

# Lexique EVSO® pour la Médecine Vétérinaire Manuelle et Ostéopathique (MVMO)

VERSION 1\_ mars 2022

Source :

- Glossaire de l'American Association of Colleges of Osteopathic Medicine 2011 (AACOM) (1)
- Définition de l'ostéopathie du General Osteopathic Council (2)
- Lexique Fabrice Fosse 2012 et 2019 (3) DV , AVETAO
- Nomenclature de Raphaël Boillot 2019 (4)DV, IMAOV
- Commentaires de Sarah Micciché Walzinger (5) DV, STOA MEDICINES
- Commentaires de Anne Pascale Gustin (6) DV, OSTEOVET
- Commentaires de Jean-Pierre Pallandre DV PhD (3)
- Commentaires de Brigitte Traeckner DV(7), TAO-EQUILIBRE

Rédaction:

DV Stephanie Achcar, DV Jean-Philippe Liot, DV PhD Kris de Ceulaer

Remerciements:

DV Christian Struchen, DV PhD Jean-Pierre Pallandre, DV Anne Bardavid, DV Larissa Vicart et au Prof PhD Paul Vaucher pour leur précieuse aide

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

---

Ce projet de document regroupe les lexiques et conventions en médecine vétérinaire destiné aux **EVSO® Certified School**.

Sont présentés dans le présent lexique de MVMO, la Médecine Manuelle Vétérinaire (MMV), la Médecine Vétérinaire Ostéopathique (MVO) et l'Ostéopathie Vétérinaire (OV).

Il est important de prendre en compte que la majorité des modèles et des principes définis sont issus de concepts pédagogiques traditionnels à l'origine du fondement de l'ostéopathie. Certains de ces concepts historiques restent théoriques et hypothétiques et demandent à être validés ou invalidés. Ils ont été utilisés pour comprendre et expliquer le « ressenti » des ostéopathes. L'ostéopathie vétérinaire s'est construite sur ces approches historiques. Son application actuelle n'est cependant plus en corrélation avec ces concepts et se rapproche plus d'une pensée scientifique en relation avec le système médical conventionnel. Les récentes recherches en neurosciences suggèrent que l'origine possible de la dysfonction telle que la définissent les ostéopathes serait d'ordre neurologique ou neuro-humoral.

Ce document repose sur une approche bibliographique et sur les approches de différentes écoles (philosophiques, énergétiques, biomécaniques) et institutions impliquées dans la formation en Médecine Vétérinaire Manuelle et Ostéopathique en Europe (1–7) et leur source (27-48). Il regroupe également des références bibliographiques de critiques récentes (8–22) permettant d'éclairer l'approche conceptuelle moderne de l'ostéopathie (23–26).

Il a pour vocation d'évoluer en fonction des données scientifiques et de l'intégration de la MVMO dans la pratique médicale vétérinaire.

## Définition de la MVMO

---

1. Médecine manuelle qui traite les dysfonctions tissulaires (tissu d'un point de vue histologique) par des manipulations (DV A.P. Gustin)(6).
2. Les soins ostéopathiques intègrent un large éventail d'approches pour le maintien de la santé et la gestion des maladies. Ils englobent le concept d'unité de la structure (anatomie) et de la fonction (physiologie) de l'individu ; ils reconnaissent que les signes et symptômes cliniques de chaque patient sont les conséquences de l'interaction de multiples facteurs physiques et non physiques ; et ils soulignent l'importance de la relation patient-praticien dans le processus thérapeutique. L'ostéopathie et la médecine ostéopathique sont des approches des soins de santé centrées sur le patient (plutôt que sur la maladie) (General Osteopathic Council)(2).
3. Médecine manuelle vétérinaire qui regroupe l'ensemble des techniques de diagnostic et de traitement effectués à main nues en pratique vétérinaire. Elle s'inspire et utilise les différentes approches thérapeutiques manuelles : chirurgie externe, reboutage, chiropraxie, ostéopathie, kinésithérapie, étiopathie, Tui na ... Elle développe un vocabulaire spécifique en conformité avec le vocabulaire médical, une analyse pathogénique basée sur la physio-pathologie médicale classique et s'intègre comme complément d'une consultation (AVETAO) (3).
4. Basé sur la théorie classique du champ ostéopathique (KOF), un article d'une analyse rétrospective a examiné les tentatives précédentes de définir la médecine ostéopathique, car dans la littérature, il n'existe en fait que des descriptions de ce qu'est l'ostéopathie, mais aucune définition. L'article présente une tentative de définition contemporaine de la médecine ostéopathique dans le domaine humain : la médecine ostéopathique est la pensée et l'action psychophysiques avec une orientation palpatoire vers la santé. (Médecine ostéopathique : Prof. Johannes Maier et.al., Atteinte à une définition contemporaine, Elsevier Verlag, Journal Osteopathic Medicine Volume 2019) (TAO)(7).

## VOCABULAIRE

---

### **Dysfonction en médecine.**

Perturbation, altération ou anomalie du fonctionnement d'un organe. (Dictionary, Encyclopedia and Thesaurus - The Free Dictionary) (27)

### **Dysfonction « ostéopathique » en MVO**

Altération fonctionnelle réversible de l'organisme se manifestant par une restriction de mobilité d'un ou de plusieurs de ses composants, ainsi que par des répercussions biologiques en lien avec la perturbation (DV. F. Fosse) (3).

### **Lésions.**

1. Terme, en médecine, issu du latin laedere: blesser, altération anatomique et histologique des tissus, d'un organe.
2. En ostéopathie lésion et dysfonction se confondent dans un possible abus de langage ou se différencient pour expliquer l'action de l'ostéopathie dans le traitement comme une restauration de la fonction d'une structure et non comme la réparation d'une altération anatomique ou histologique de tissus.

### Fixation en Médecine Manuelle Vétérinaire.

1. Impossibilité pour une structure macroscopique de se déplacer selon certains axes spatiaux physiologiques. Elle se manifeste à la mobilisation de la structure par une diminution de sa mobilité et/ou, à la palpation, par une altération de ses qualités plastiques, élastiques et viscoélastiques. (AVETAO)(3).
2. Expérience palpatoire en médecine vétérinaire manuelle correspondant à la résistance anormale ou à l'impossibilité d'une structure anatomique de se déplacer le long de certains axes spatiaux (en termes de mobilité et de micromobilité) qu'elle possède normalement, et à une modification de sa viscoélasticité. (TAO)(7).

## GLOSSAIRE

---

A

### □ Approche structurelle MMV (médecine manuelle vétérinaire).

Conception de l'organisme comme une machine constituée de rouages et d'engrenages. Chaque élément doit parfaitement s'engager mécaniquement dans le suivant pour un parfait agencement et fonctionnement du tout (AVETAO)(3).

### □ Approche tissulaire en MMV.

Approche foncièrement mécaniste qui apporterait de nombreux autres éléments en mécanique et physiologie tissulaire (tenségrité, neurophysiologie, macro- et microdynamique, plasticité fasciale, piézoélectricité, fluage, thixotropie, système micro-vacuolaire d'absorption dynamique...) (AVETAO) (3).

### □ Approche énergétique en MMV.

1. Approche qui reposerait entre autres sur l'étude de la médecine chinoise et sa complémentarité avec la médecine manuelle. Le Dr Francis Lizon a émis l'hypothèse que les méridiens d'acupuncture constituent des chaînes squelette-ligamento-tendino-musculo-viscérales et ceci par l'intermédiaire de chaîne fasciale (AVETAO)(3).

2. Leur grande analogie est démontrée par les préparations de lignes fasciales cinétiques fonctionnelles chez l'homme par Tom Myers, et en médecine vétérinaire par Vibeke Elbrond

<file:///Volumes/Daten/aSkripte%20KurseFilme/Elbrond/2018/06View%20of%20Myofascia%20-%20the%20unexplored%20tissue:%20Myofascial%20kinetic%20lines%20in%20horses,%20a%20model%20for%20describin.webarchive> + Myers, Thomas,W., Anatomy Trains, Myofasziale Leitbahnen, 2. Auflage, Urban und Fischer) (TAO)(7).

### □ Activating Force (AF).

Force de facilitation (compression, traction, torsion, respiration...) qui est utilisée comme force d'activation dans certaines techniques ostéopathiques (FPR, Still Technique...). (TAO)(7).

### □ Articulation.

Lien d'union et plans de glissements entre deux ou plusieurs structures. : L'articulation peut être synoviale, fibro-cartilagineuse, aponévrotique (conjonctive), viscéro-pariétale, viscéro-viscérale, fasciale ou membrano-liquidienne, musculo-squelettique (DV. R. Boillot) (4).

• Au plan musculo-squelettique, la motricité résulte d'une activité volontaire mettant en jeu le système nerveux central, le tissu conjonctif, les muscles et les os. Les muscles mobilisent les structures osseuses contigües unies

entre elles par un système d'articulations ; la forme de ces articulations détermine les axes et les amplitudes de ces mouvements volontaires ou involontaires.

- Sur le plan viscéral, la motricité pariétale sous l'influence du diaphragme, les automatismes et la motilité entraînent une modification permanente des rapports des viscères entre eux. Ces mouvements entre des structures sont palpable dans des amplitudes et se font selon des axes définis (qui s'éloignent ou s'approchent de l'axe médiale). Ceci nous conduit au concept d'articulation viscérale qui a comme point commun avec l'articulation squelettique des surfaces de glissement et un système d'attaches ; elle ne diffère que par son manque de muscle moteur (P. BARRAL D.O.) (28).

Par extension on désignera par articulation l'ensemble des moyens d'union de deux organes entre eux (DV. F. Fosse) (3).

#### □ **Automatisme végétatif.**

Mouvement qui survient de manière involontaire dans la musculature striée ou lisse. Les automatismes sont régis par le système nerveux autonome. Parmi les automatismes, on retrouve

- le mouvement respiratoire en partie involontaire du diaphragme
- l'activité cardiaque
- Le péristaltisme des viscères creux de l'appareil digestif. (J.P. Barral DO)(28)

#### □ **Axe de mouvement (voir plan de mouvement).**

Ligne imaginaire représentant l'axe instantané de rotation autour duquel un mouvement a lieu. Cet axe est généralement mobile en cours de mouvement.

B

#### □ **Balanced Barrier Release (BBR).**

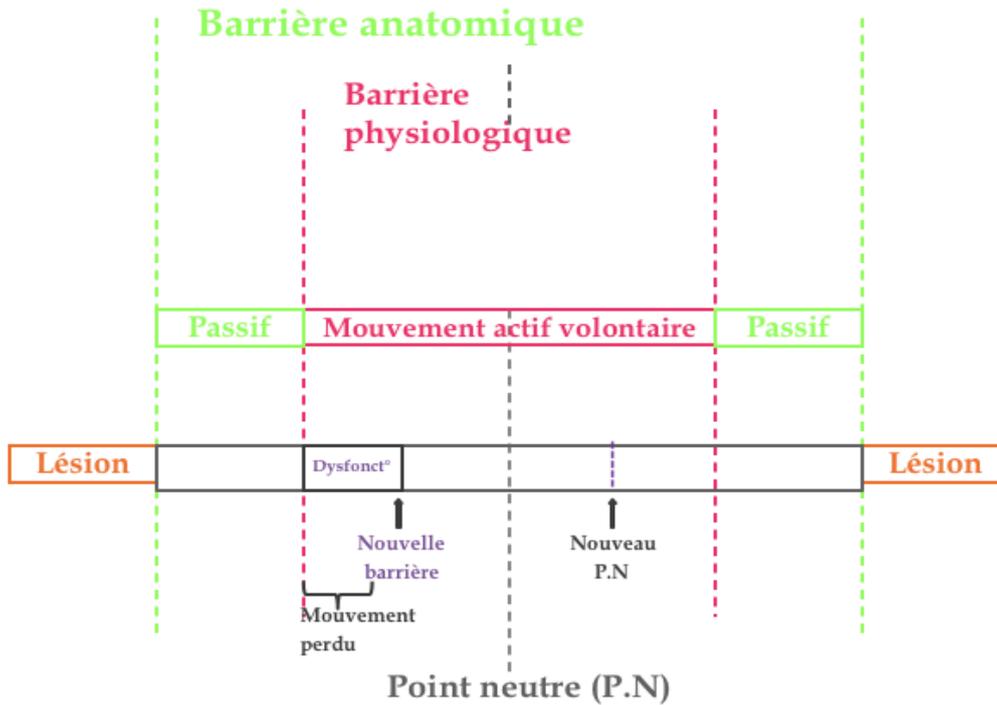
Ajustement direct (dans le sens de la barrière) ou indirect (dans le sens du dysfonctionnement ostéopathique) du tissu dans une dimension spatiale, puis amplification (Force d'activation) pendant un court instant contre une barrière relative en fin de mouvement qui est suivi d'une légère rétraction, puis d'une relaxation accompagnée. La manipulation doit souvent être répétée pour être effective (TAO)(7).

