent pas aider leurs animaux de compagnie, lorsque la médecine vétérinaire est impuissante. Malgré le succès en humain, l'évolution de l'ostéopathie sur les animaux reste timide. La raison en étant que la pratique en était réservée aux vétérinaires. C'est grâce au Docteur Dominique GINIAUX que l'ostéopathie prend son essor en France dans les années 1970.

A sa suite, les ostéopathes animaliers se feront connaître par le truchement des vétérinaires et profiteront également de l'engouement pour l'ostéopathie humaine.

« Toute doctrine nouvelle traverse trois étapes :
on l'attaque d'abord en la déclarant absurde.
Puis on admet qu'elle est vraie, mais insignifiante.
On reconnaît enfin sa véritable importance et,
Ses adversaires revendiquent alors l'honneur de l'avoir découverte. »

William James

3 - Etymologie

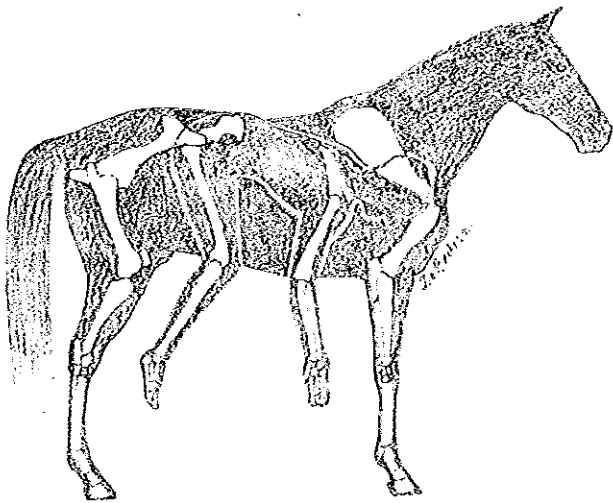
- L'ostéopathe est le thérapeute qui suit « le chemin vers l'os »
- Certaines peuplades indiennes pensent que le nom provient de deux tribus : « OSage + pottawaTAMI ».
- « OS + PATHOLOGIE »
- Par référence grecque, P Wilson nous donne « OSTEON = OS et PATHOS = ce que l'on éprouve en parlant des maladies.

- STILL nous donne en 1892 « c'est une connaissance scientifique de l'anatomie et de la physiologie qui dans les mains d'une personne habile pourra appliquer cette connaissance en vue d'aider un homme malade ou blessé par l'effort, la tension, les chocs ou accidents de toutes sortes ».

- En 1899, STILL « l'ostéopathie est un système d'ingénierie de tout le corps humain, lequel maintient ouverte toutes les communications avec le cerveau et prévient tout arrêt circulatoire du sang et des autres fluides ».

- Pour SUTHERLAND, ostéopathe, l'art de l'ostéopathie consiste à savoir dialoguer avec les tissus.

De manière générale, on peut dire que l'ostéopathie est basée sur l'art de la palpation. Elle étudie d'organisme dans sa totalité.



*ESAO Ltd
36 Robertson Road
Preston Park Business Centre
Brighton, BN1 5NL, England
Tel: 01273 560 477
Fax: 01273 560 450*

II – APPROCHE DE LA BIOMECHANIQUE

Mon propos n'est pas de reprendre la totalité de la biomécanique du cheval mais, je me propose de vous soumettre, plus loin, quelques points de ce chapitre rencontré lors de l'étude des cas que j'expose dans le présent développé.

1 – Biomécanique du rachis cervical supérieur

1.1. Biomécanique de C0/C1

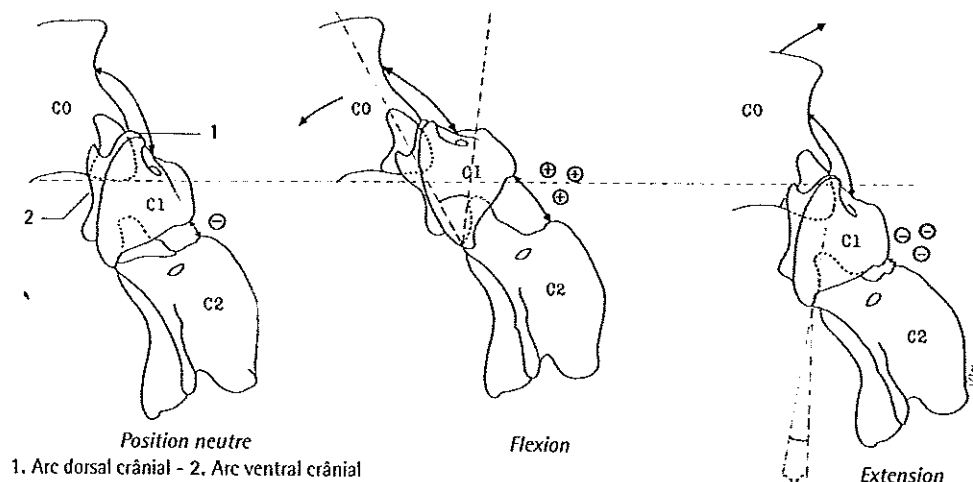
Cette articulation est composée de l'os occiput (C0) et se situe à l'arrière du crâne. Sa face caudale présente un orifice appelé le trou occipital. Ce trou permet la communication entre le canal vertébral, la cavité crânienne et la première cervicale (C1). Ce duo C0/C1 permet des mouvements majeurs de flexion, d'extension, de rotation et des mouvements mineurs de rotations frontales droites ou gauches.

1.1.1. Les mouvements majeurs

1.1.1.2. La flexion ou rotation sagittales antérieure

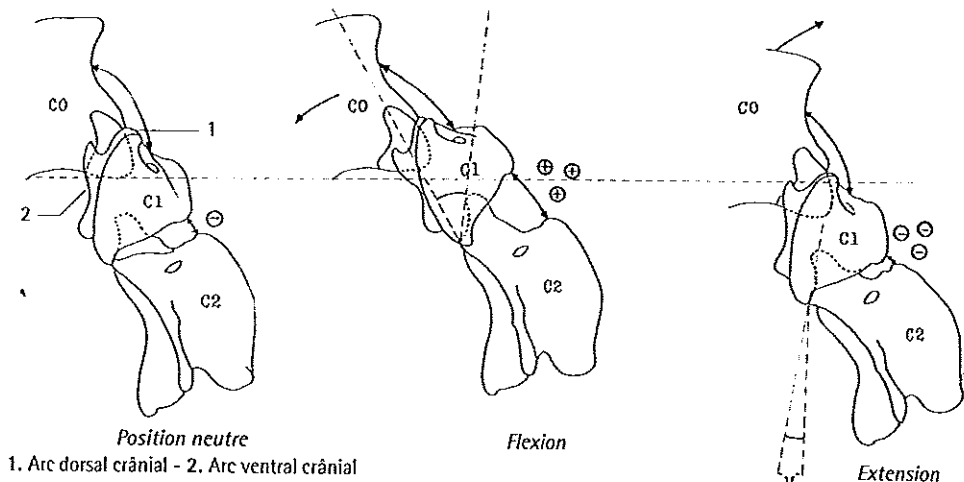
Les surfaces articulaires de l'occiput appelées condyles remontent dorsalement dans les cavités de C1. La flexion de C0/C1 s'accompagne toujours d'une flexion de C1/C2. Le mouvement est limité par la mise en tension de la capsule articulaire et du ligament nucal.

Les muscles responsables de ce mouvement sont le muscle long de la tête et le droit ventral et latéral.



1 . 1 . 1 . 2 . L'extension ou rotation sagittales postérieure

A l'inverse de la flexion, les condyles occipitaux de C0 descendent ventralement dans les facettes articulaires de C1. Il existe aussi une extension de C1/C2. L'arc dorsal caudal de C1 se rapproche de l'arc dorsal crânial de C2. Les muscles responsables de ce mouvement sont le grand et petit droit de la tête et l'oblique crânial.



1 . 1 . 3 . Les mouvements mineurs

1 . 1 . 3 . 1 . La rotation horizontale droite ou gauche

Entre C0/C1 le mouvement est faible et se traduit par un glissement entre les facettes articulaires. Ce mouvement est suivi par une rotation de C1/C2. Entre C0/C1 l'amplitude de la latéro-flexion est faible et se traduit par un glissement. Dans ce mouvement à gauche, les condyles de l'occiput font un mouvement de glissement latéral vers la droite, dans les surfaces articulaires de l'atlas.

1 . 2 . Biomécanique de C1/C2

1 . 2 . 1 . Rappel anatomique de C1

Appelée également Atlas, c'est la première vertèbre cervicale. On lui trouve deux cavités articulaires crânielles qui s'articulent avec l'occiput et deux surfaces articulaires caudales qui s'articulent avec C2. La partie ventrale présente la fovea dentis qui reçoit la partie ventrale de la dent de C2.

Il existe des moyens d'union, on trouve en périphérie une membrane atlanto-axiale qui forme un manchon fibreux et en profondeur un ligament longitudinal qui maintient la dent.

1 . 2 . 2 . Rappel anatomique de C2

C'est la plus longue vertèbre cervicale. Elle présente deux surfaces articulaires crânielles qui s'articulent avec celles de C1 et deux surfaces articulaires caudales s'articulant avec C3. Sa caractéristique est qu'elle possède une dent située sur la face crâniale de la vertèbre qui permet la rotation entre C1 et C2.

1 . 2 . 3 . Biomécanique de C1/C2

On retrouve des mouvements majeurs de rotation et des mouvements mineurs de flexion et d'extension.

1 . 2 . 4 . Les mouvements majeurs

1. 2. 4. 1. La rotation frontale droite ou gauche

La rotation est un mouvement majeur permis par l'union de la foveo dentis de C1 et de la dent de C2.

Lors d'une rotation gauche, l'aile gauche de C1 monte. Lors des manipulations, il est dangereux d'effectuer des amplitudes trop importantes sous risque de léser l'artère vertébrale. Les muscles principaux sont l'ilio-costal et l'intertransversaire.