#### □ **Barrière d'une articulation.**(cf. schéma

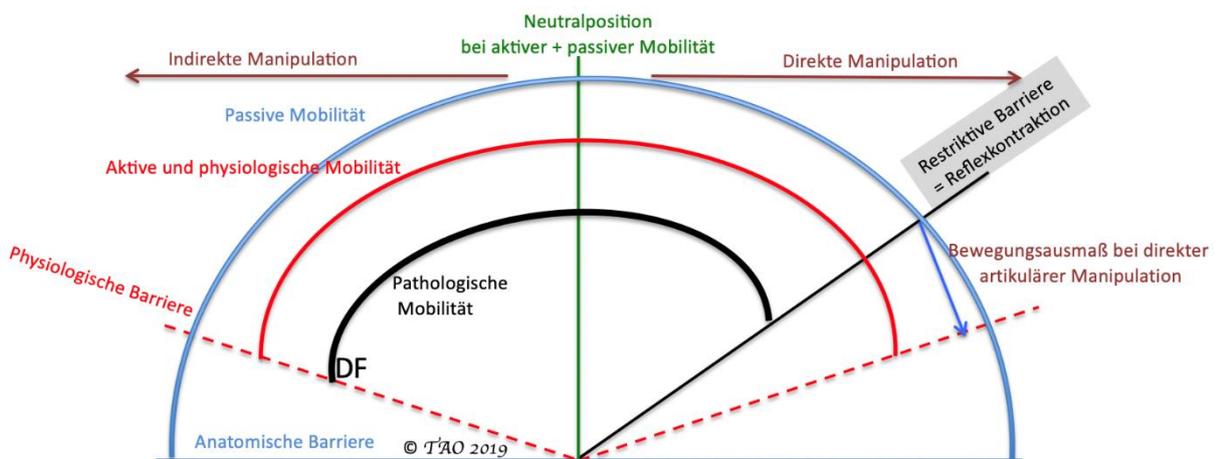
Limite d'amplitude de mouvement d'une articulation. Cette barrière peut être :

1. Physiologique: délimitée par la mobilisation active du segment.
2. Physiologique dysfonctionnelle et non pathologique: nouvelle barrière physiologique en cas de dysfonction ou restriction de mobilité du segment (DV A.P GUSTIN)(6).

Schéma représentant les Barrières d'une articulation selon A.P.Gustin

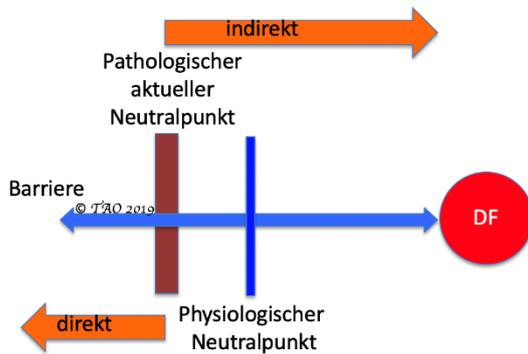


Présentation du concept de barrière articulaire en ostéopathie (TAO)



- Bei einer Dysfunktion ist der Neutralpunkt verschoben
- Die Bewegung geht leichter und weiter auf die DF nach links zu und schwerer vom pathologischen Neutralpunkt nach rechts zur restriktiven Bewegungsbarriere

# Direkte und Indirekte Therapie



- Bei der indirekten Technik wird das Gewebe in die Richtung der DF gebracht, weg von der Barriere
- Bei der direkten Technik wird das Gewebe in Richtung Barriere, weg von der DF gebracht
- In beiden Fällen verschiebt sich infolgedessen die pathologische Neutralstellung zurück zur physiologischen Neutralstellung
  - Evt. mehrfach nötig

## □ Barrière de restriction.

1. Synonyme de barrière motrice (passive) pathologique (DV. F. Fosse) (3).
2. Barrière limitant le mouvement de direction en présence d'une dysfonction. On nomme une dysfonction dans le sens de sa plus grande mobilité (l'orientation plus libre) d'un test de mobilité (TAO)(7).

## □ Biomécanique.

Principes mécaniques appliqués à l'étude des fonctions biologiques. C'est l'application des lois mécaniques aux structures vivantes C'est l'exploration des propriétés mécaniques des organismes vivants ainsi que l'analyse des principes d'ingénierie faisant fonctionner les systèmes biologiques. Elle traite des relations existantes entre les *structures* et les *fonctions* à tous les niveaux d'organisation du vivant à partir des molécules, comme le collagène ou l'élastine, aux tissus et organes. La biomécanique caractérise les réponses spatio-temporelles des matériaux biologiques, qu'ils soient solides, fluides ou viscoélastiques, à un système imposé de forces et de contraintes internes et externes. Outre la mécanique classique, la biomécanique fait appel à diverses disciplines et techniques comme la rhéologie, pour étudier le comportement des fluides biologiques comme le sang, la résistance des matériaux, pour modéliser les contraintes subies par les tissus comme le cartilage des articulations ou encore les os, la mécanique du solide pour analyser la motricité et la locomotion, depuis les cellules individuelles aux organismes entiers (DV. F. Fosse) (3).

C

## □ Chaînes lésionnelles.

Un tissu et une membrane ayant perdu leur élasticité contribuent à créer un problème mécanique général selon un processus habituellement ordonné. C'est la chaîne lésionnelle : un maillon perturbe un autre maillon et ainsi de suite pour aboutir à un symptôme s'exprimant très loin du désordre initial. Ces déséquilibres se font par étapes dans le temps, selon la loi de la compensation-adaptation, l'organisme étant en perpétuelle mutation. (J.P. Barral D.O) (28).

## □ Coenesthésie ou cenesthésie (Ressenti coenesthésique ou ressenti corporel).

Capacité corporelle du praticien à ressentir les tensions tissulaires dans le patient (DV Francis Lizon) (3).  
Sensation interne de la perception de son propre corps en-dehors de la perception sensorielle (DV. F. Fosse) (3).

### □ Intéroception.

L'intéroception est la partie de la sensibilité qui détecte les processus de l'intérieur du corps. Sensation de l'état physiologique du corps. Déclenché principalement par des terminaisons nerveuses libres et projeté vers le cortex insulaire via le Thalamus. Elle incite à se comporter d'une manière nécessaire au maintien de l'intégrité corporelle. Elle peut être divisée en deux formes distinctes de perception : 1. La proprioception reçoit des stimuli de l'appareil locomoteur et de la peau qui servent à déterminer la position et le mouvement du corps. Elle est largement médiée par le système nerveux somatique. 2. La perception viscérale enregistre les signaux corporels provenant des organes. Ils sont transmis au SNC par les afférences du système nerveux autonome. Il entre en jeu lors du toucher sensoriel. L'intéroception en tant que perception consciente ne comprend qu'une petite partie des informations fournies par l'intérieur du corps. Cependant, on peut supposer que les stimuli enregistrés inconsciemment influencent aussi indirectement l'état de santé général et l'humeur (TAO)(7).

### □ Résonance.

La résonance ou la consonance d'un corps dans la vibration d'un autre corps. Le substrat physiologique de la résonance sont les neurones miroirs (G. Rizzolati, V. Gallese, L. Fogassi 1992), qui sont des neurones spéciaux chez les primates. Pendant l'observation ou la simulation d'un processus, les mêmes potentiels que ceux qui se présenteraient si le processus était réellement conçu ou exécuté sont déclenchés. Ils permettent de simuler les actions d'autrui et donc de comprendre : "Je peux ressentir ce que tu ressens". Ils constituent la base de l'intelligence émotionnelle et de l'intuition (TAO)(7).

### □ Intuition.

Le cerveau complète une image ou une information même si l'on ne peut en voir ou en saisir qu'une partie ; la différence est "calculée". Le cerveau reçoit des stimuli, les assemble et donne un sens à l'ensemble. Le contenu se présente comme un tout sans pouvoir expliquer comment ce contenu est devenu existant. L'intuition fait partie du développement créatif, que l'intellect qui l'accompagne doit vérifier dans le résultat. Le substrat physiologique de l'intuition est constitué par les cellules fusiformes, découvertes en 1998 dans le cortex antéro-cingulaire et fronto-insulaire des primates et des humains, puis chez certaines espèces de baleines et de dauphins, ainsi que chez les éléphants. Ils contrôlent les interactions sociales intuitives (par exemple, l'empathie). Leur rôle principal est d'adapter le comportement dans le contexte d'une interaction en temps réel extrêmement rapide, dans un environnement ou un problème social très complexe. La base de l'activité des cellules fusiformes est le très complexe cerveau dit abdominal (syn : NS entérique) avec environ 100 millions de cellules (4-5x plus que la moelle épinière). Il traite lui-même les informations de ses capteurs et les contrôle de manière autonome. Il est connecté au système limbique. (TAO)(7).

### □ Compaction (compression).

Dysfonctionnement somatique dans lequel deux structures séparées, qui normalement mobiles les unes par rapport aux autres, sont forcées ensemble (AACOM) (1).

### □ Compaction crânienne (Compression crânienne de la SSB) selon le concept du mécanisme respiratoire primaire(MRP).

1. Condition dans laquelle la surface articulaire d'un os ou des os contigus au niveau des sutures sont forcés, il s'ensuit une restriction ou un arrêt du mouvement crânien. Ceci peut être détecté par une palpation intelligente adroite (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).
2. Mouvement de translation caudale du sphénoïde associée à un translation crâniale de l'occiput (DV. F. Fosse)(3).

❑ **Complexe articulaire membraneux.**

Combinaison complexe de tous les os crâniens unis entre eux par les replis et les attaches de la dure mère ; et l'union du crâne au sacrum par l'intermédiaire de la dure mère rachidienne. (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)(29,30)

❑ **Compliance/Résilience**

1. Souplesse ou élasticité mécanique d'une articulation ou d'un tissu. Au sens strict en médecine distensibilité d'un volume (alvéole pulmonaire, vaisseau, intestin...). C'est la facilité avec laquelle un tissu peut être déformé (le DV. F. Fosse) (3).

2. Viscoélasticité du tissu. Un système/tissu résilient est capable de restaurer l'état initial après une action physique (pression/tension). Il peut être testé mécaniquement avec un test de suspension ou dans les tissus (TAO)(7).

❑ **Compression osseuse.**

1. Selon le concept du Mécanisme Respiratoire Primaire, condition dans laquelle une région d'un os, ou les os contigus et la suture située entre eux sont forcés dans un cadre plus restreint que la physiologie ne l'autorise. Elle est détectable par une palpation intelligente et adroite. (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)(29)

2. Compactage osseux causé par un traumatisme ou une très forte tension (TAO)(7).

❑ **Compression. Voir compaction**

❑ **Compression du quatrième ventricule du cerveau.**

Technique de conception ostéopathique qui vise à diminuer la capacité du quatrième ventricule en rapprochant son plancher vers le toit cranien, pour que le liquide céphalo-rachidien, à l'intérieur, qui n'est pas compressible, soit dispersé à travers tous les canaux naturels. A partir de là, ce débordement de la vague doit se manifester à travers tous les contenants du liquide céphalo-rachidien qui est en continuité avec le système lymphatique et les liquides de tous les tissus du corps en général. La compression du quatrième ventricule est réalisée en rapprochant les angles latéraux de l'écaïlle de l'occiput, exagérant ainsi sa convexité postérieure. La flexibilité de l'os vivant et les biseaux des surfaces articulaires permettent une telle action qui est cependant minime. La tente du cerveau, par son attache sur la surface interne de l'écaïlle de l'occiput, est rapprochée du cervelet et les hémisphères sont donc abaissés sur le toit du quatrième ventricule tandis que les pédoncules cérébraux moyens sont tractés vers le haut pour soulever le plancher augmentant ainsi la pression par ces deux voies (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)(29).

❑ **Concept crânien ou cranio-sacrée.**

Mécanismes anatomique et physiologique crâniens découverts, développés et enseignés par William Garner Sutherland. C'est une contribution à la façon de penser propre à l'école ostéopathique qui a été défini comme « ce système dans l'art de guérir qui donne une importance majeure à l'intégrité structurelle du mécanisme du corps, comme facteur spécifique le plus important pour maintenir le bien-être de l'organisme en santé ou dans un état de la maladie » (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)(29).

❑ **« Core-link » ou « lien fondamental ».**

1. Analogie se rapportant à la dure-mère rachidienne qui aurait pour rôle d'être un lien central ou membrane de tension réciproque qui souligne la fonction mécanique de cette structure qui unit l'occiput au sacrum. Il coordonne ainsi la sphère crânienne « cranial bowl » avec le « pelvic bowl ». Il unit le mouvement involontaire du sacrum entre les iliaques avec la mobilité du mécanisme crânien pendant les cycles respiratoires. (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)(29). Liaison de la dure-mère spinale de l'occiput au niveau du foramen magnum au sacrum. Il coordonne le mouvement synchrone de ces deux structures (DV. F. Fosse) (3).

2. La connexion de la membrane de tension durale réciproque (dura mater spinalis comme continuité de la dura mater cranialis), qui relie structurellement et fonctionnellement l'occiput au sacrum et donc le crâne au pelvis. Les deux pôles s'influencent mutuellement. Selon Sutherland [13, pp. 224-226, 344f., 350] et T.Liem, ce lien transfère le mouvement crânien involontaire inhérent au sacrum. (TAO)(7).

#### □ **Counterstain (selon la Technique de Jones).**

Système de diagnostic et de traitement qui considère le dysfonctionnement comme une déformation réflexe continue et inappropriée, qui est inhibé par l'application d'une position de contrainte légère dans la direction exactement opposée à celle du réflexe ; ceci est accompli par un positionnement spécifique dirigé autour du point de sensibilité pour obtenir la réponse thérapeutique souhaitée. Technique de Jones, (correction spontanée par position), libération spontanée par repositionnement 3. Développé par Lawrence Jones, DO en 1955 (AACOM)(1).

D

#### □ **Décompression.**

Type de technique réalisée dans le but de libérer une ou des sutures crâniennes qui auraient été forcées ensemble ou compressées à la suite d'un traumatisme. (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

#### □ **Désengagement (Décompression).**

Terme donné à une technique utilisée pour la libération d'une articulation imbriquée dans une autre, comme les sutures crâniennes présentant une certaine quantité de blocage produit par la réception réciproque des surfaces articulaires. (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)(29).

#### □ **Déroulement/Unwinding myo-fascial.**

Technique fasciale de normalisation mettant en jeu les récepteurs de tensions proprioceptifs contenus dans les enveloppes fasciales et les muscles, conduisant à un rééquilibrage des forces de tension réciproques de la zone traitée (DV F. Fosse)(3).

#### □ **Déroulements/Unwinding des méridiens (ou des fascias).**

1. Techniques énergétiques permettraient par l'intermédiaire des vallées fasciales de normaliser le « qi » (énergie ou flux d'énergie) dans le réseau des méridiens et leurs entrailles correspondantes (DV. F. LIZON) (3).

2. Technique fasciale et énergétique qui permet de normaliser le "Qi" (énergie ou flux d'énergie) dans le réseau des méridiens et de leurs organes associés par le biais du parcours d'un méridien dans les sutures fasciales. (TAO)(7).

#### □ **Densité.**

1. Approche ostéopathique tissulaire dans laquelle la relation de la matière à l'espace peut être extrapolée en relation énergie/espace (P. TRICOT D.O.) (31).

2. Dans l'approche des techniques de résilience tissulaire, la densité correspond à la fixation (sensation d'absence de résilience, de dureté, de torsion fasciale) (DV. F. Fosse) (3).

#### □ **«Dysbalance » musculaire.**

Perturbation de la coordination tant au niveau de la tension, de la contraction et de la force de plusieurs muscles ou groupes de muscles (FIMM) (32)

#### □ **Dysfonction en MMV.**

Trouble du fonctionnement d'un organe pouvant avoir plusieurs origines: psychosomatique, vasculaire, neurologique, infectieuse (...). Perturbation, altération ou anomalie du fonctionnement d'un organe. (DV. F. Fosse)(3).

#### **Dysfonction articulaire crânienne.**

Toute restriction de la position normale du mouvement des tissus osseux du crâne qui signifierait une dysfonction articulaire crânienne. Cette mobilité articulaire altérée influence la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, la circulation sanguine et encore plus le drainage veineux, le trophisme du système nerveux central et ainsi les fonctions de tout le corps. Ces modifications pourraient être corrigées par un traitement crânien approprié et ceci est donc indépendant et n'inclut pas des entités pathologiques comme les infections, les malignités, les fractures, etc. (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

#### **Dysfonction Informationnelle.**

Modification de la capacité d'échange d'informations d'une structure avec le reste de l'organisme. La dysfonction informationnelle pourrait altérer durablement la fonction de la cellule ou du tissu considéré. L'information d'un traumatisme ou d'une agression pourrait laisser une « trace » dans une structure agressée (DV. R. Boillot) (4).

#### **Dysfonction Liquidienne de motilité**

Dysfonction qui correspondrait à l'état d'hydratation ou de déshydratation d'une structure par rapport à la flexion ou l'extension crânienne de la Symphyse Sphéno-Basilaire (DV. R. Boillot) (4).

#### **Dysfonction vertébrale.**

Au sens strict du terme, Expression d'une pathologie fonctionnelle d'un complexe articulaire (articulation et structures myofasciales) qui se traduirait par une perte ou une restriction de mobilité articulaire. Par extension la dysfonction s'applique à toute dysfonction ostéopathique : crânienne, viscérale, fasciale, musculaire, énergétique (RICHARD D.O.), liquidienne, informationnelle (DV. R. Boillot)(4).

#### **Dysfonctionnement pariétal.**

Expression d'une pathologie fonctionnelle d'un complexe articulaire du système musculo-squelettique (structures articulaires et myofasciales) qui entraîne une perte ou une limitation de la mobilité articulaire (TAO)(7).

#### **Dysfonction viscérale.**

Toute limitation de la mobilité physiologique d'un organe en rapport avec une ptose, un spasme ou une obstruction. Ou encore, au sens ostéopathique, d'une modification de l'activité métabolique d'un organe qui serait liée à une stase circulatoire. Les paramètres enzymatiques mesurables dans le sang ne sont pas encore et nécessairement modifiés. (DV. S. Micciché Walzinger) (5).

-La ptose survient quand l'organe touché s'affaisse du fait de la gravité en raison d'une trop grande laxité des moyens d'union ou faiblesse du tissu conjonctif

-Le spasme : contraction des fibres musculaires lisses ou des myofibroblastes d'un organe ou de son méso

-L'adhérence : perte de mobilité et de motilité d'un organe due à un glissement réduit ou inexistant de l'organe par rapport aux structures environnantes

-Troubles vasculaires et lymphatiques d'entrée ou de sortie, ainsi que troubles de la transmission neurologique afférente et efférente (TAO)(7).

## **E**

#### **Echange liquidien.**

Traitement crânien qui a été bien indiqué pourra procurer un équilibre dans les échanges métaboliques entre les liquides du corps de manière rythmée, à cause des voies hydrodynamiques disponibles qui sont ouvertes entre le liquide céphalo-rachidien, les lymphatiques et les liquides tissulaires (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

**Ecoute (listening).**

1. Détection par la main posée sur le corps, des mouvements mécaniques et tissulaires lors de tests de mobilisation mécanique ou tissulaire. On parle de main d'écoute. (Pr Philip E. Greenman)(33). L'écoute est le fait de diagnostiquer manuellement une fixation, en laissant se diriger passivement la main là où elle est attirée. C'est un test et non pas un traitement. La fixation crée une tension tissulaire anormale qui, petit à petit, change les axes de mouvements des différents tissus avoisinants. L'écoute est dite générale ou locale (J.P. Barral) (28).
2. Diagnostic de la mobilité, la motilité et la résilience des tissus au moyen d'une main appliquée selon des critères ostéopathiques spécifiques. Le diagnostic des tensions dans le système de tenségrité du corps s'appelle **listening**. Test diagnostic de tension, Écoute d'une tension (TAO)(7).

**Elasticité (résilience, compliance).**

1. Restitution d'une force passive inverse au déplacement lors de déformation (AACOM) (1).
2. La résilience est la capacité d'un tissu à revenir à son état initial après une charge/déformation élastique (pression, tension.) (TAO)(7). Texte en allemand ?

**Equilibre membraneux crânien.**

Etat physiologique normal d'équilibre harmonieux des tensions de la dure-mère du crâne et la dure-mère rachidienne de la moelle épinière. Il est rarement présent chez les patients. Le mécanisme maintient un état d'équilibre relatif dans toutes les conditions, l'équilibre noté à ce moment-là est celui qui est possible dans les conditions existantes et persistera sûrement jusqu'à la suppression du strain vers un état de normalité fonctionnelle (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)(29).

**ERS.**

Procédé de description d'une dysfonction vertébrale issu de la deuxième Loi de Fryette, utilisé pour désigner une combinaison de position vertébrale en extension (E), rotation (R) et (sidebending) latéroflexion (S). Ex-ERS gauche, dysfonction somatique dans laquelle l'unité vertébrale est en extension, rotation et latéroflexion gauche ; généralement précédé par une désignation des unités vertébrales impliquées (AACOM) (1).

**Expir MRP (mécanisme respiratoire primaire).**

Phase d'extension crânienne, phase d'extension de la Symphyse Sphéno-Basilaire (SSB), phase d'expulsion du Liquide Céphalo-Rachidien (LCR) du secteur interne (DV. F. Fosse) (3).

**Extension vertébrale ou dorsiflexion.**

Rotation dorsale dans le plan sagittal, autour d'un axe transversal avec rapprochement des processus épineux et éloignement des corps vertébraux (AVETAO) (3).

**Extension crânienne.**

Etat dans lequel selon le concept crânien, le crâne présente une légère convexité normale de la symphyse sphéno-basilaire les os pairs périphériques sont en rotation interne. Le résultat est une augmentation du diamètre vertical et antéopostérieur du crâne tandis que le diamètre latéral est diminué (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

**Extension respiratoire.**

Position prise par les os médians du crâne (occiput, sphénoïde, vomer et lame perpendiculaire de l'ethmoïde) ainsi que le sacrum lors de la phase d'expir du cycle respiratoire selon le concept crânien (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

**F**

**Fasciae (Fascias).**

Tissus conjonctifs organisés d'origine mésenchymateuse qui possèdent une anatomie et une physiologie

spécifique. Pour les ostéopathes « le fascia est un organe et les fasciae constituent un système organique ». C'est un tissu fibreux principalement de collagène qui constitue le grand système de transmission des tensions du corps organisé en gaines, feuillets ou autres tissu conjonctifs—incluant les enveloppes des viscères et structures les reliant. Les fasciae sont divisés en fasciae superficiels, intermédiaires et profonds (GABAREL D.O. et ROQUES D.O.) (34).

#### □ **Biotensegrity system de l'organisme.**

Tissu conjonctif d'origine mésenchymateuse qui est organisé selon des lignes cinétiques (Elbrond 2018) et permet l'intégrité de la dynamique de l'organisme. Les corps biologiques sont construits selon le "principe de la tenségrité": de longues chaînes de muscles et de fascias forment avec les os un réseau de tension (R. Schleip:<https://www.physiotherapeuten.de/das-tensegrity-modell-ein-neues-bild-vom-koerper/>  
[https://www.researchgate.net/publication/236146722\\_Biotensegrity-The\\_Mechanics\\_of\\_Fascia](https://www.researchgate.net/publication/236146722_Biotensegrity-The_Mechanics_of_Fascia)  
[www.biotensegrity.com/links.html](http://www.biotensegrity.com/links.html)). Le réseau de tenségrité s'étend dans sa continuité de la surface de la peau au noyau de chaque cellule du corps. Il constitue la base de la forme du corps (TAO)(7).