1 . 2 . 5 . Les mouvements mineurs

1. 2. 5. 1. La rotation sagittales antérieure

Les surfaces articulaires de C1 glissent dorsalement sur celles de C2. C1 aura tendance à s'horizontaliser avec la partie ventrale de C2. Dans cette position, un choc violent peut aboutir à la fracture de la dent de C2.

Dans les principaux muscles fléchisseurs, nous observons les muscles longs du cou et les brachiocéphalique

1 . 2 . 5. 2. La rotation sagittale postérieure

Les surfaces articulaires de C1 glissent ventralement sur celles de C2. Dans ce mouvement, C1 aura tendance à se verticaliser.

Les muscles responsables de l'extension sont : l'épineux du cou, le multifide du cou , le longissimus, le trapèze cervical, le dentelé du cou.

1. 2. 5. 3. La rotation horizontale droite et gauche

De par la configuration des facettes articulaires, il existe un très léger mouvement de rotation horizontale.

2 – Biomécanique du rachi cervical inférieur

Le rachi cervical inférieur s'étend de la deuxième à la septième cervicale. Chaque cervicale possède deux facettes articulaires crânielles qui s'articulent avec la vertèbre précédente et deux facettes articulaires caudales qui s'articulent avec la vertèbre suivante.

Les corps de la cervicale appelé corps vertébraux vont ainsi s'articuler entre eux.

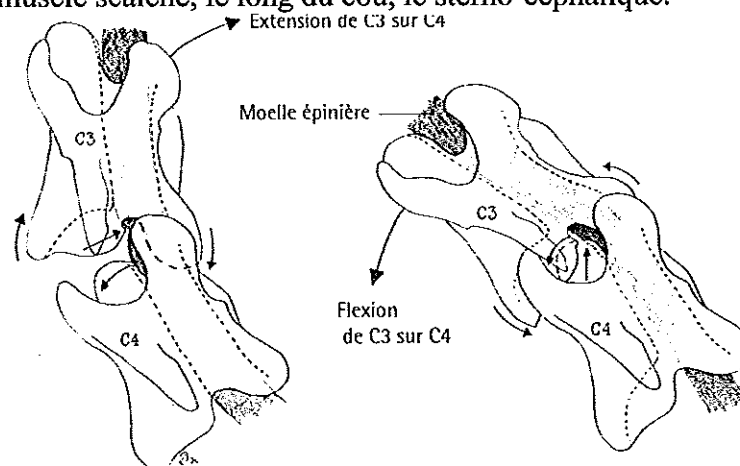
Chaque corps est uni par un disque inter-vertébral. Les facettes articulaires se trouvent sur un plan parasagittal. L'ensemble de la colonne vertébrale présente une courbure, C1/C2/C3 ont une position vers la flexion et C4/C5/C6/C7 vers l'extension.

2 . 1 . Biomécanique de C2 à C7

Les mouvements trouvés seront : flexion, extension, latéro flexion et rotation. Ils sont permis d'une part par la conformation des facettes articulaires, et d'autre part par toutes les autres structures comme les muscles, les ligaments, les disques...

2 . 1 . 1 . La rotation sagittales antérieure

Lors de la flexion entre C3 et C4, par exemple, le corps vertébral de C3 va glisser ventralement. Les facettes caudales de C3 vont glisser sur les facettes crânielles de C4. Lors de la manipulation de la colonne cervicale, une grande attention est requise. Les muscles responsables sont le muscle scalène, le long du cou, le sterno-céphalique.



2 . 1 . 2 . La rotation sagittales postérieure

Le corps vertébral va glisser en direction dorsale. Les facettes articulaires caudales de la vertèbre supérieure vont converger sur les facettes crânielles de la vertèbre sous-jacente. Les muscles responsables : le splénius, le semi épineux de la tête, le droit dorsal et l'oblique crânien de la tête.

Le muscle érector spinae en synergie avec les muscles cervicaux va se contracter.

2. 1. 3. La rotation horizontale et frontale droite et gauche

La rotation horizontale est toujours associée à un rotation frontale. Lors d'un mouvement de RSA, une RHD entraîne toujours une RFD ; on trouve également en RSA une RHG qui entraîne une RFG.

Lorsqu'on a une RH, on aura toujours une RF omo-latérale associée.

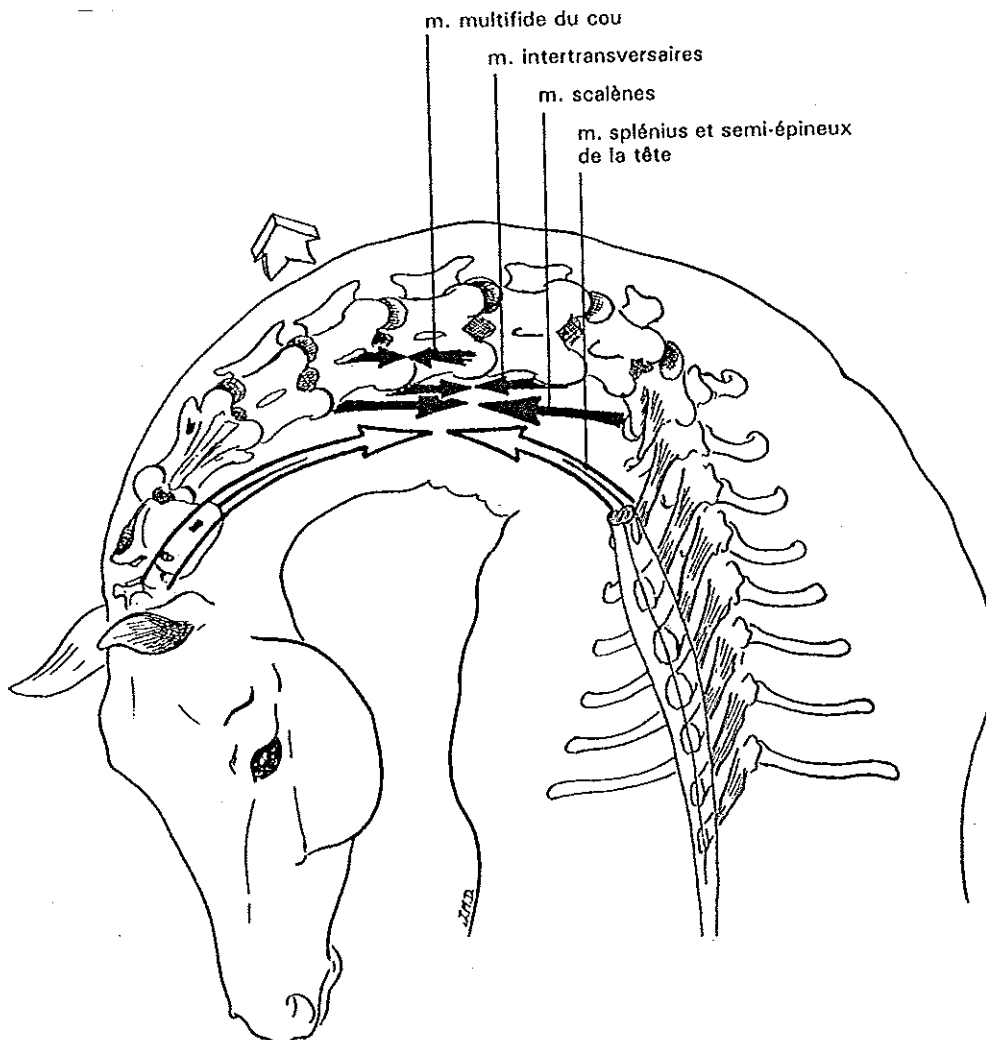
A l'inverse en RSP un mouvement de RHD entraînera une RFG ainsi qu'une RHD entraînera toujours une RFD.

En RSP, lors d'une RH, il aura toujours RF opposée.

Articulations	Mouvements majeurs	Mouvements mineurs
C0/C1	RSA et RSP	RHD et RHG
C1/C2	RFD et RFG	RSA, RSP et RHD, RHG
De C2 à C7	RSA et RSP	RFD RFG et RHD RHG

Les muscles responsables de ces mouvements rotation sont : le multifide du cou, le muscle intertransversaire, le scalène, le splénius et le semi épineux de la tête.

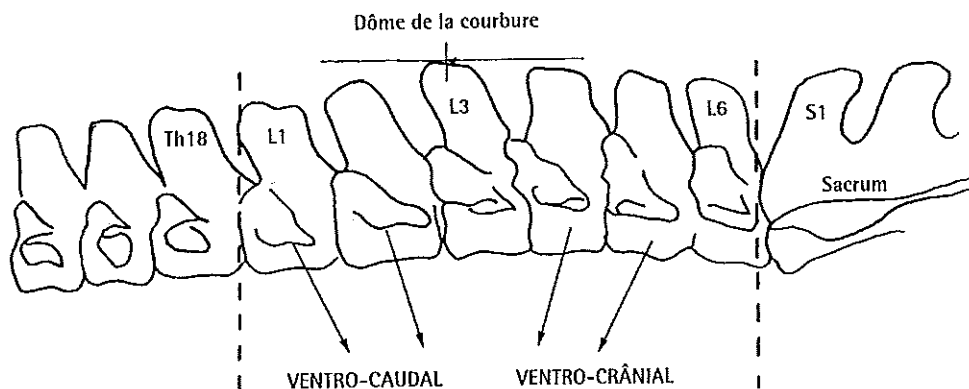
Notons que ces muscles ont une action unilatérale.



3 – Biomécanique des lombaires

Les lombaires assurent le passage des mouvements entre le bassin et le thorax. Tout mouvement provient des postérieures, progresse vers la charnière lombo-sacrée puis vers le thorax.

Il existe six lombaires. Elles sont composées des processus épineux qui sont imposants comme celles des thoraciques et les apophyses transverses sont longues, larges et aplaties. Elles sont également appelées costiformes car elles sont considérées comme le résultat de la soudure entre les rudiments d'une côte aux apophyses transverses classiques.