#### □ **Facilitation segmentaire.**

Etat d'hyperexcitabilité d'une région de la moelle épinière associé à un seuil d'excitabilité bas. Elle diminue la résistance causée par les effets de la dysfonction « ostéopathique synaptique » de telle sorte qu'une autre stimulation provoque encore plus facilement une réaction. On parle d'une zone corporelle en facilitation ou facilité (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

#### □ **Facilité.**

Ce dit pour une zone corporelle en facilitation. Mais, s'utilise aussi pour indiquer en méthode fonctionnelle le sens où le segment articulaire peut aller libre de son mouvement, on parle de confort de mouvement. (Pr P.E. Greenman)(33).

#### □ **Fixation.**

Expérience palpatoire en médecine manuelle vétérinaire correspondant à la résistance anormale (i.e. Densité) ou l'impossibilité d'une structure anatomique d'aller dans certains axes spatiaux qu'elle possède normalement ainsi qu'une modification de sa viscoélasticité. Cela s'inscrivant dans sa mobilité comme dans sa micro-mobilité (AVETAO) (3).

#### □ **Flexion vertébrale ou ventriflexion.**

Rotation ventrale autour d'un axe transversal dans le plan sagittal avec éloignement des processus épineux et rapprochement des corps vertébrale (AVETAO) (3).

#### □ **Flexion crânienne.**

Etat dans lequel le crâne présente, selon le concept crânien, une légère convexité normale de la symphyse sphéno-basilaire qui est montée vers le vertex et les os pairs périphériques qui sont en rotation externe. Le résultat est une augmentation du diamètre latéral et une diminution des diamètres (vertical et antéropostérieur) (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

#### □ **Fluctuation du liquide céphalo-rachidien.**

Fluctuation liquide céphalo-rachidien et non une circulation selon un cycle rythmique d'activité réciproque. Dans la littérature scientifique, il y a beaucoup de textes qui corroborent ce cycle biphasé ou ce phénomène de va et vient, de flux, de fluctuation comme la marée. Les praticiens qui utilisent le concept crânien ont déterminé que le liquide céphalo-rachidien avait une fluctuation rythmique entre 10 et 14 cycles par minute chez l'homme adulte, 12 à 16 chez les chiens, 6 à 8 chez les chevaux et 5 à 7 chez les bovins. La perception de ce flux exige un sens du toucher avec une perception délicate. En se servant du mécanisme articulaire membraneux, il est possible de modifier manuellement le rythme, l'amplitude et/ou la direction de cette vague fluctuante (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29)..

### □ Force de traction Médullaire.

Force qui s'exprimerait particulièrement lors de la croissance différentielle entre les vertèbres (sensibles à l'hormone de croissance) et la moelle épinière (insensible à cette hormone). Une force de traction trop élevée en continu peut aboutir à des malformations osseuses ou des troubles neurologiques (Royo Salvador, Dr P. Chêne) (35).

### □ Force motrice, Rythmes inhérents.

1. Force qui active le mécanisme crânien. Personne ne connaît son origine mais il semblerait qu'elle soit une énergie de natures électrochimique comme celle qui active le muscle cardiaque. Elle se manifeste dans la motilité innée du système nerveux central et dans la fluctuation du liquide céphalo-rachidien (W. G SUTHERLAND D.O. et H. IMAGOUN D.O.) (29).

2. Rythmes inhérents - synergie psychophysique complexe par la synchronisation. La synergie convient pour décrire des systèmes complexes "en fonctionnement". Chez les personnes qui pratiquent l'entraînement autogène, le rythme réticulaire (retR) émerge par la synchronisation de divers paramètres physiques dans le système commun du tronc cérébral dans le format réticulaire avec entrée afférente. Le retR indique une fréquence stable à  $0,15 \pm 0,03$  Hz (=9/min ou 6,67 s). Il est supposé que le retR pourrait être à la base du phénomène de "l'impulsion rythmique crânienne" (IRC) ou MRP. Le système nerveux autonome est le médiateur du retR et des transmissions dans l'espace fascial mésodermique. Les ostéopathes peuvent utiliser leur expérience d'un état de "réponse détendue" pour faire la distinction entre les perceptions inter et extéroceptives.

Dans cet état, le "travail de relation physiologique" intra-individuel et inter-individuel se fait par la facilitation afférente du tissu du patient dans le sens d'un "miroir tactile" par le thérapeute. Idéalement, cela conduit à un retR stable (ou IRC) dans la perspective en deuxième personne de la méta-personne du patient et du thérapeute. Les rythmes inhérents n'ont pas qu'une seule force motrice mais résultent de la somme en synergie de nombreuses synchronisations psychophysiques complexes (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1615907115300368>) (TAO)(7).

### □ Fulcrum.

1. Point d'appui, pivot. « Fulcrum de Sutherland ». Nom souvent utilisé pour définir le point d'appui automatique du mécanisme articulaire membraneux du crâne se trouvant à la jonction de la faux du cerveau et de la tente du cervelet qui se déplace en suspension. Ce nom a été donné en l'honneur de son découvreur W.G. Shuterland (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29,30).

2. Terme désignant un point d'équilibre (point de repos) où toutes les forces sont en équilibre. D'un point de vue mécanique, un Fulcrum est aussi une spirale ou un point de pivot qui, même au repos, est le centre de mouvement d'un levier (comme une charnière de porte). Par exemple, le Fulcrum de Sutherland sur le Sinus cérébrale). Grâce à la force vectorielle qui s'accumule entre deux structures corporelles, les mains fournissent au tissu un point fixe autour duquel il peut s'organiser. Certains l'appellent l'œil de la tempête parce qu'il y règne le calme et la silence alors que tout ce qui l'entoure est en mouvement. (TAO)(7).

G

### □ Glissement facettaire.

Mouvement de glissement des surfaces articulaires l'une sur l'autre (AVETAO) (3).

I

### □ Impulsion rythmique crânienne.

Motilité innée des cellules gliales du cerveau à l'origine du mécanisme respiratoire (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29,30).

### □ Induction.

1. Test fascial activo-passif qui consiste à générer un mouvement, dans une structure conjonctive, en

étirement ou en compression et de suivre de façon passive la réaction de la structure. En cas de fixation, le praticien peut maintenir l'étirement ou la compression jusqu'à normalisation (AVETAO) (3).

2. L'induction consiste à exagérer les mouvements ressentis lors de l'écoute. L'écoute est un diagnostic, l'induction est un traitement. (J.P. Barral) (36)

3. Technique thérapeutique appliquée dans le domaine de la micromobilité/motilité des tissus. Ici, la phase actuelle du MRP/motilité est doucement poussée, soutenue, réfléchie, ressentie sur quelques cycles. Un point de silence peut survenir au cours du processus. Une seule phase est mise au point/induite à la fois. Avec l'induction indirecte, qui coûte moins de force au patient, on induit la phase MRP/motilité plus prononcée, avec l'induction directe, on induit la phase MRP/motilité moins prononcée à sa fin (TAO)(7).

#### **Induction mécanique en MMV.**

Technique visant à induire un mouvement macro-dynamique d'une articulation ou d'un organe afin d'obtenir un relâchement des tensions ligamentaires, tendineuses, musculaires et une inhibition des boucles nociceptives (AVETAO) (3).

#### **Induction tissulaire en MMV.**

Technique visant à induire un mouvement micro-dynamique d'un tissu afin d'obtenir un relâchement des tensions intratissulaires (l'AVETAO)(3).

#### **Inhibition.**

Procédure de test pendant le diagnostic/écoute de tension. Ici, le vecteur de tension trouvé dans l'écoute globale ou régionale peut être supprimé via une écoute locale. Le fondement scientifique des raisons pour lesquelles l'inhibition fonctionne n'est pas clarifié. Des phénomènes physiques quantiques sont suspectés, car la tension est immédiatement supprimée par le contact inhibiteur. L'inhibition s'est avérée très fiable et utile en pratique pour filtrer les dysfonctions ostéopathiques et pouvoir les traiter spécifiquement (TAO)(7).

#### **Inhibition neurale.**

Dans un NSR, la courbe du NSR disparaît lorsque la main est placée sur la zone de projection de l'organe déclencheur (TAO) (7).

#### **Instabilité articulaire.**

Augmentation pathologique du jeu articulaire avec insuffisance du système de contention ligamentaire (FIMM) (32).

#### **Inspir Mécanisme Respiratoire Primaire (MRP).**

Phase de flexion crânienne, phase de flexion Symphyse Sphéno-Basilaire, phase de remplissage des ventricules cérébraux (3).

J

#### **Jeu articulaire.**

Amplitude du mouvement passif ou actif d'une articulation en traction ou en translation avec appréciation des caractéristiques de l'arrêt en fin de mouvement (FIMM) (32).

L

#### **Latéroflexion.**

Mouvement de vertèbre en biomécanique rachidienne qui s'inscrit dans un plan horizontal autour d'un axe ventro-dorsal (AVETAO) (3).

❑ **Lésions intra-osseuses.**

Lésions de l'os même, traumatiques ou comme à l'intérieur des éléments pré-osseux de l'occiput et se produisant donc pendant la période périnatale ou pendant l'enfance, avant l'ossification, l'union des éléments pré-osseux (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)(29).

❑ **Lift.**

Technique qui a pour but de séparer avec une légère influence les os craniens les uns par rapport aux autres ou à leur annexe (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

❑ **Lignes/chaines fasciales cinétiques fonctionnelles.**

Il existe 12 lignes/chaines fasciales qui montrent macroscopiquement l'équilibre des tensions dans le tissu conjonctif. Ils ont été mis en évidence chez l'homme par Tom Myers et en médecine vétérinaire par Vibeke Elbrond.

(V. Elbrond:file:///Volumes/data/a-scripts%20coursesfilms/Elbrond/2018/06View%20of%20Myofascia%20-%20the%20unexplored%20tissue:%20Myofascial%20kinetic%20lines%20in%20hors,%20a%20model%20for%20describin.webarchive + Myers, Thomas,W., Anatomy Trains, Myofascial Trains, 2e édition, Urban et Fischer) (TAO)(7).

❑ **Lois de Fryette ou Principe biomécanique déterminé par Fryette et utilisé en ostéopathie comme modèle mécanique pour décrire la mobilité vertébrale.**

Concept qui définit trois lois.

Première loi de Fryette : « Lorsque le rachis est en position de neutralité, quand une flexion latérale est induite d'un côté, elle est suivie d'une rotation des corps vertébraux en sens opposé (et ceci dans l'ordre) ». On la note NSR droite ou gauche.

Deuxième loi de Fryette : « En position d'hyper flexion ou d'extension, lorsque les facettes sont engagées, une inclinaison latérale ne peut se produire que si elle est précédée par une rotation du même côté ». On la note FRS /ERS droite ou gauche.

Troisième loi de Fryette : « Un mouvement initial d'une articulation vertébrale dans l'un des plans de l'espace inhibe ou diminue forcément la mobilité de cette articulation dans les deux autres plans de l'espace »

(Dr. R. Boillot) (4).

M

❑ **Main mécanique en MMV.**

Utilisation de la main comme instrument de mobilisation articulaire, musculaire, viscéral (...). Non seulement la main mobilise, palpe et analyse. Elle prend note de la mobilité et de la résilience mécanique des structures anatomiques. Elle n'est efficace qu'à partir d'un positionnement particulier du praticien, elle s'apprend selon une gestuelle particulière. Elle permet l'application de techniques de tests et de traitements mécaniques (AVETAO) (3).