Vue latérale gauche de la colonne lombaire et de la jonction lombo-sacrée

Les surfaces articulaires sont similaires aux deux dernières thoraciques. Les surfaces crânielles présentent une cavité dorso-médiale dans laquelle vient se loger les facettes articulaires caudales de la vertèbre qui précède. Les surfaces caudales présentent des condyles. Ils permettent donc des mouvements dans tous les sens, mais contrôlés par les plans parasagittaux. Chaque vertèbre est unie par un disque, les ligaments et une capsule articulaire qui renforcent cette union.

Une synoviale est contenue dans chaque capsule articulaire et permet une bonne lubrification.

Il existe quatre ligaments : ligament ventral, dorsal, supra-épineux et inter transversal.

Par cette conformation, on trouvera des mouvements majeurs de flexion et d'extension et des mouvements mineurs de latéro flexion et de rotation combinés.

3 . 1 . La flexion ou rotation sagittale antérieure

Le dos s'arrondi. La flexion ouvre les espaces inter-vertébraux qui se manifestent par le glissement crânial des apophyses épineuses. Le mouvement est limité par la tension du ligament dorsal. Le ligament ventral est détendu. Le ligament supra-épineux se tend et chaque vertèbre descend par rapport à la suivante.

Les principaux muscles impliqués sont : petit spoas, carré des lombes, , le droit de l'abdomen et les obliques externes internes de l'abdomen.

3 . 2 . L'extension ou rotation sagittale postérieure

Le dos se creuse. L'extension ferme les espaces inter-vertébraux qui se manifestent par le glissement dorsal des facettes articulaires. Le corps de L3 monte par rapport à L2, tension du ligament ventral. Le ligament dorsal est détendu et le ligament supra-épineux se tend. Le principal muscle est l'érector-spinae.

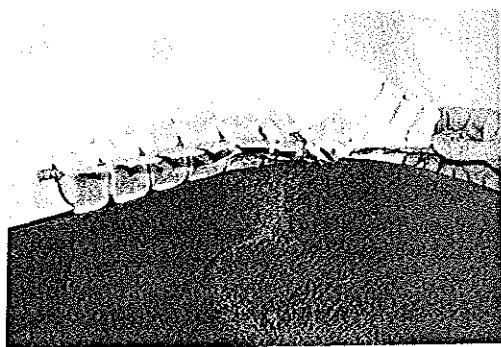
3 . 3 . La rotation frontale droite et gauche

Il existe des pathologies en rotation frontale droite ou gauche, dont la plupart occasionne des blocages. Ils peuvent être la cause de boiteries hautes indécélables

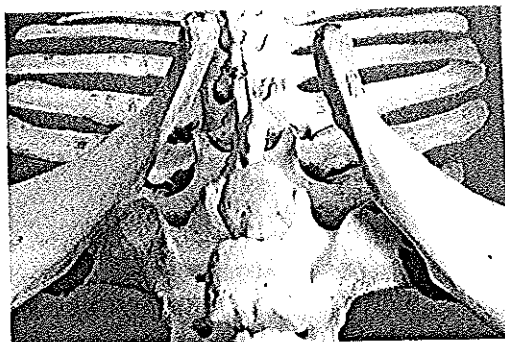
Les muscles impliqués sont : oblique interne de l'abdomen, le longissimus, l'ilio costal et l'érector spinae et lors de cette rotation ils travaillent uni-latéralement.

4 – Biomécanique du sacrum

Os triangulaire composé de cinq vertèbres soudées entre elles : les vertèbres sacrées. Il s'articule d'une part à l'os iliaque possédant ainsi deux facettes auriculaires situées de part et d'autre de la face dorsale et d'autre part avec la dernière lombaire qui se joint par un disque et deux facettes articulaires et enfin avec la première vertèbre coccygienne



Jonction thoraco-lombaire, vue latérale gauche



Jonction thoraco-lombaire, vue dorso-caudale

Il possède différents axes qui permettent l'organisation des mouvements du sacrum.

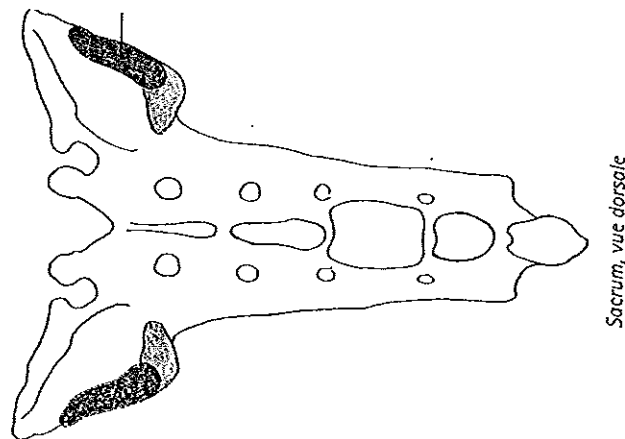
4 . 1 . Les axes obliques

Ce sont les plus importants, il en existe un droit et un gauche.

L'axe gauche passe par le bras gauche du sacrum vers le bras court auriculaire droit.

L'axe droit passe par le grand bras droit et se dirige vers le bras courts droit du sacrum.

On peut trouver comme pathologies des torsions ventrales ou dorsales.



4 . 2 . Les pathologies du sacrum

4 . 2 . 1 . Pathologies en GG (gauche gauche)

Axe gauche + côté haut à gauche : l'aile droite descend en mouvement crânial, tandis que l'aile gauche remonte. Lors de la palpation l'aile droite est plus ventrale que la gauche. Le test met en évidence une résistance du côté gauche qui ne descend pas. Le côté droit ne remonte pas et il se peut que la queue soit déviée à droite.

On obtient comme mouvement une rotation sagittale antérieure, une rotation horizontale gauche, une rotation frontale droite et une translation verticale inférieure à droite.

4 . 2 . 2 . Pathologie en DD (droite droite)

Axe droit + côté haut à droite : l'aile gauche descend en un mouvement crânial tandis que l'aide droite remonte. Lors de la palpation l'aile gauche est plus ventrale que la droite. Le test met en évidence une résistance du côté droit qui ne descend pas. Le côté gauche ne remonte pas et il se peut que la queue soit déviée à gauche.

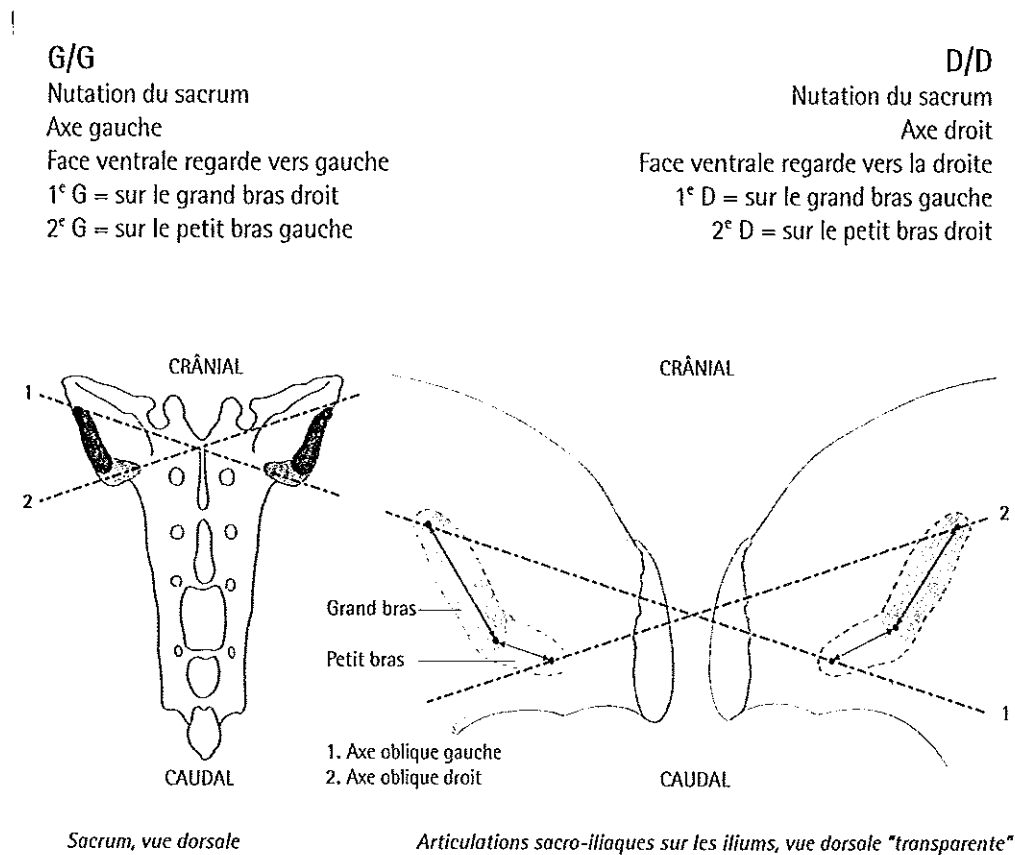
On obtient comme mouvement une rotation sagittale antérieure, une rotation horizontale droite, une rotation frontale gauche et une translation verticale inférieure à gauche.

4 . 2 . 3 . Pathologie en DG (droite gauche)

Axe droit + côté haut à gauche : l'aile gauche remonte à gauche en mouvement caudal et l'aile droite descend en mouvement crânial. On obtient des mouvements de rotation sagittale postérieure, rotation frontale droite, rotation horizontale gauche et translation verticale supérieure à gauche.

4 . 2 . 4 . Pathologie en GD (gauche droite)

Axe gauche + côté haut à droite : l'aile droite remonte à droite en mouvement caudal et l'aile gauche descend en mouvement crânial. On obtient des mouvements de rotation sagittale postérieure, rotation frontale gauche, rotation horizontale droite et translation verticale supérieure à droite.