❑ **Main tissulaire en MMV.**

Utilisation de la main comme instrument de micro-mobilisation tissulaire. Elle s'intéresse à la visco-élasticité du tissu et permet de prendre contact avec ce dernier et d'ouvrir un champ d'action sur l'écoute tissulaire (la motilité tissulaire ou micro-biomécanique). Elle n'est efficace qu'à partir d'un positionnement particulier du praticien, elle s'apprend selon une gestuelle particulière. Elle permet l'application de techniques de tests et de traitements tissulaires (AVETAO) (3).

❑ **Main énergétique en MMV.**

Utilisation de la main comme instrument de perception de la circulation énergétique dans le corps. Elle s'intéresse à l'écoulement du Qi dans les chaînes fasciales. Elle demande une éducation basée sur des méthodes

de Tai chi chuan ou de Qi Gong (gymnastique chinoise selon les principes de la MTC). Elle permet la mise en œuvre de techniques de tests et de traitements tissulaires (AVETAO) (3).

#### □ **Biomécanique Dysfonctionnelle.**

Etude de la formation des dysfonctions ostéopathiques, la statique et la kinésie des muscles, des fascias ou du tissu conjonctif en rapport avec le mécanisme articulaire ; la quantité, la vitesse, la direction et la région de l'impact d'une force traumatique ; ou les effets réflexes à la suite d'un strain, d'une toxémie, etc. (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

#### □ **Mécanisme crânien.**

Unité fonctionnelle du concept crânien selon la structure et l'agencement des composants. Ceci inclut le cerveau et sa motilité inhérente, la membrane intracrânienne, la fluctuation du liquide céphalo-rachidien et la mobilité articulaire des os du crâne (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

#### □ **Mécanisme crânio-sacré.**

1. Mécanisme crânien intégré au sacrum de façon structurelle et physiologique par la dure-mère rachidienne forme une unité fonctionnelle mécanique (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

2. Unité fonctionnelle du concept crânien de structures composites. Il comprend le cerveau et sa motilité inhérente, les membranes intracrâniennes, la fluctuation du liquide céphalo-rachidien et la mobilité articulaire des os crâniens et du sacrum qui leur est relié par le lien central (core link) (TAO)(7).

#### □ **Mécanisme respiratoire primaire.**

Nom donné au complexe métabolique et régulateur qui est considéré par Sutherland W.G comme le fondement de la vie elle-même. La motilité inhérente du système nerveux central, la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, l'action directrice et limitative des membranes dure-mériennes, intra-crâniennes et intra-rachidiennes, la mobilité articulaire des os crâniens et la mobilité involontaire du sacrum entre les iliaques font tous partie de ce mécanisme anatomo-physiologique. Nommé primaire ou essentiel car il est en relation directe avec la respiration tissulaire interne du système nerveux central, qui contrôle le reste du corps. Nommé respiratoire car il implique non seulement la fonction physiologique d'échange des liquides nécessaires à un métabolisme et une biochimie normale du système nerveux central mais de toutes les cellules du corps. (« On l'appelle mécanisme respiratoire interne à cause des échanges gazeux entre les cellules des tissus et leur environnement interne, qui est formé par les liquides dans lesquels baignent les cellules ») nommé mécanisme car tous les composants travaillent ensemble comme une unité pour accomplir cette physiologie fondamentale. Le mécanisme agit selon deux phases : un cycle Respiratoire interne d'inspiration et un cycle d'expiration se manifestant par un mouvement de tous les constituants simultanément, ayant pour résultat des changements minimes dans la forme du crâne. Dans un mécanisme ainsi équilibré selon les lois de la physique mécanique, un mouvement adéquat de n'importe quel composant fait bouger les autres parties, faisant une unité fonctionnelle de tout l'ensemble. Il peut aussi être influencé par des facteurs externes comme l'exercice, un traumatisme ou un bon traitement crânien (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

#### □ **Membrane de tension réciproque.**

Il y en a deux, une crânienne, l'autre rachidienne. La première est l'unité fonctionnelle formée par la faux du cerveau et la tente du cervelet (d'où membrane au singulier) opérant autour d'un point d'appui qui se déplace automatiquement et qui est en suspension au niveau du sinus droit et ainsi, qui, grâce à sa capacité de mise en tension, guide et régularise la mobilité articulaire involontaire des os crâniens. Les membranes rachidiennes de tension réciproque s'unissent structurellement et coordonnent fonctionnellement les mouvements articulaires involontaires des os du sacrum et du crâne (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

#### □ **Membrane rachidienne.**

Membrane composée par les méninges de la moelle épinière attachées fermement autour du foramen magnum, aux corps des deuxième et troisième vertèbres cervicales, puis descend libre de toute attache jusqu'au corps de la deuxième vertèbre sacrée Il existe des variations selon les espèces (AVETAO) (3).

#### □ **Micro-biomécanique.**

Etude de la biomécanique au niveau tissulaire (AVETAO) (3).

#### □ **Mise en tension.**

Déplacement, actif pour le praticien, d'un élément mobile en dysfonction depuis sa position de neutralité pathologique (N') jusqu'à la barrière pathologique (DV. R. Boillot) (4).

#### □ **Mobilisation avec Impulsion (voir aussi Thrust).**

Terminologie plus récente de technique structurale ou à haute vélocité et basse amplitude (HVLA) (Pr P.E Greenman)(33).

#### □ **Mobilité.**

Aptitude au mouvement macroscopique décrit par un ou plusieurs éléments, sollicitant des structures osseuses et/ou tissulaires et/ou liquidiennes (DV. R. Boillot) (4).

#### □ **Mobilité articulaire crânienne.**

Mobilité des os crâniens permise par les sutures et synchondroses crâniennes (AVETAO) (3).

#### □ **Mobilité respiratoire involontaire.**

Motilité de sacrum ou des os du crâne qui a lieu pendant le cycle de la respiration interne qui est indépendante de tout acte volontaire comparée au mouvement qui se passe volontairement lors des changements posturaux, etc. (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

#### □ **Mobilité viscérale.**

1. Déplacement des organes liés aux mouvements diaphragmatiques. Elle assure une bonne circulation sanguine et liquidienne au sens large (Finet & Williams)(37).

2. Mouvement entre deux organes ou le mouvement entre un organe et la séreuse pariétale ou une autre structure du système musculosquelettique. Le moteur de ce mouvement peut être la motricité ou différents « automatismes » (DV. S. Micciché Walzinger)(5).

3. Phénomène mécanique de glissement entre les organes thoraciques et abdominaux sous l'influence de l'action du mouvement du piston diaphragmatique, de la paroi thoracique et abdominale, de la motricité et d'autres automatismes végétatifs (péristaltisme, pouls, battements du cœur, respiration ...). (TAO)(7).

#### □ **Mobilité des viscères en MMV.**

Mouvements des viscères selon leurs ligaments d'attaches, leurs surfaces de contact sous l'influence de facteurs mécaniques : diaphragme respiratoire, variation de pression, mouvement corporel, phase digestive (AVETAO)(3).

#### □ **Motilité Viscérale en MVO (à ne pas confondre avec la motilité viscérale définie en Médecine Vétérinaire).**

1. Motilité vécue, active, qui résulte d'une faculté motrice intrinsèque de sa structure que nous dénommons « Motilité ». Le viscère se mobilise par ses propres moyens. C'est un mouvement lent et de faible amplitude, non visible. Cette motilité perceptible à la main, demande une grande éducation du toucher ; elle est l'expression cinétique des tissus en mouvement. Nous n'avons aucune explication scientifique de ces

mécanismes, seul le fait expérimental nous les a fait connaître. Est-ce uniquement un prolongement du mouvement respiratoire primaire, ou ce mouvement correspond-il au mouvement créé par le développement des différents organes pendant la vie embryonnaire ? (J.P. BARRAL D.O.)(28).

2. Capacité inhérente de micro-mouvement rythmique par la médiation du tissu conjonctif ubiquitaire. Elle se caractérise par une fréquence (myo-fasciale, fasciale, SNC, organes), une amplitude, une symétrie et un rythme (FARS) spécifiques aux tissus. Ses causes n'ont pas encore été clairement clarifiées. L'origine de ce mouvement est, selon l'article du Dr Holger Pelz, causée par l'émergence du rythme réticulaire (retR) par la synchronisation de différents paramètres physiques dans le système commun du tronc cérébral sous forme réticulaire avec une entrée afférente. Le retR indique une fréquence stable à  $0,15 \pm 0,03$  Hz (=9/min ou 6,67 s). Le système nerveux autonome est le médiateur du retR ainsi que des transmissions dans l'espace mésodermique fascial. Les ostéopathes peuvent utiliser leur expérience d'un état de "réponse détendue" pour distinguer les perceptions inter- et extero-ceptives. Dans cet état, le "travail de relation physiologique" intra-individuel et inter-individuel se fait par la facilitation afférente des tissus du patient dans le sens d'un miroir tactile par le thérapeute. Idéalement, cela conduit à un retR stable (ou IRC) dans la perspective en deuxième personne d'une métapersonne du patient et du thérapeute. Les rythmes inhérents n'ont pas que la seule force motrice, mais résultent de la somme en synergie de nombreuses synchronisations psychophysiques complexes.(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1615907115300368>, Osteopathic Medicine, Elsevier, Vol.16, Issue 3, Sept.2015). Le tissu conjonctif et le fascia réagissent à la manipulation appropriée par la relaxation des tissus (Serge Paoletti, Ida Rolf, J.-P. Barral, Robert Schleip et autres). La base de ce phénomène est la plasticité fasciale. La plasticité fasciale est déterminée par la physiologie des tissus (hydratation et déshydratation, système d'absorption collagène micro-vacuolaire MVCAS, piézoélectricité, thixotropie et neurophysiologie). Un trouble de la motilité entraîne une modification régionale à moyen terme de leur mobilité (réticulation pathologique, matage) et affecte les systèmes d'organes voisins et, en fin de compte, l'ensemble du système(TAO)(7).

#### □ **Motilité en MMV.**

Faculté motrice propre d'un tissu ou d'un organe. (Péristaltisme ; intestinal, motilité cardiaque ou rénale) lié au mouvement cellulaire et matriciel (matrice intercellulaire) de toute cellule, tissu, organe (micro-squelette et autres). Chaque organe a des axes de motilité particuliers (AVETAO) (3).

#### □ **Motilité innée du cerveau.**

Capacité innée du cerveau pour bouger spontanément, comme il a été observé aussi pour les autres organes du corps (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29), on a le même concept pour tous les organes, voire toutes les cellules (AVETAO) (3).

#### □ **Motricité.**

1. Mouvements contrôlés par le système nerveux central, englobant toute la mobilité volontaire. La motricité est une source de mouvements passifs des viscères induit par la gravité : la motricité est un facteur de la mobilité viscérale. (J.P. Barral D.O.) (28).

2. C'est l'action passive des mouvements volontaires de l'appareil locomoteur sur le déplacement des organes (DV A.P. Gustin)(6)

#### □ **Mouvement.**

1. Changement de position (rotation et/ou translation) par rapport à un système fixe

2. Acte ou processus de changement de position d'un corps en termes de direction, de course et de vitesse. (1) **Actif**, mouvement produit volontairement par le patient ; (2) **Inhérent**, mouvement spontané de chaque cellule, organe, système et leurs unités composantes dans le corps ;( «3). **Barrière**, voir barrière (Barrière d'une articulation). (4) **Passive**, mouvement provoqué par le médecin ostéopathe alors que le patient reste passif ou

relaxé, (5) **Physiologique**, changements dans la position des structures corporelles dans la plage normale (AACOM) (1).

□ **Mouvement de convergence et de divergence (au niveau des articulations intervertébrales postérieures /articulations facettaires).**

Convergence : Approchement des surfaces articulaires par un mouvement de glissement articulaire. Divergence : Séparation des surfaces articulaires par un mouvement de glissement articulaire (FIMM) (32).

□ **Mouvements Majeur et Mineur.**

Mouvements définis pour chaque articulation. Le mouvement majeur correspond au plan dans lequel l'articulation présente la plus grande amplitude. Un mouvement mineur correspond au plan dans lequel l'articulation présente une amplitude plus réduite (DV. R. Boillot) (4).

□ **Mouvement Respiratoire Primaire (MRP) ou Mécanisme respiratoire primaire.**

« Nom donné au complexe métabolique et régulateur qui est considéré par Sutherland W.G comme le fondement de la vie elle-même. La motilité inhérente du système nerveux central, la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, l'action directrice et limitative des membranes dure-mériennes, intra-crâniennes et intra-rachidiennes, la mobilité articulaire des os crâniens et la mobilité involontaire du sacrum entre les iliaques font tous partie de ce mécanisme anatomo-physiologique. Nommé primaire ou essentiel car il est en relation directe avec la respiration tissulaire interne du système nerveux central, qui contrôle le reste du corps. Nommé respiratoire car il implique non seulement la fonction physiologique d'échange des liquides nécessaires à un métabolisme et une biochimie normale du système nerveux central mais de toutes les cellules du corps. (« On l'appelle mécanisme respiratoire interne à cause des échanges gazeux entre les cellules des tissus et leur environnement interne, qui est formé par les liquides dans lesquels baignent les cellules »). Nommé mécanisme car tous les composants travaillent ensemble comme une unité pour accomplir cette physiologie fondamentale. Le mécanisme agit selon deux phases : un cycle respiratoire interne d'inspiration et un cycle d'expiration se manifestant par un mouvement de tous les constituants simultanément, ayant pour résultat des changements minimes dans la forme du crâne. Dans un mécanisme ainsi équilibré selon les lois de la physique mécanique, un mouvement adéquat de n'importe quel composant fait bouger les autres parties, faisant une unité fonctionnelle de tout l'ensemble. Il peut aussi être influencé par des facteurs externes comme l'exercice, un traumatisme ou un bon traitement crânien » (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

N

□ **Neutre.**

Point d'équilibre d'une surface articulaire à partir duquel tous les mouvements physiologiques vers cette articulation peuvent avoir lieu (AACOM)(1).

□ **Niveaux Ostéopathiques de la Matière.**

Concept de constitution du corps de cinq niveaux principaux : l'os, le tissu conjonctif, le liquide, l'énergie et l'information. Une dysfonction ostéopathique peut toucher un ou plusieurs niveaux. Il existe des tests et des techniques qui permettent de travailler sur un ou plusieurs de ces niveaux. C'est au praticien de déterminer le niveau le plus perturbé par la dysfonction, et de choisir la technique la plus indiquée pour la lever. L'os, le tissu conjonctif (ou le tissu mou) et le liquide (qui peut être sanguin, lymphatique cérébro-spinal, cellulaire ou interstitiel), matériels, tangibles ont une réalité palpable dans les mains du praticien. Pour tester l'os (d'une articulation), les tests de mobilité sont indiqués. Pour le traiter, les techniques musculo-squelettiques sont appropriées. Pour tester le tissu conjonctif, les tests d'induction, de mobilité, résilience ou motilité sont indiqués. Pour le traiter, les techniques fascia ou viscérales sont appropriées. Pour tester le liquide, les tests d'écoute sont indiqués. Pour le traiter, les techniques d'amplification ou de mise au neutre sont appropriées. Les deux suivants, l'énergie et l'information, plus éthérés, correspondent à des concepts de vitalité et de conscience de l'organisme. Le potentiel vital, **l'énergie** d'une structure est une notion qui pourrait correspondre

à sa capacité de fonctionnement, cicatricielle et/ou de guérison. L'énergie contribue à l'échange d'information d'une structure à une autre, à la communication intercellulaire. Cette énergie permet l'organisation et l'adaptabilité de la matière. **L'information**, la conscience d'un appareil, d'un organe, d'un tissu ou d'une cellule pourrait correspondre à sa capacité à communiquer avec le reste de l'organisme. Cette matière (hormonale, nucléotidique, nerveuse, etc ...) pourrait être « mémorisée » dans une structure à la suite d'une agression. Un tissu pourrait conserver l'information d'un traumatisme. **Le liquide** peut être vecteur de l'information. En normalisant le niveau liquidien, le praticien a la possibilité de solliciter les capacités d'autoguérison de l'organisme tout en l'informant des modifications qu'il induit. Pour cela il est indispensable que l'animal soit vigile et non sédaté, en pleine conscience du traitement et de ces conséquences (DV. R. Boillot) (4).

#### □ **Normalisation.**

Utilisation thérapeutique de mécanismes anatomiques et physiologiques pour faciliter la réponse du corps à l'homéostasie et à l'amélioration de la santé (AACOM) (1).

#### □ **NSR.**

Procédé de description utilisé lors de dysfonction ostéopathique vertébrale pour désigner une position vertébrale combinée neutre (N), en latéoflexion (S) et en rotation (R) selon la première des Lois de Fryette ; des descriptions similaires peuvent impliquer une flexion (F) ou une extension (E) (AACOM) (1).

o

#### □ **Ostéopathie crânio-sacrée.**

Etude des mécanismes anatomiques et physiologiques dans le crâne et leur interrelation avec le corps et en particulier avec le sacrum. Elle comporte un système complet de protocoles diagnostiques et thérapeutiques qui s'appliquent pour la prévention et le traitement des maladies à l'intérieur de la pratique générale de la science de l'ostéopathie. (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

#### □ **Ostéopathie fasciale.**

Concepts et techniques ostéopathiques appliqués aux fasciae (DV. F. Fosse) (3) et au tissu conjonctif (TAO)(7).

#### □ **Ostéopathie énergétique.**

Résultante de la fusion entre le concept du MRP et de la médecine traditionnelle chinoise, où les vallées fasciales constituent les supports anatomiques des méridiens. Elle développe les techniques PCV (voir définition), les déroulements des méridiens et les transferts énergétiques (DV. F. Lizon, Dr. Alain Bouchet et le DV. F. Fosse) (3).

#### □ **Ostéopathie (bio)mécaniste**

1. Ensemble de techniques s'en tenant aux principales articulations, utilisant des descriptions précises d'axe et de mouvement et aboutit en général aux techniques structurelles voire d'énergie musculaire (DV. F. Fosse)(3).

2. Techniques réalisées sur les articulations pariétales pour leur redonner, si possible, leur pleine mobilité. Ces techniques sont directes, indirectes ou combinées et suivent les possibilités physiologiques et individuelles de mouvement de l'articulation respective en fonction de l'espèce animale. (TAO)(7).

#### □ **Ostéopathie viscérale.**

Partie de l'ostéopathie qui traite des articulations viscérales et de leurs effets somatiques (DV. F. Fosse) (3).

□ **Oves MRP.** Mouvements fasciaux découlant de la motilité fasciale. Elles correspondent à la suite extension-flexion- point de repos du MRP fascial (DV. F. Lizon) (3).

### □ **Pariétal.**

Terme emprunté à la médecine humaine pour décrire l'appareil locomoteur avec ses articulations, ses muscles, ses tendons, ses ligaments et ses fasciae.

### □ **Phase d'expir MRP.**

Phase du cycle d'action du mécanisme respiratoire primaire qui inclut la contraction ou la diminution de capacité des ventricules du cerveau, de l'extension de la symphyse sphéno-basilaire, la rotation interne de tous les os pairs périphériques, une moitié du cycle de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien du système nerveux central (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

### □ **Phase d'inspir MRP.**

Phase du cycle du mécanisme respiratoire primaire qui inclut la dilatation ou l'augmentation de capacité des ventricules du cerveau, l'élévation de la symphyse sphéno-basilaire (flexion), la rotation externe des os pairs périphériques, la moitié du cycle de fluctuation du liquide céphalo-rachidien (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

### □ **Phase réfractaire.**

Phase de relaxation post-isométrique qui suit la contraction d'un muscle. (AACOM) (1).

### □ **Phénomène de cavitation intra-articulaire.**

1. Création de bulle de gaz et de vapeur dans le liquide synovial lors de manipulation articulaire. Lors de l'implosion de la bulle un bruit de craquement est audible (DV. F. Fosse) (3).
2. Des bulles de gaz de taille microscopique dans la synovie et le tissu conjonctif peuvent éclater sous l'influence du mouvement (changement de pression, égalisation de la pression) et produire un bruit (TAO)(7).

### □ **Philosophie ostéopathique.**

Concept de soins de santé appuyé par l'élargissement des connaissances scientifiques qui englobe le concept de l'unité de la structure (anatomie) et de la fonction (physiologie) de l'organisme vivant. La philosophie ostéopathique met l'accent sur les principes suivants : 1. L'être humain est une unité fonctionnelle dynamique. 2. Le corps possède des mécanismes d'autorégulation qui sont de nature auto-guérissante. 3. La structure et la fonction sont interdépendantes à tous les niveaux. 4. Le traitement rationnel repose sur ces principes (d'après AACOM) (1).

### □ **Plan.**

Surface plane déterminée par la position de trois points dans l'espace : le plan médian, frontal, transversal.

- **Médian ou Sagittal ou (antéro-postérieur)** : il passe par l'axe longitudinal du corps et coupe celui-ci en son milieu afin d'obtenir deux moitiés une droite et une gauche. Il est déterminé par deux axes crânio-caudal et dorso-ventral Un plan para-médian ou para sagittal est parallèle au plan médian ou sagittal. Dans ce plan les mouvements possibles sont :

Pour l'axe vertébral.

La translation selon ces deux axes.

La rotation autour d'un axe latéro-médial.

Si l'on considère la partie la plus crâniale de la structure en mouvement, son déplacement caudo-ventral est appelé flexion, son déplacement caudo-dorsal est appelé extension.

On dit alors que la structure en question est en **flexion** ou en **extension**.

Pour le squelette appendiculaire.

La translation selon l'axe crânio-caudal.

La fermeture de l'angle articulaire est appelée flexion.

Son ouverture est appelée extension.

On dit alors que la structure en question est en **flexion** ou en **extension**.

● **Dorsal ou Frontal ou Coronal** : il coupe le corps afin d'obtenir deux moitiés une ventrale et une dorsale.

Il est déterminé par deux axes crânio-caudal et latéro-médial Dans ce plan les mouvements possibles sont :

Pour l'axe vertébral.

La translation selon ces deux axes.

La rotation autour d'un axe ventro-dorsal. Si l'on considère la partie la plus crâniale de la structure en mouvement, son déplacement caudo-latéral vers la droite est appelé latéroflexion droite, son déplacement caudo-latérale vers la gauche est appelé latéroflexion gauche.

On dit alors que la structure en question est en **latéroflexion droite** ou en **latéroflexion gauche**.

Les termes de flexion latérale, incurvation, inclinaison ou side bending correspondent à ce mouvement.

Pour le squelette appendiculaire.

La translation selon l'axe latéro-médial.

Le bâillement latéral de l'interligne articulaire est appelé adduction.

Le bâillement médial, abduction.

On dit alors que la structure en question est en **adduction** ou en **abduction**.

● **Transverse ou Transversal ou Horizontal** : il coupe le corps afin d'obtenir deux moitiés une crâniale et une caudale.

Il est déterminé par deux axes ventro-dorsal et latéro-médial

Dans ce plan les mouvements possibles sont :

Pour l'axe vertébral.

La translation selon ces deux axes.

La rotation autour d'un axe crânio-caudal. Si l'on considère la partie la plus ventrale de la structure en mouvement, son déplacement dorso-latéral vers la droite est appelé rotation droite, son déplacement dorso-latéral vers la gauche est appelé rotation gauche.

On dit alors que la structure en question est en **rotation droite** ou en **rotation gauche**.

Pour le squelette appendiculaire.

La translation selon les axes crânio-caudal et latéro-médial.

La rotation autour de l'axe longitudinal du membre qui déplace son bord crânial ou dorsal latéralement est appelée rotation externe.

Celle qui le déplace médialement, rotation interne.

On dit alors que la structure en question est en **rotation externe** ou en **rotation interne**

(AACOM) (1).

#### ❑ **Plasticité du fascia.**

Le fascia répond à une manipulation appropriée avec une relaxation des tissus (Serge Paoletti, Ida Rolf, J.-P. Barral, Robert Schleip et autres). La base de ce phénomène est la plasticité du fascia. Elle est conditionnée par la physiologie des tissus (hydratation et déshydratation, système d'absorption collagénique micro-vacuolaire MVCAS, piézoélectricité, thixotropie et neurophysiologie) (TAO)(7).