G/D
 Contre nutation du sacrum
 Axe gauche
 Face ventrale regarde vers la droite
 G = sur le grand bras gauche
 D = sur le petit bras droit

D/G
 Contre nutation du sacrum
 Axe droit
 Face ventrale regarde vers la gauche
 D = sur le grand bras droit
 G = sur le petit bras gauche

III – UNE REALITE

Pour cette seconde partie, je me propose de vous exposer le cas de quatre chevaux d'âges différents, d'expérience de travail différentes, dont les propriétaires n'avaient, pour certains d'entre eux, jamais fait appel à l'ostéopathie, soit par méconnaissance de son application pour les chevaux ou par pur scepticisme.

1 . Monsieur QUERTIER, propriétaire de Torage, 18 ans.

1 . 1 . Son témoignage

Torage, Selle Français de 18 ans est un ancien cheval de club que M. Quertier a racheté pour lui offrir une retraite digne.

Son propriétaire constate que Torage présente une « petite gêne » lorsqu'il galope , il traîne très nettement le pied droit dans le sable de sa carrière.

M. Quertier, qui n'avait jamais fait appel à l'ostéopathie demande une visite.

1 . 2 . Constat et manipulation

Quand je suis arrivée pour voir ce cheval, celui-ci était attaché à l'extérieur. Torage, un peu stressé et inquiet, d'après son propriétaire, ne rentre pas dans les boxes si il n'y a pas d'autres chevaux rentrés.

Le cheval m'apparaît en très bon état physique pour ses 18 ans.

Je remarque, lors de la palpation, une chaleur sur la face antérieure du tibia à droite. Je demande la marche et m'aperçois d'une gêne au niveau du postérieur droit. Il a tendance à le poser vers l'extérieur. Au trot, la gêne s'accroît et laisse traîner le postérieur dans le sable. Il apparaît une absence totale de mobilité du bassin aussi bien en rotation horizontale qu'en translation verticale : le bassin est bloqué.

Lors des testings : la sixième lombaire est en rotation frontale droite.

Lorsque je « chatouille » le sciatique : j'obtiens une réponse moins claire à droite qu'à gauche.

La manipulation se révèle délicate parce que la mise en tension de L6 est gênante et douloureuse.

Suite à cette première manipulation, on fait marcher Torage afin de la décontracter quelques minutes.

Je trouve également un L1 en rotation frontale droite.

La manipulation se passe normalement.

Je refait marcher le cheval et remarque que nous avons récupéré la mobilité du bassin grâce à la manipulation de L1.

D'autres expériences avaient révélé qu'une pathologie sur L1 entraînait un blocage du bassin.

Torage est plus délié dans ses mouvements des postérieurs et le droit est pratiquement revenu à sa position normale.

Dans la foulée, il y avait une petite épaule haute à droite sans souci de manipulation ainsi que les sésamoïdes et les pisiformes bloqués des deux côtés.

Je rentre le cheval au boxe pour vérification des cervicales. Je trouve une C3/C4 en rotation frontale gauche. Après quelques tours de boxe, Torage se laisse manipuler tranquillement.

Je constate alors que la chaleur a disparu.

Notons que le nerf sciatique longe la crête sus-cotyloïdienne. Il contourne l'articulation coxo-fémorale et parcourt la gouttière sciatique. Avant la région poplitée, il se divise en deux branches : le nerf péronier et le nerf tibial

1 . 3 . Rééducation

Je laisse à Torage trois jours de repos total avec autorisation de se rendre au paddock (sachant qu'il est calme) puis une semaine monté au pas tranquille en extérieur, en ligne droite. Ensuite, une semaine et demie en trotting avec à la fin de cette période, le droit d'effectuer un travail de mise sur la main et la reprise du galop aux deux mains, sans changer de pied au galop.

Passées ces trois semaines, le cheval a le droit de retravailler gentiment et de passer à des exercices d'abord simples puis un peu plus élaborés sur un long laps de temps. De même pour le saut d'obstacles.

De toute façon, la propriétaire ne lui impose pas d'exercices trop compliqués.

1 . 4 . Ressenti du propriétaire

M. Quartier a bien suivi les consignes de repos et de rééducation proposées. Il constate une nette amélioration au galop et le problème de traîne du postérieur est réglé.

2 . Monsieur MACQUET, propriétaire de Iverdy, 7 ans, 1.70 m au garrot

2 . 1 . Son témoignage

Iverdy, Selle Français de 7 ans, monté par Christophe Macquet, cavalier de seconde catégorie, a débuté ce cheval l'an passé dans les épreuves de B2 et B1. Il rencontre alors des problèmes de postérieur droit. Il ne veut pas abaisser ses hanches et les mettre sous lui. Lors d'assouplissement les figures sont impossibles, le cheval, bien que caractériel, se fâche et peut avoir des réactions violentes. Le cheval refuse totalement le recul. Après le travail, il a tendance à se camper très fortement.

2 . 2 . Constat et manipulation

Iverdy, qui a tout à fait l'abord d'un « gros nounours » présentait lors de l'approche palpatoire une chaleur au niveau du garrot et des dernières lombaires. Chaleur également au niveau du jarret droit.

Lors de la marche, je constate une pose du postérieur droit vers l'extérieur et un manque d'engagement sur ce même postérieur.

Au niveau du bassin, absence de translation verticale supérieure à droite comme à gauche et une absence de rotation horizontale droite qui explique l'absence d'engagement du postérieur droit.

Lors du test sciatique, je n'obtiens aucun mouvement réactif au test (remontée ou descente du dos) à droite et trouve une L6 en rotation frontale droite.

Après quelques suées (de ma part) vu la hauteur et la masse imposante d'Iverdy...

Je lui trouve donc une L1 en rotation frontale droite qui ne permet pas l'engagement du postérieur droit.

Après manipulation, le faisant marcher, j'ai récupéré la mobilité du bassin.

N'ayant rien trouvé au garrot, je pense que la chaleur du jarret droit était une compensation des lombaires.

Lors du testing, il était apparu une épaule haute à gauche.

Je ne suis pas intervenue parce que le cheval présente un problème d'aplomb au niveau des antérieurs : il a des talons à droite et pas à gauche . D'après son maréchal ferrant, le problème existe depuis ses jeunes années. Ce dernier a déjà tenté de rétablir la situation en posant des

talonnettes à gauche... une amélioration est constatée mais il faudra du temps pour ré-équilibrer le cheval dans ses aplombs antérieurs.

La cause primaire de l'épaule haute étant un problème d'aplomb des antérieurs non rectifié, je décide de ne pas toucher à l'épaule. Dans le cas d'une décision de manipulation, je suis sûre de me retrouver face au même problème dans un délai proche.

Le cheval rentre au boxe pour vérification des cervicales.

Je trouve une C0/C1 que je manipule sans souci.

Je suspecte des problèmes de sur-dents et je conseille le passage du dentiste.

2 . 3 . Rééducation

Je conseille trois ou quatre jours de paddock, puis pendant trois jours, ballade au pas, puis sur une semaine, travail sur la mise en main, au pas et ensuite au trot. Le tout sur des terrains montant ou descendant afin que le cheval se retienne par son arrière-main dans les descente et se pousse dans les montées avec des essais de demande d'arrêt et de recul.

Passé cette période, il est autorisé à re-travailler en carrière, sur des courbes très larges et d'effectuer des exercices d'assouplissements légers.

Conseil est donné au propriétaire d'adapter son travail à ce qu'il sent de la disponibilité de son cheval.

2 . 4 . Ressenti du propriétaire

Après avoir soigneusement suivi les conseils et les trois semaines de repos et de rééducation, le cheval retravaille sérieusement depuis quinze jours.

Première constatation : le cheval se relâche complètement dans sa bouche. Il se recale sous lui lors des arrêts. Il a exécuter, par deux fois « trois petits pas » en arrière.

Il est confiant pour une évolution positive.

Je précise, pour conclure cette partie de témoignage que ce propriétaire ne croyait pas du tout dans l'ostéopathie, qu'il la craignait même, plus persuadé que cette méthode pouvait apporter plus de maux que de soulagement.

3 . Monsieur ROGUET, propriétaire de Lordon, 4 ans

3 . 1 . Son témoignage

Monsieur Roguet, cavalier de seconde catégorie, spécialisé dans la monte de jeunes chevaux de 4, 5 et 6 ans nous présente Lordon, Selle Français de 4 ans.

Le cheval a débuté sa saison de CSO jeunes chevaux en mai 2003.

Lordon « l'embêtait » et était difficile aussi bien dans son travail à la maison que sur les terrains de concours. C'est un cheval qui ne s'incurvait ni à droite, ni à gauche et qui avait tendance à fouetter de la queue.

3 . 2 . Constat et manipulation

Ce cheval a été débourré dans la normalité à 3 ans. Il a suivi un travail pour tourner en CSO jeunes chevaux de 4 ans.

D'après le propriétaire, ce sera un très bon cheval de CSO, après une saison de concours jeunes chevaux, il est qualifié pour la finale de Fontainebleau mais le propriétaire ne l'engagera pas sur cette épreuve pensant qu'il est en train de finir sa croissance et qu'il est inutile de lui ajouter une fatigue supplémentaire.

Malgré tout, je le trouve dans une condition physique moyenne, voire médiocre : pas de muscles au niveau du dos et de l'arrière main.

Il est très tendu dans son dos.

Lors de la sortie du boxe, je constate une désorganisation des postérieurs qui se règle sur quelques pas. Il n'engage pas du tout des postérieurs.

Présente également, un manque de mobilité au niveau du bassin.

Lors du testing de l'os iliaque, je retire le doute sur une pathologie sacro-iliaque.

En revanche, je trouve un sacrum en DD et une L6 en rotation frontale gauche et une L1 de même.

Je manipule la L6, L1 et sacrum.

A la marche, j'ai récupéré un engagement des postérieurs et une mobilité du bassin. Le mouvement des postérieurs est devenu plus harmonieux.

Je suis persuadée que les pathologies étaient installées depuis longtemps vu les craquements obtenus lors de la manipulation. Une ancienne fibrose peut expliquer ces craquements.

Les sésamoïdes et le pisiforme étaient bloqués à gauche et le pisiforme seul à droite.