#### ❑ **Point sensible ou de tension.**

Petits points hypersensibles dans les tissus myofasciaux du corps qui n'ont pas un modèle de radiation de la douleur. Ces points sont une manifestation du dysfonctionnement somatique et sont utilisés comme critères diagnostiques et pour le suivi du traitement (AACOM) (1).

#### ❑ **Points « tenderpoints » ou points tendres.**

1. Ensemble de points douloureux myofasciaux, petites zones de tissu musculaire et fascial en dépression et œdémateuses d'environ un centimètre de diamètre, utilisés dans le système Strain-counterstrain pour le

diagnostic et le traitement de la dysfonction somatique, initialement décrit par Lawrence Jones, DO, FAAO (AACOM) (1). Le patient n'a pas conscience du point tendre avant que le praticien l'ait localisé.

2. Points diagnostiques de petite taille (plus petit que les coupures de doigts) oedématisés douloureux à la pression avec une tension maximale en son centre. En médecine humaine, environ 200 TP sont définis pour certaines dysfonctions ostéopathiques. Ils sont situés en sous-cutané, dans les tendons, les muscles, les ligaments et le périoste et, contrairement aux points Triggerpoints, ils n'ont pas d'action référée sur d'autres parties de l'organisme. Le critère diagnostic du point est son absence de douleur lors de l'utilisation du système Strain-counterstrain en indirecte, selon Lawrence H. Jones (TAO)(7).

#### □ **Position de Neutralité (ou Position Neutre ou de repos articulaire).**

1. Etat de moindre contrainte d'un élément mobile par rapport à son environnement considéré comme fixe. Cette position correspond, le plus souvent, au milieu de l'amplitude totale. Dans le cas d'une dysfonction ostéopathique, la nouvelle position de neutralité dite pathologique (N') est différente de la position de neutralité physiologique (N). N' est décalée du côté de la plus grande mobilité (DV. R. Boillot) (4). En partant du point de neutralité pathologique, le test de mobilité trouve la libre circulation dans le sens du dysfonctionnement, alors qu'elle est limitée dans le sens de la barrière (TAO)(7).

2. Position de congruence optimale avec stimulation minimale des récepteurs articulaires d'une articulation normale ou pathologique (FIMM) (32).

#### □ **Projection mentale.**

Approche mentale des structures durant la palpation permettant d'explorer à distance une structure anatomique loin du lieu où est posée la main (L. Issatrel et le DV. F. Lizon) (3).

#### □ **Pseudo-thrust.**

Application du principe de thrust, en MMV, dans le cadre d'une technique mécanique indirecte. Le but du pseudo-thrust n'est pas la séparation des facettes articulaires mais l'hyperstimulation des mécanorécepteurs et du fuseau neuromusculaire pour obtenir une réponse neuromusculaire de relâchement (AVETAO) (3).

#### □ **Puits de communications vitaux.**

Structures spatiales extra et intra-corporelles à densité et à volume palpable. Ils sont animés d'un mouvement spiral. Ils sont à la fois récepteurs et émetteurs de qi entre le milieu extérieur et intérieur. Les structures sont communément appelées chakra, centre d'énergie. Mais revêtent une utilisation très précise dans le concept d'ostéopathie énergétique (DV F. Lizon, et le DV F. Fosse) (3).

#### □ **Puissance (Potency).**

Terme issu de la philosophie de la nature qui a été utilisée par Sutherland et Rollin Becker et qui est maintenant considérée comme faisant partie de l'ostéopathie biodynamique. Sutherland a dit que la puissance a une intelligence, le « Breath of Life », qui pourrait être traduit par puissance spirituelle ou souffle de vie. Le pouvoir correcteur dans un corps est le Souffle de Vie, et non la pression du thérapeute : "Lorsque nous faisons cela, nous ne sommes pas simplement en train de diriger un pouvoir, mais un pouvoir avec une intelligence - un corps fluide qui a le Souffle de Vie, quelque chose d'invisible, qui n'est pas seulement un pouvoir, mais une intelligence. Dans cette puissance de fluctuation, il y a une force intracrânienne et intraspinale infaillible qui s'efforce de revenir à la normale et qui est la force motrice pour réduire les lésions". Cette force vitale fait référence à l'énergie et à la vitalité inhérentes à la vie ainsi qu'à la connaissance et à la sagesse des processus corrects et significatifs nécessaires à un développement harmonieux (TAO)(7).

## Q

### □ **Quadrants du crâne.**

Division de la tête en quatre quadrants, droit et gauche postérieurs, droit et gauche antérieurs. Proposition de guide d'observation afin d'être systématique dans l'examen lors de l'observation de la périphérie. Ils sont définitivement reliés à la mécanique du crâne. (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

## R

### □ **Réflexe.**

Réponse involontaire du système nerveux à une entrée sensorielle. La somme totale de toute activité involontaire particulière (AACOM) (1).

### □ **Réflexe myotatique.**

Contraction tonique des muscles en réponse à une force d'étirement, due à la stimulation des récepteurs musculaires (AACOM) (1).

### □ **Réflexe somatosomatique.**

Stimuli somatiques localisés produisant des schémas de réponse réflexe dans des structures somatiques apparentées au segment (AACOM) (1).

### □ **Réflexe somatoviscéral.**

Stimulation somatique localisée produisant des schémas de réponse réflexe dans des structures viscérales apparentées au segment (AACOM) (1).

### □ **Réflexe viscerosomatique.**

Stimuli viscéral localisé produisant des schémas de réponse réflexe dans des structures somatiques apparentées au segment (AACOM) (1).

### □ **Réflexe visceroviscéral.**

Stimuli viscéralisé produit des schémas de réponse réflexe dans les structures viscérales apparentées au segment (AACOM) (1).

### □ **Résilience.**

1. Résistance à la déformation.
2. Viscoélasticité du tissu. Un système/tissu résilient est capable de restaurer l'état initial après une action physique (pression/tension). Il peut être testé mécaniquement avec un test de suspension ou dans les tissus (TAO)(7).

### □ **Relaxation (release).**

On parle de relaxation des tissus ou de résolution de troubles dysfonctionnels lorsque les tissus se déplacent vers un nouveau point d'équilibre. Le terme est surtout utilisé en relation avec les structures myofasciales, viscérales ou crâniennes. Une libération s'accompagne de phénomènes locaux : Démêlage des fibres fasciales (déroutement), relaxation, éventuellement libération de chaleur, ainsi que des symptômes généraux tels que soupirs, machouillement, léchage, respiration, flatulences, tremblements, endormissement. Une libération permet une relaxation végétative. Une relaxation peut être suivi d'un Still-Point(TAO)(7).

**❑ Résilience mécanique en MMOV.**

1. Technique de palpation mettant en jeu les propriétés mécaniques d'élasticité et de compliance de la structure anatomique palpée sous une main mécanique par transfert de poids de l'opérateur (certainement mise en jeu de la sensibilité épicrotique et proprioceptive). Une résilience mécanique physiologique doit être souple et libre. Elle s'applique aux os, aux articulations et aux muscles (AVETAO) (3).

2. Test de suspension mécanique sur la colonne vertébrale, le thorax et le crâne (TAO)(7).

**❑ Résilience tissulaire en MMV.**

Technique de palpation mettant en jeu la visco-élasticité et la plasticité de la structure anatomique palpée sous l'action d'une main tissulaire (certainement mise en jeu de sensibilité proprioceptive, viscérale, épicrotique, protopathique) par transfert de poids de l'opérateur. Une résilience tissulaire physiologique doit être souple et active. En cas de fixation, on perçoit une zone dure et figée que l'on nomme densité (AVETAO) (3).

**❑ Restriction.**

Résistance ou un obstacle au mouvement (AACOM) (1).

**❑ Rotation vertébrale.**

Mouvement en biomécanique vertébrale qui s'inscrit dans un sens transversal autour d'un axe crânio-caudal (DV. F. Fosse) (3).

**❑ Rotation externe des os pairs du crâne.**

Rotation périphérique de tout os pair du crâne. Dans la mécanique physiologique du MRP, les os pairs font une rotation externe quand la symphyse sphéno-basilaire fait une flexion pendant la phase d'inspiration (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

**❑ Rotation interne des os pairs du crâne.**

Rotation vers le centre des os pairs du crâne (ou autre os pair). Dans la physiologie mécanique du cycle MRP, tous les os pairs font une rotation interne lorsque la symphyse sphéno-basilaire fait une extension pendant la phase d'expiration (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

**❑ Recoil (repousser, rebondir)**

Technique qui consiste à amener les tissus à leur limite de mouvement. En augmentant la tension plusieurs fois (de manière appropriée) dans la phase d'expiration respiratoire, on crée une surtension (qui ne dépasse pas la barrière anatomique), qui est capable de dissoudre les dysfonctions en les libérant très rapidement dans la phase d'inspiration respiratoire. En médecine vétérinaire, il n'est pas toujours possible de travailler en harmonie avec les phases de respiration. Le Recoil est utilisé sur les articulations de la colonne et des membres, le thorax et les viscères (TAO)(7).

S

**❑ Sens de la correction.**

Association de paramètres correcteurs équivalents ou opposés aux paramètres dysfonctionnels. Le sens de la correction est dit direct quand les paramètres correcteurs sont opposés aux paramètres dysfonctionnels. Le sens est dit indirect quand les paramètres sont équivalents (DV. R. Boillot) (4).

**❑ Sens de la restriction.**

On nomme une dysfonction dans le sens de sa plus grande mobilité, dans l'orientation plus libre d'un test de mobilité (TAO)(7).

### ❑ Sidebending rotation (latéroflexion rotation) du crâne.

1. Dysfonction ostéopathique de la SSB caractérisée par une rotation opposée du sphénoïde et de l'occiput dans le plan frontal associée à une rotation de ces deux os dans le plan transverse. Expl. : FLR droite, on a dans le plan frontal le sphénoïde en rotation droite et l'occiput en rotation gauche, et dans le plan transverse les deux en rotation droite. (Dr. R. Boillot) (4).

2. L'occiput et le sphénoïde tournent dans la même direction. Il y a également une inclinaison latérale/une flexion latérale détectable. On parle de "crâne de banane" (TAO)(7).

### ❑ Slack.

Terme du langage ostéopathique anglo-saxon désignant « la mise en tension minimum par exploration du jeu articulaire ». « Il s'agit d'un acte qui nécessite très peu de force puisqu'il s'effectue dans le plan de glissement articulaire avec le coefficient de frottement minimal que procurent le cartilage et le liquide synovial ». (Terramorsi J-F., Ostéopathie Structurale, Lésion structurée, Concepts structurants, 2013) (38)

### ❑ Still-point.

1. Moment d'immobilité. Un Still-point correspond à l'équilibre entre les forces de tensions réciproques d'une articulation (biomécanique). C'est aussi le point d'équilibre de tension des forces motrices tissulaires. Le still-point de résolution est ce moment privilégié au cours duquel les tissus se relâchent et trouvent un nouveau point d'équilibre (M. Roques(34), Dr Francis Lizon(3), Pr P.E Greenman)(33).

2. Silence inhérent, involontaire, physiologique et fugace des tissus que l'on peut sentir avec les mains. Moment de normalisation. Elle peut être induite thérapeutiquement. Points fixes\* induits ou spontanés = arrêt de la motilité des tissus. Position neutre de tous les facteurs actuellement responsables après que toutes les tensions existantes ont été réduites au minimum absolu. Les rapports de tension sont équilibrés dans le potentiel d'immobilité. À partir de ce moment, le corps peut suivre le chemin du soulagement jusqu'à la guérison (complète). On le trouve dans tous les tissus : tissu conjonctif, aponévrose, organes, fluides (LCS). C'est le moment entre la flexion/extension de la SSB, un moment prolongé d'immobilité entre les deux phases du MRP : les tissus "restent silencieux", rien ne bouge, une relaxation globale (musculaire, fasciale et énergétique) se produit, qui, si elle se produit globalement, centre tout l'organisme. La physiologie est l'expression extérieure du silence et se trouve dans un processus d'échange rythmique et dynamique avec lui. La santé et la maladie s'organisent autour du silence. Les points fixes\* aident le corps à entrer en contact avec ses forces homéostatiques et sa "puissance". Facteur qui permet le changement par le biais du traitement. Avec des patients affaiblis, les ressources propres de l'organisme sont libérées. Toutes les techniques d'induction de points fixes sont extrêmement douces et n'impliquent l'application d'aucune force. Seule une résistance physique très douce ou même une intention sont nécessaires (TAO)(7).