Lordon rentre au boxe pour vérification des cervicales. Il présente une C3/C4 en rotation frontale gauche et une C2/C3 en rotation frontale droite d'où la non-incurvation.

3 . 3 . Rééducation

Je conseille une semaine de paddock nécessaire au repos suite à la manipulation de cette association de pathologies importantes.

Il a ensuite le droit d'être remonté, un jour sur deux pendant une semaine, au pas, rênes longues. La semaine suivante, même programme mais avec droit de reprendre le trot et de rétablir un travail léger sur la main.

La troisième semaine, toujours sur deux, il peut travailler en extérieur, de façon normale avec le droit de galoper avec des demandes de transition ascendante et descendante et des arrêts suivi de reculs.

Ces trois semaines de rééducation écoulées, Lordon peut reprendre son travail normal pour préparer le CIR de Compiègne.

3 . 4 . Ressenti du propriétaire

Le propriétaire a joué le jeu en suivant scrupuleusement les indications de la rééducation mais lorsqu'il est remonté sur Lordon, les premières fois, il s'est trouvé face à un problème. Il était « perdu » sur son cheval. Le cavalier s'était adapté au mauvais fonctionnement de son cheval. Son cheval ayant retrouvé son bon fonctionnement, cette nouvelle donne perturbait, par voie de conséquence, les habitudes de monte prises par son cavalier.

Le cheval a récupéré un bon équilibre et un meilleur galop.

4 . Monsieur CREOF, propriétaire d'Abricot, 15 ans

4 . 1 . Son témoignage

Abricot, poney de propriétaire qui a tourné en club, avait l'habitude d'être à l'extérieur avec d'autres poneys.

En février 2003, le club retrouve le poney sur trois jambes. Il ne pose plus du tout l'antérieur gauche. Le propriétaire l'emmène chez un vétérinaire qui lui donne des piqûres d'anti-inflammatoire. Trois jours plus tard, le cheval enfermé au boxe et très triste, ne posait toujours pas le pied par terre.

Retour chez le vétérinaire où le remplaçant de ce dernier procède à des radios. Les radios sont correctes et il assure que le poney remarchera.

Une semaine se passe et le poney ne remarche pas.

Retour chez le vétérinaire qui rentrait de voyage. Il estime que les premières radios ne sont pas correctes et en propose de nouvelles sous anesthésie générale et demande à ne pas réveiller le poney s'il découvre quelque chose...

Monsieur Créof refuse et rentre avec Abricot toujours sur trois jambes.

Il est donc décidé de garder le poney en l'état et de le laisser s'organiser sur trois jambes pour ses déplacements et se nourrir.

4 . 2 . Constat et manipulation

A mon arrivée fin mai dernier, Abricot est au boxe. Membre antérieur gauche posé en pince sur le sol. L'autre membre était protégé par une bande de repos par crainte d'une tendinite de fatigue.

Lors de mon approche, le sujet ne présente aucun signe inflammatoire apparent. Nous avons tenté de le faire marcher.

J'ai alors clairement constaté que le poney ne posait pas du tout le pied. Il était toujours sous anti-inflammatoire.

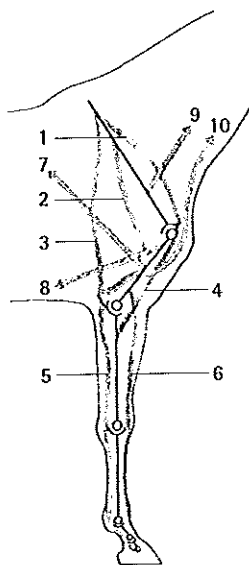
C'est en vérifiant une épaule haute puis l'ouverture d'épaule que le poney a eu une vive réaction en se cabrant et en voulant retirer son antérieur de mes mains.

Notons que la scapula n'a aucune attache osseuse avec le thorax et s'articule sur le tonneau scapulaire musculaire.

Lors du testing précédent, je me base donc sur un gros problème d'épaule et en conclus que l'épaule est haute et fermée. J'obtiens un mouvement de translation verticale supérieure et de rotation frontale gauche.

Je constate également une amyotrophie des muscles de l'épaule due à un manque d'activité depuis février.

> Muscles de l'avant-main



Muscles de l'épaule:

- 1. Muscle supra-épineux
- 2. Muscle deltoïde

Muscles du bras:

- 3. Muscle triceps
- 4. Muscle biceps

Muscles de l'avant bras:

- 5. Muscles fléchisseurs
- 6. Muscles extenseurs
- 7. Muscle grand dorsal
- 8. Muscle pectoral ascendant
- 9. Muscle omotransverse
- 10. Muscle brachiocephalique

N.B.

- 3,7,8. Muscles de la propulsion
- 9,10. Muscles de l'embrassée

Je manipule donc les deux pathologies de son épaules consécutivement, commençant par l'épaule fermée et sans laisser de temps de repos l'épaule haute (vu l'inquiétude et la douleur ressenties par le poney).

La réaction d'Abricot fut vive avec gémissement dû à la douleur.

4 . 3 . Rééducation

J'insiste sur une rééducation simple : mise au près et retour au boxe le soir en étudiant l'évolution de son état suite à la manipulation.

Puisque nous savons la guérison d'une épaule peut être longue, j'ai préféré faire sortir Abricot dans la journée pour éviter toute déprime due à l'enfermement. Son boxe étant attenant à son carré d'herbe, le risque de trop d'effort pendant sa convalescence se trouvait limité.

Je lui ai rendu visite 15 jours après la manipulation et j'ai constaté qu'il posait délicatement le pied au sol et prenait très légèrement appui dessus. Il faisait ainsi quelques pas.

Un mois après la manipulation, mon Abricot, se trouvait en pâture avec un autre poney. Il arrivait à marcher sur les quatre membres. Restait une gêne au niveau de l'antérieur gauche. Je l'ai vu trotter mais avec la même gêne qu'au pas.

Je profite de ma visite pour vérifier de nouveau son épaule.

Je constate qu'il s'est re-musclé autour de l'épaule mais qu'il demeure une légère gêne et une petite douleur sur l'épaule haute.

Ayant constaté que l'amélioration de son état était évolutive depuis mes deux dernières visites, j'ai décidé d'attendre que son état soit stationnaire pour une éventuelle manipulation complémentaire.

Quelques semaines plus tard, je rencontre les propriétaires qui m'informent du bon état d'Abricot qui trotte et qui galope de nouveau.

Dernièrement, en vu de la réalisation d'un film pour ce mémoire, j'en profite pour vérifier et manipuler la dernière petite gêne que j'avais constatée

Abricot a retrouvé un mouvement total de son épaule.

Etrangement, vu son état pendant plusieurs mois, je n'ai constaté aucune compensation.

4 . 4 . Ressenti du propriétaire

Le poney se déplace maintenant facilement, il a retrouvé sa bonne humeur. Il avait reposé son pied 48 heures après la manipulation. Tout doucement il a remarché sur ses quatre jambes. Il a retrouvé sa place au milieu de ses congénères dont il avait été séparé puisque, à cause de son handicap, il avait perdu sa place de dominant et ses possibilités de défenses face à une éventuelle agression.

Suite à l'épisode d'Abricot, sa jeune propriétaire Chloé veut devenir ostéopathe !

IV – CONCLUSION

« Une parole qui commence à déranger est une parole que l'on commence à entendre » (de mémoire d'Esseniens)

Nombreux sont ceux parmi nous qui avons été confrontés à la méconnaissance de la simple évocation du terme « ostéopathe » et si vous ajoutez juste après « équin »...

Il est imprimé dans l'esprit des gens, depuis fort longtemps, que médecine, traitement et guérison sont forcément liés à des prescriptions médicamenteuses de toutes sortes. Pour ce qui relève des problèmes mécaniques il faut obligatoirement en passer par les anti-inflammatoires, les infiltrations etc...

Combien d'années a-t-il fallu pour, petit à petit, apprendre à l'humain, qu'il existait peut-être d'autres méthodes de traitement et que l'on commence à reconnaître et utiliser une médecine différente, liée à la douceur.

Il est bien évident que nous nous trouvons encore dans le début de cette prise de conscience pour ce qui est de l'ostéopathie équine et animalière de façon plus générale.

Bien que pratiquant l'ostéopathie équine depuis peu, je suis tout à fait consciente que mon rôle n'est pas seulement de soulager et soigner l'animal. Une partie importante de mon travail consiste aussi à « faire passer » un message différent aux propriétaires.

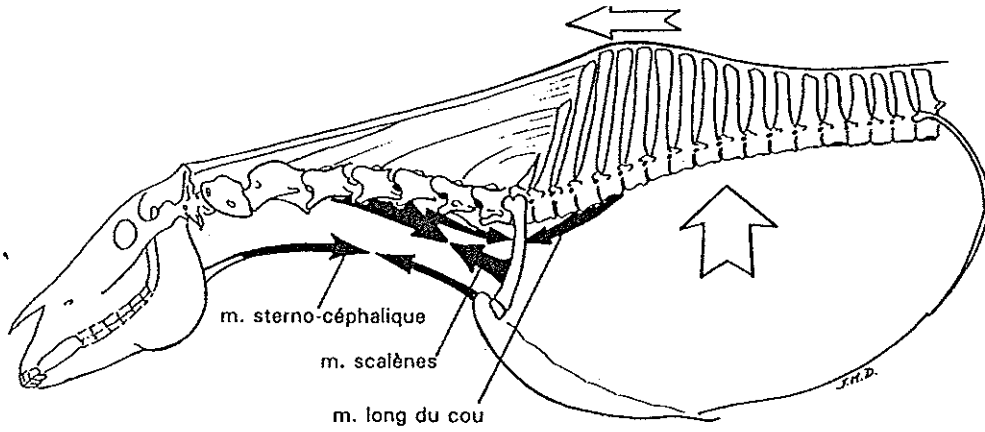
Il me faut rassurer, expliquer, convaincre parfois.

La pratique ostéopathique n'est pas une méthode parallèle mais une réalité que je peux mesurer chaque jour.

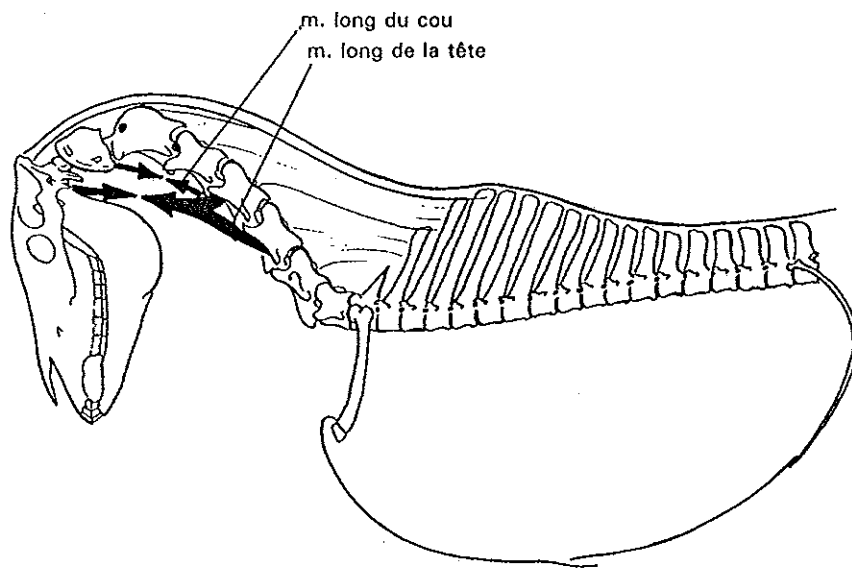
Bibliographie :

- < Bernard COLIN - Anatomie du Cheval – Editions Derouaux Ordina – 1993
- < J.M. DENOIX et JP PAILLOUX – Approche de la Kinésithérapie du Cheval – Editions Maloine – 1997
- < Dominique GINIAUX – Les Chevaux m’ont dit – Essai d’Ostéopathie Equine – Editions Lamarre – 1991
- < Didier FONTAINE – Approche de la Biomécanique – Cours ESAO – 2000/2003
- < Lucile BIENNARD – La Biomécanique du Cheval – Cours ESAO – 2000/2003
- < Lucile BIENNARD – La Myologie – Cours ESAO – 2000/2003
- < Jean Yves GIRARD – Application des Manipulation§- Cours ESAO – 2000/2003
- < Pascal EVRARD – Introduction à l’Ostéopathie Structurale Appliquée au Cheval – Olivier Editeur - 2002

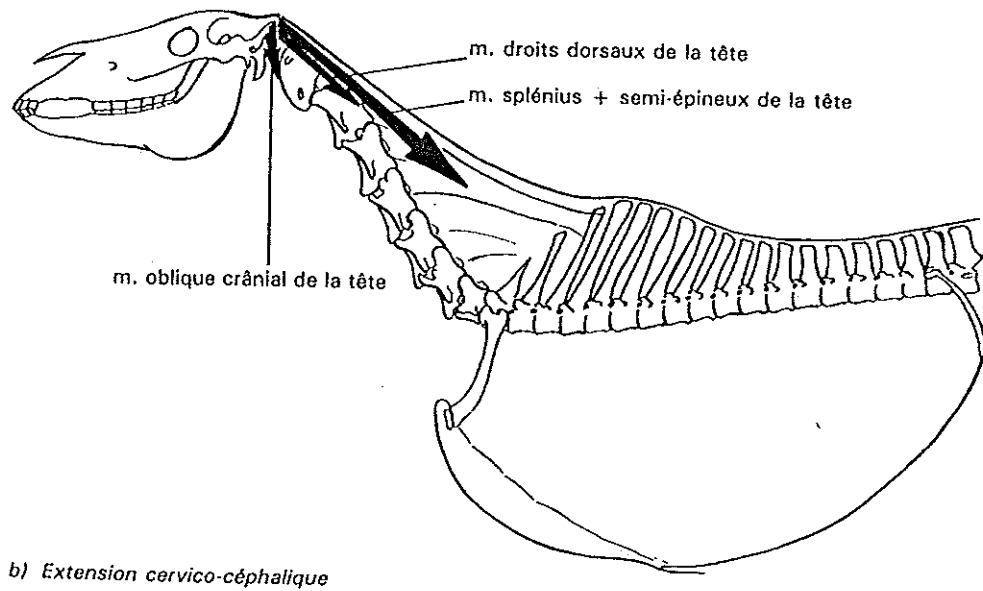
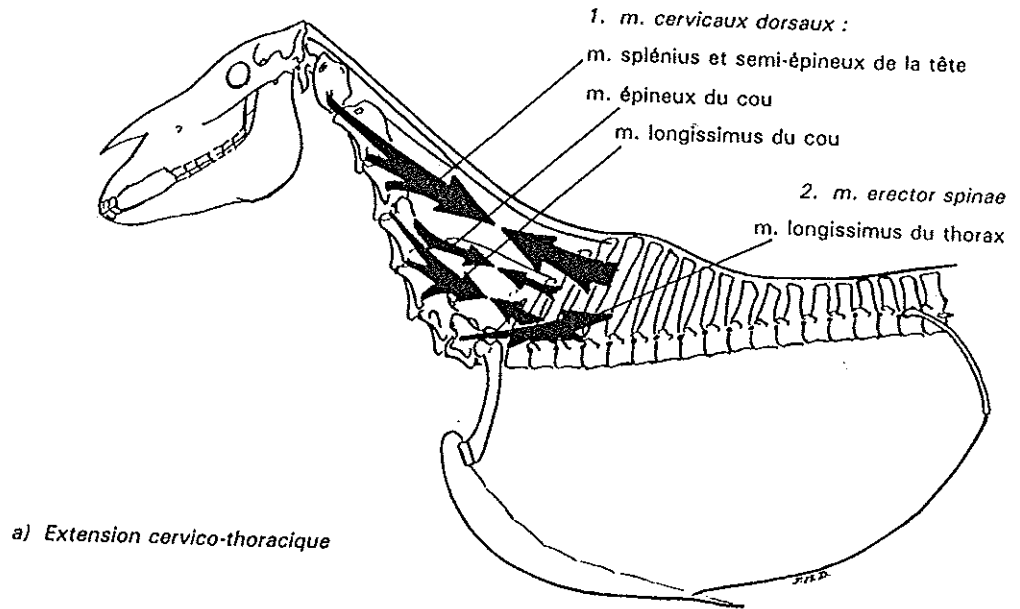
Annexe 1



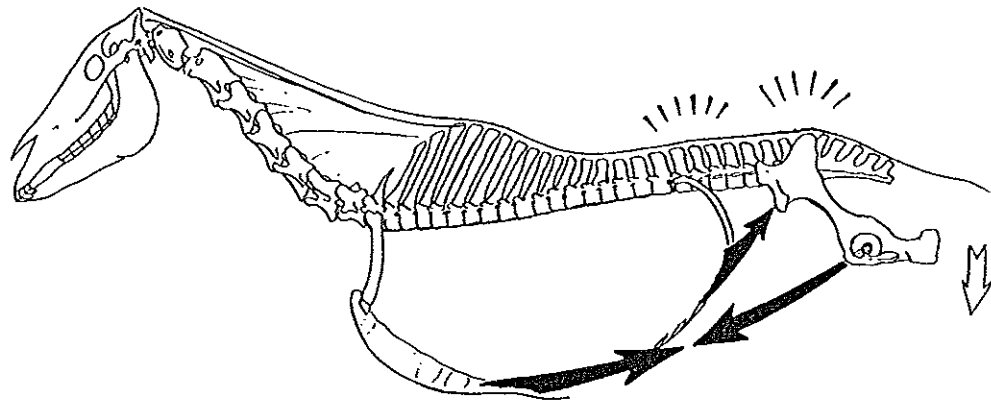
a) Flexion cervicale basse (cervico-thoracique)



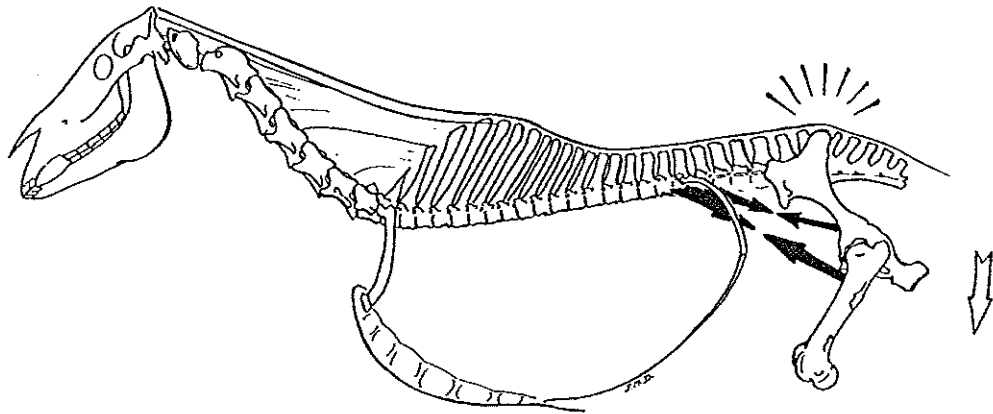
b) Flexion cervicale haute (nuchale)



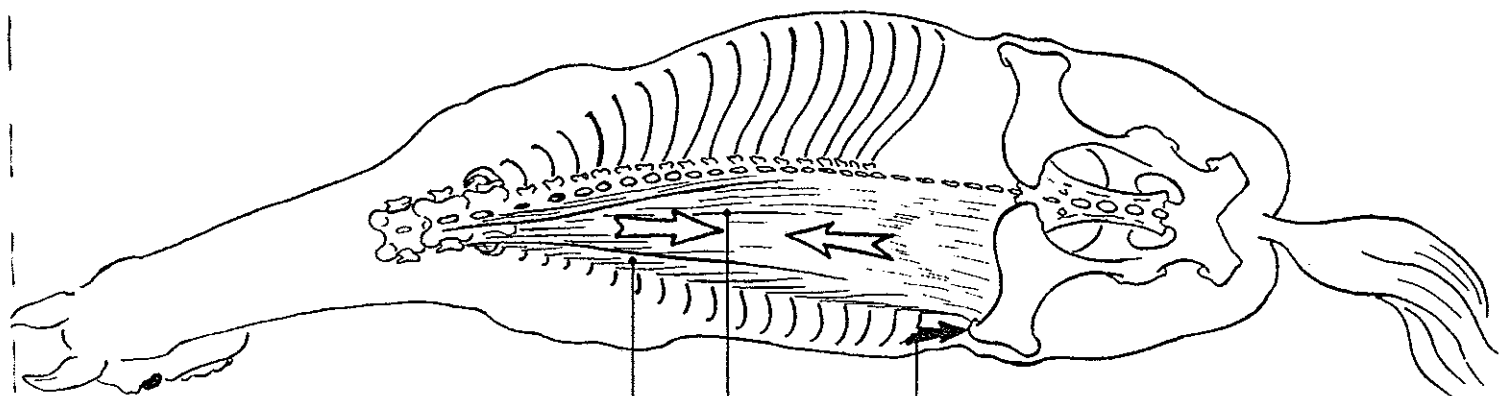
Annexe 3



a) Flexion thoraco-lombaire et lombo-sacrée :
 Contraction concentrique des m. droit de l'abdomen et oblique interne



b) Flexion lombo-sacrée :
 Contraction concentrique des 2 m. psoas



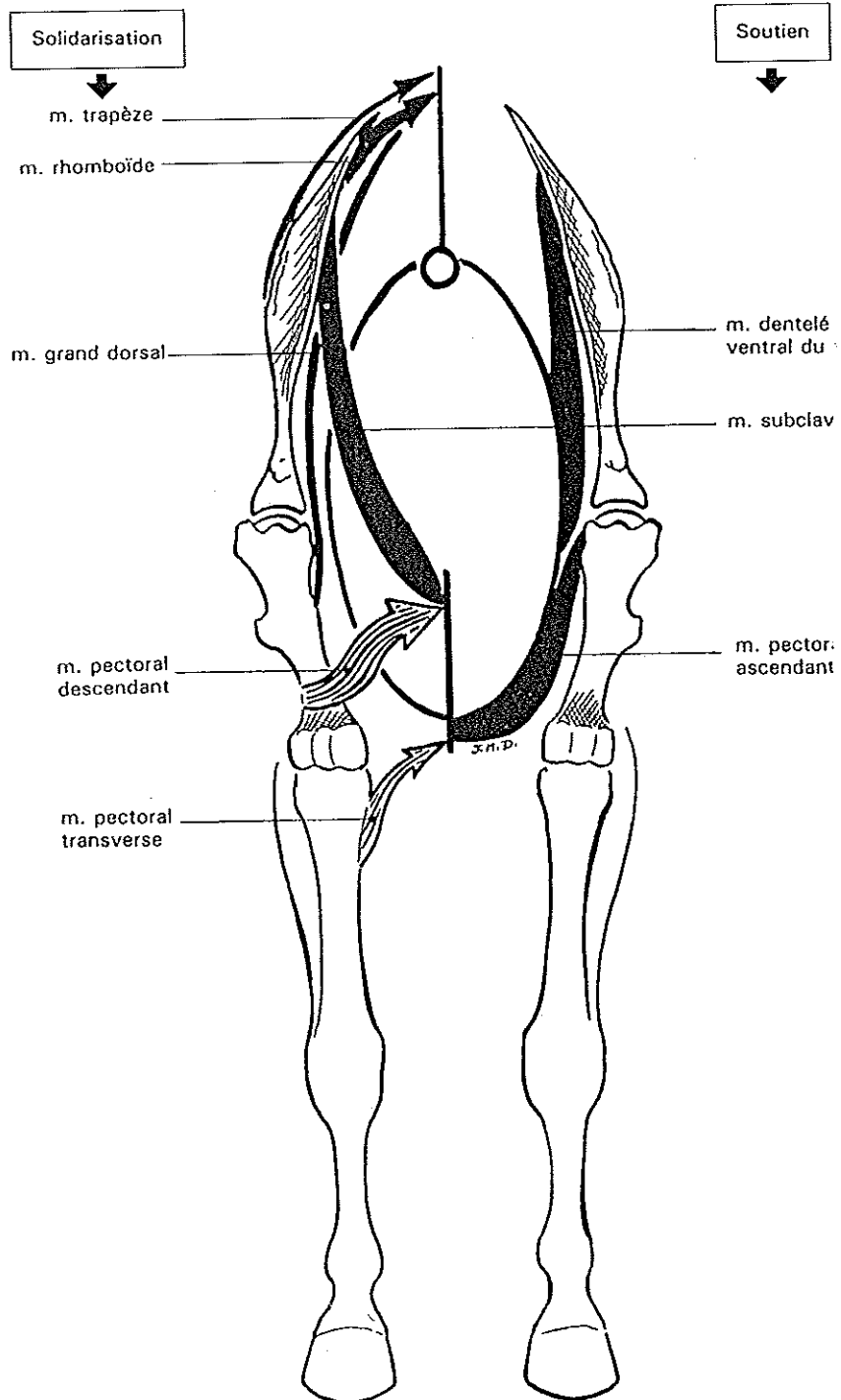
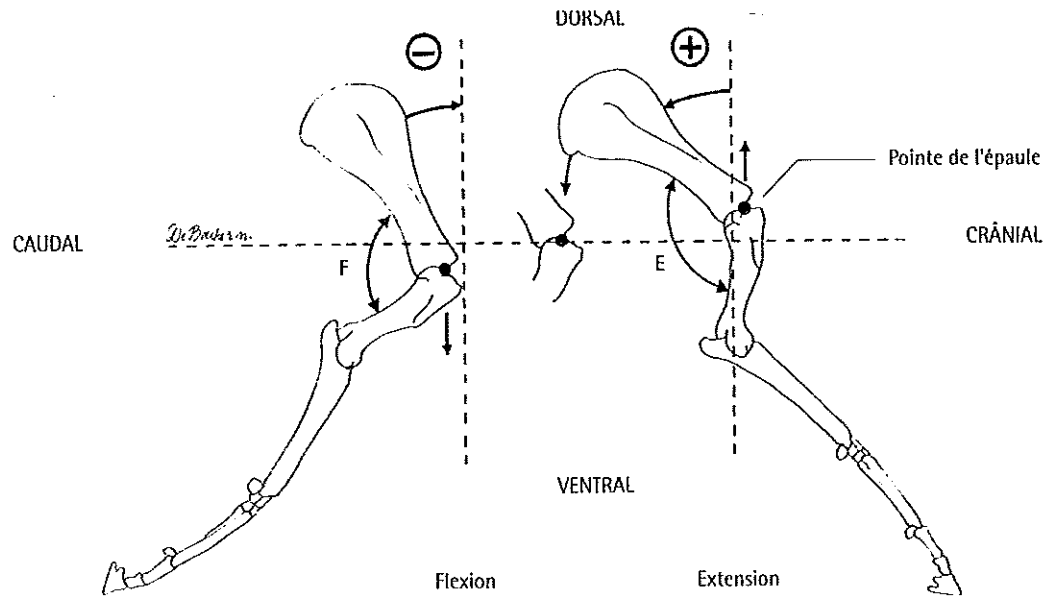
m. ERECTOR SPINAE :

m. ilio-costal

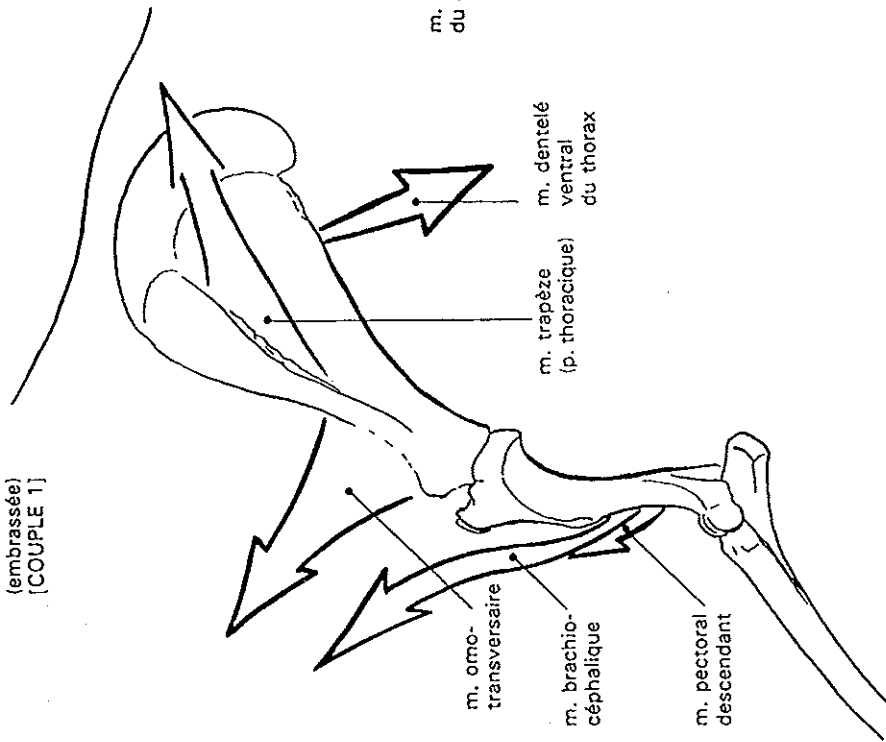
m. longissimus

m. OBLIQUE INTERNE

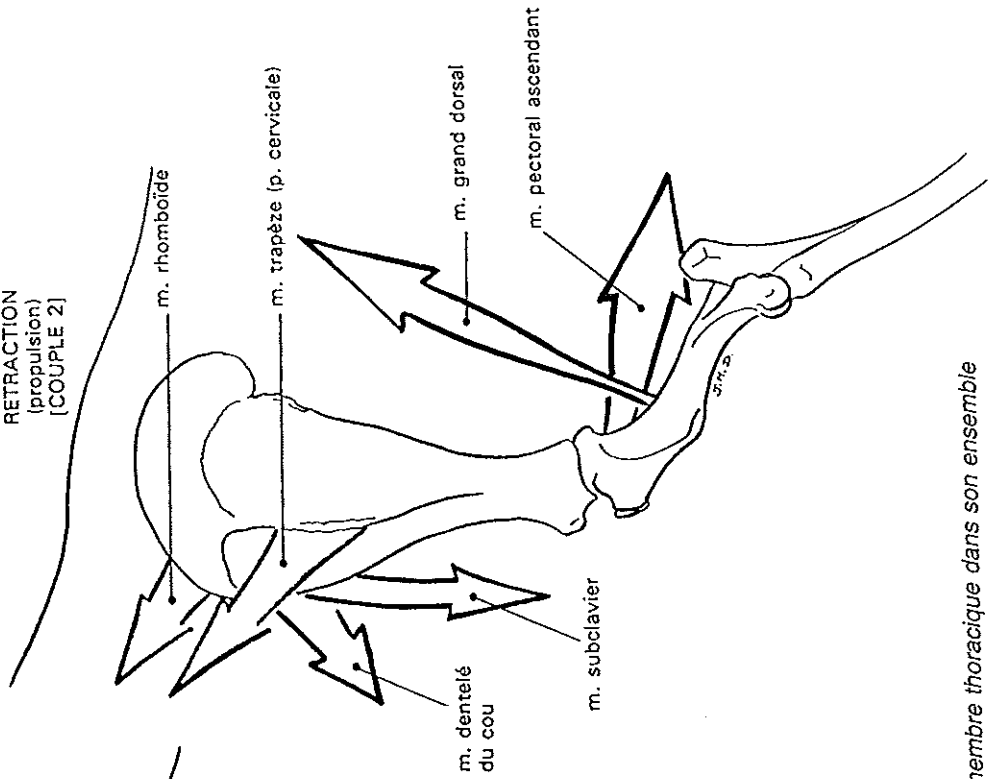
Annexe 4 et 5



PROTRACTION
(embrassée)
[COUPLE 1]

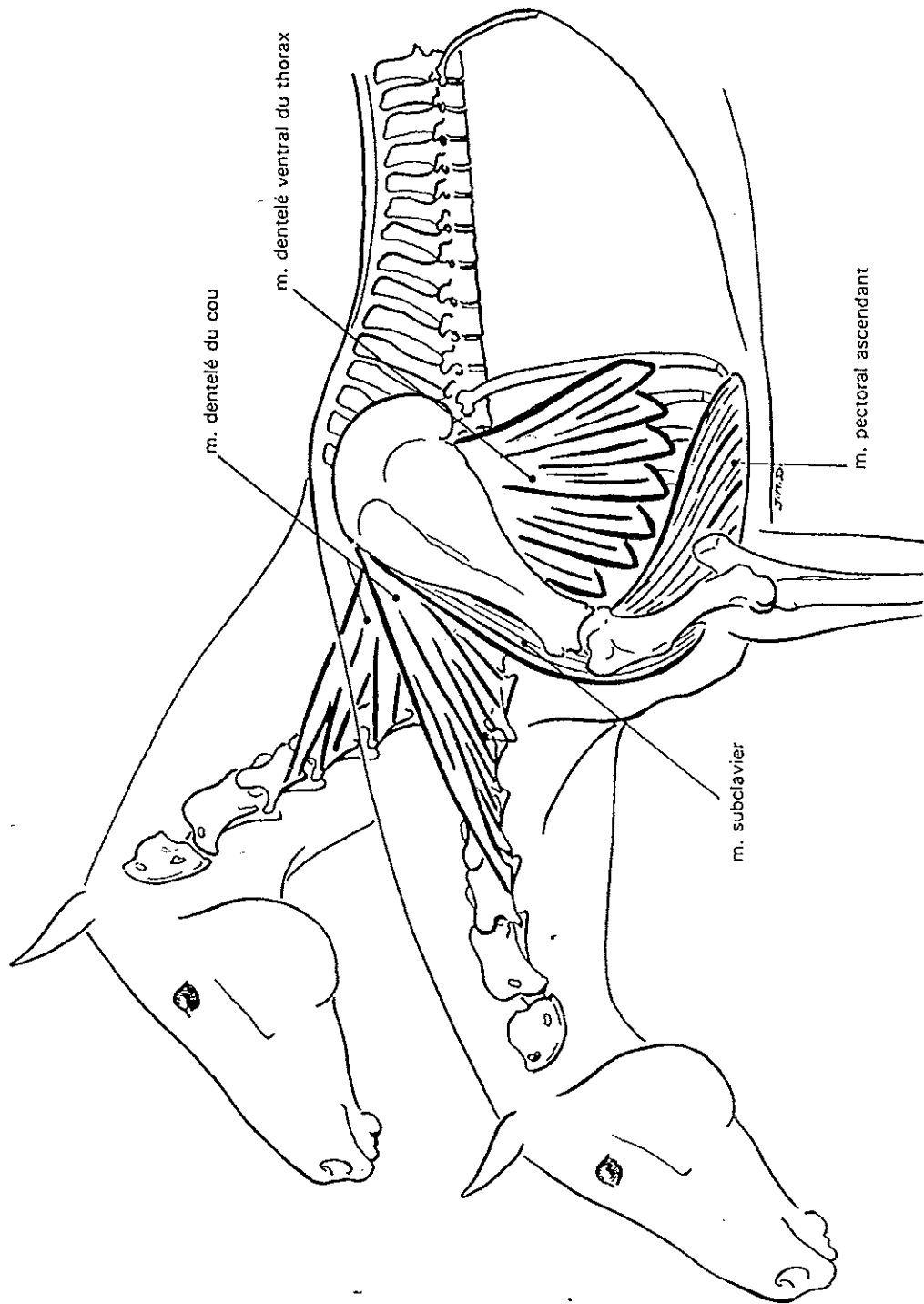


RETRACTION
(propulsion)
[COUPLE 2]



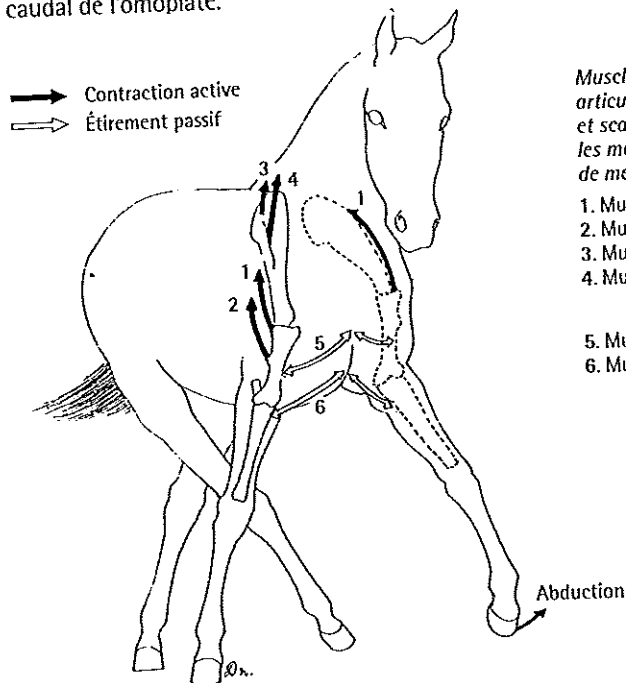
Déplacements du membre thoracique dans son ensemble

Annexe 6



L'abduction de l'épaule

Elle emmène le membre antérieur latéralement et s'accompagne d'un glissement dorsal, médial et caudal de l'omoplate.



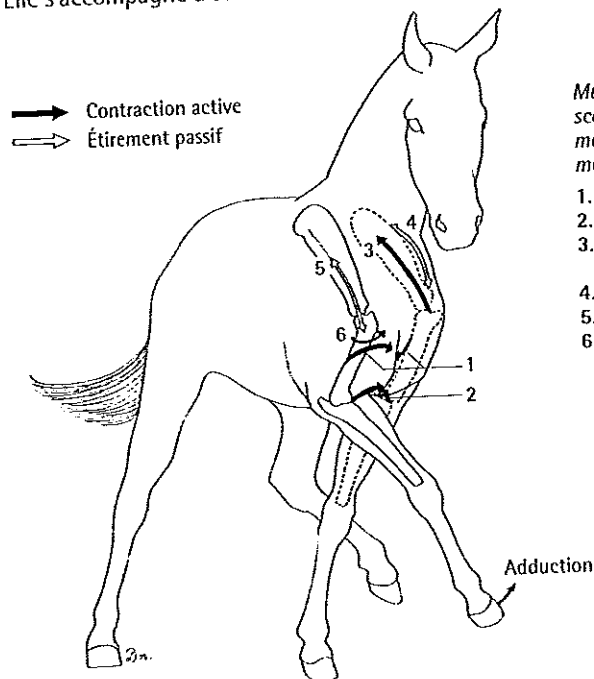
Muscles mettant en action les articulations scapulo-thoracique et scapulo-humérale pour les mouvements d'abduction de membres antérieurs:

1. Muscle infra-épineux
2. Muscle deltoïde
3. Muscle rhomboïde
4. Muscle trapèze

5. Muscle pectoral descendant
6. Muscle pectoral transverse

L'adduction de l'épaule

Elle est limitée par la position du membre, sauf si elle combinée avec l'élévation antérieure de l'épaule. Elle s'accompagne d'un mouvement de glissement ventral, latéral et crânial de l'omoplate.



Muscles mettant en action les articulations scapulo-thoracique et scapulo-humérale pour les mouvements d'adduction et d'abduction de membres antérieurs:

1. Muscle pectoral descendant
2. Muscle pectoral transverse
3. Muscle subscapulaire

4. Muscle infra-épineux
5. Muscle deltoïde
6. Rotation interne de l'humérus