### ❑ Strain.

1. Blessures d'étirement des tissus musculaires.
2. Distorsion avec déformation des tissus (AACOM) (1).

### ❑ Strain crânien.

Toute modification de la structure du crâne, des relations des sutures ou de la fonction mécanique et qui est le résultat d'une force provenant de l'intérieur ou de l'extérieur du corps (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

### ❑ Symphyse Sphéno-Basilaire (SSB).

Interligne articulaire entre le corps de l'os sphénoïde et le basi-occiput. Lorsque la partie caudale du corps du sphénoïde et que la partie crâniale du basi-occiput sont orientées dorsalement, on dit que la SSB est en **flexion**. Le retour du mouvement précédent est appelé **extension**. A l'âge adulte, après ossification complète de la SSB, la malléabilité ostéo-membraneuse du sphéno-occiput, rend ses mouvements compatibles avec le modèle mécanique décrit par Sutherland (DV. R. Boillot) (4)

□ **Stacking (Empiler).**

Le terme provient des techniques de libération positionnelle fonctionnelle selon P.E. Greenman(33). Empiler successivement des mouvements à axe les uns sur les autres. Voir MFR technique et technique fonctionnelle (TAO)(7).

T

□ **Technique articulaire de W.G Sutherland.**

Technique qui consiste à mobiliser la composante lésionnelle dans la direction opposée à la barrière motrice, très précisément dans la direction où elle veut aller, dans chaque plan de mouvement normal de l'articulation, vers une position telle que les tensions des tissus musculo-ligamento-fasciaux, situés autour d'elle, soient parfaitement équilibrées (sensation de flottement de la composante lésionnelle). Ce moment correspond au « still point ». Elle se base sur la mobilité articulaire et la motilité tissulaire. Elle fait partie des techniques fonctionnelles (équilibre et maintien) (AVETAO) (3).

□ **Technique crânienne de Sutherland.**

Méthode de traitement des dysfonctions ostéopathiques du mécanisme cranio-sacré (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29).

□ **Techniques d'Amplification ou d'Incitation ou d'Accélération.**

Méthode qui augmente le rythme et l'amplitude de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.) (29). De nombreuses techniques manipulatives fasciales, musculaires et viscérales utilisent les mêmes dénominations (DV. F. Fosse) (3).

□ **Techniques d'Appui-Réchauffement.**

Techniques de mise en tension des dysfonctions articulaires présentant une densité de l'os augmentée. Mise en tension maintenue pendant un temps inférieur à 120 secondes, au plus près de la densité perçue. Avant la dissipation spontanée de cette densité, un réchauffement tissulaire peut être noté. Techniques indiquées lorsque la mise en place d'un levier long est difficile voire impossible (pour des raisons de contention ou de sécurité par exemple une mise en tension sur une colonne cervicales de taureau adulte en utilisant ces techniques permet d'éviter de prendre des risques inconsidérés) (DV. R. Boillot) (4).

□ **Technique d'énergie musculaire.**

Technique myotensive directe et indirecte basée sur des contractions musculaires isométriques actives du patient contre une résistance—dans le but d'obtenir la relaxation musculaire d'un muscle ou d'un groupe musculaire contracté ou hypertonique ainsi que pour mobiliser/normaliser une articulation en restriction de mobilité (Léon Chaitow)(39).

□ **Technique d'exagération de lésion.**

Technique indirecte appliquée dans le cadre de techniques tissulaires et myo-fasciales (AVETAO) (3).

□ **Technique de drainage (ou pompage) fascial.**

Technique de palpation-pression mécanique et tissulaire jouant sur le système myo-fascial et assurant une circulation lymphatique et veineuse (M. Bienfait) (40).

□ **Techniques de Mise au Neutre ou de ralentissement.**

1. Méthode qui diminue le rythme et l'amplitude de la fluctuation du liquide céphalorachidien (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O.)(29) .

2. De nombreuses techniques manipulatives fasciales, musculaires et viscérales utilisent les mêmes dénominations (DV. F. Fosse) (3).

❑ **Technique (faisant référence au principe) de Mitchell.**

Technique myotensive agissant sur un muscle contracturé afin d'augmenter sa longueur. Technique qui utilise la phase réfractaire du muscle que l'on veut étirer, phase qui suit la contraction musculaire. Pendant cette phase le groupe musculaire de la dysfonction est plus disponible à l'étirement. Elle justifie des contractions isométriques d'intensité faible à modérée à proximité de la barrière pathologique suivi d'étirements. La mise en tension par cycles successifs permet soit de contacter la barrière pathologique, soit de la franchir. Le travail du praticien se rapproche de la barrière motrice active (Bma) (DV. R. Boillot) (4).

❑ **Techniques de relâchement myofascial ou myofasciale.**

Combinaison des techniques de tissu mou, d'énergie musculaire, des techniques indirectes, des techniques directes, des techniques fonctionnelles et des techniques crânio-sacrées Elles se composent de techniques sectorielles (appliquées à une zone articulaire : par exemple le genou) et de techniques globales (appliquées à un ensemble corporel : par exemple le postérieur et la zone lombo-saco-iliaque) (Pr P.E Greenman)(33).

❑ **Technique de rebond (Rebound)**

Accompagnement et soutien d'un mouvement dynamique jusqu'au point où il s'attarde un peu avant d'être à nouveau libéré. Technique visant à favoriser l'auto-organisation dynamique des tissus (TAO)(7).

❑ **Technique (faisant référence au principe) de Sherrington.**

Technique myotensive agissant sur un muscle contracturé afin d'augmenter sa longueur. Le travail du praticien se rapproche de la barrière motrice active (Bma). Le principe est de profiter du relâchement d'un muscle en contractant l'antagoniste. C'est le phénomène d'inhibition réciproque. La détente d'un muscle est favorisée par la contraction isométrique de l'antagoniste (DV. R. Boillot) (4).

❑ **Technique de Relâchement myofascial (Myofascial Release, MFR)**

Technique de relaxation dans laquelle le tissu myofascial est amené à un nouvel équilibre relatif par une superposition (empilement) en trois dimensions des axes de dysfonction et l'application d'une pression, d'une tension et d'une torsion (Tension, Traction, Torsion, TTT) des structures myofasciales. Le point d'entrée est une zone avec des restrictions. Après le contact avec le tissu myofascial, les barrières tissulaires sont testées en 3 dimensions (cranio-caudal, latéro-latéral, rotation droite et gauche) avec une légère pression. Ces 3 dimensions sont ensuite empilées les unes sur les autres et la tension s'accumule simultanément. Comme force d'activation, une courte traction avec une torsion en direction directe ou indirecte suit, ce qui déclenche une libération. La technique directe et indirecte peut être combinée ici (TAO)(7).

❑ **Technique de Still.**

Technique reconstituée par Richard L. Van Buskirk, D.O., Ph.D., F.A.A.O. à partir des archives de Charles Hazzard, D.O. et Andrew T. Still, M.D. Une autre reconstruction a été effectuée par la DGOM (Société allemande de médecine ostéopathe). La technique de Still est une méthode articulaire spécifique, qui est d'abord indirecte, puis directe. Après avoir placé l'articulation en position indirecte, une compression axiale se crée comme force d'activation. L'articulation est alors guidée dans un arc de torsion de la position indirecte à la position directe. Des répétitions sont possibles, avec un plus grand degré de mouvement généré à chaque passage jusqu'à ce que le dysfonctionnement soit résolu. (TAO)(7).

❑ **Technique de Thrust (voir Technique HVLA).**

1. Technique qui consiste à accentuer de façon brève et rapide, sans dépasser la physiologie articulaire, la mise en tension exécutée contre la barrière motrice pathologique (méthode directe). On parle de techniques à haute vélocité et basse amplitude en ostéopathie (Pr P.E Greenman) (41) (Voir Impulsion). En MMV, on insiste sur le fait que le **Thrust** est une onde de choc et non un mouvement, il n'y a pas de déplacement de matière mais d'énergie (DV F. Fosse) (3).

2. Mobilisation de l'articulation affectée contre la résistance à la mobilité, c'est-à-dire dans la direction de la barrière. Les paramètres de dysfonctionnement sont inversés dans les trois directions spatiales. Mouvement très rapide en positionnement direct contre la résistance musculaire générant une onde de choc, une vibration.

L'accent est mis sur l'augmentation soudaine de la tension musculaire (= THRUST ou la poussée). Cette impulsion presque isométrique active les organes du golgi entraînant une inhibition musculaire autogène. Attention : en positionnement direct, un mouvement trop large peut dépasser la limite de mouvement anatomique et provoquer une déchirure musculaire ou ligamentaire (TAO)(7).

❑ **Technique de « traitement général ostéopathique »**

Ensemble de tests d'évaluation et de manœuvres de correction des restrictions de l'extensibilité des tissus musculo-aponévrotiques. Ces contractures, spasmes ou rétractions musculaires constituent un élément associé majeur de toute dysfonction mécanique vertébrale ou articulaire (John Martin Littlejohn). Technique à visée multiples non restrictive au tissu mou (DV R. Boillot)(4).

❑ **Technique de vibration par percussion.**

Technique de manipulation impliquant l'application spécifique d'une force vibratoire mécanique pour traiter un dysfonctionnement somatique (AACOM) (1).

❑ **Technique directe.**

Engagement du segment en dysfonction contre la barrière motrice pathologique, les paramètres correcteurs sont opposés aux paramètres dysfonctionnels (AVETAO) (3).

❑ **Technique du MRP artistique.**

Technique décrite en ostéopathie fasciale et fluïdique où les fasciae du praticien sont perçus comme étant en syntonisation avec ceux du patient (le DV. LIZON) (3).

❑ **Techniques Dynamiques.**

Techniques à court ou long bras de levier qui consistent à alterner les mises en tension musculo-squelettiques directes et indirectes dans les trois plans de l'espace, à la vitesse où l'animal les propose jusqu'à normalisation de la dysfonction. Trois ou quatre cycles sont parfois nécessaires. (Ex-grasset ou articulation scapulo-humérale) (DV. R. Boillot) (4).

❑ **Technique en résilience mécanique en MMV.**

Technique de palpation mettant en jeu les propriétés mécaniques d'élasticité, de viscosité et de compliance de la structure anatomique palpée sous une main mécanique par transfert de poids de l'opérateur. Une résilience mécanique physiologique doit être souple et libre. En cas de fixation, on perçoit une zone dure et figée que l'on nomme densité mécanique. Elle s'applique aux os, aux articulations, aux muscles et aux organes (AVETAO) (3).

❑ **Technique en résilience tissulaire en MMV.**

Technique de palpation mettant en jeu la visco-élasticité et la plasticité de la structure anatomique palpée sous l'action d'une main tissulaire par transfert de poids de l'opérateur. Une résilience tissulaire physiologique doit être souple et active. En cas de fixation, on perçoit une zone dure et figée que l'on nomme densité tissulaire (AVETAO) (3).

❑ **Technique énergétique en MMV.**

Techniques de diagnostic et de traitement mettant en jeu l'écoulement du Qi dans les méridiens dont le support anatomique est un ensemble de chaînes myo-fasciales. Le but du diagnostic est de déterminer les zones de restriction d'écoulement du Qi, d'en analyser les conséquences en MTC et de faire le lien avec la médecine classique ; celui du traitement est d'appliquer un traitement manuel pour lever la restriction de circulation du Qi (AVETAO) (3).

❑ **Techniques Fascia.**

Techniques qui permettent au tissu conjonctif de recouvrer sa souplesse. Le travail s'envisage soit par une mise en tension dans les trois plans de l'espace, soit par une sollicitation en étirement ou en compression. La

contiguïté des fascias permet une utilisation parfois assez lointaine du point de contact du praticien, on parle alors de dérouler fascia ou unwinding (DV. R. Boillot) (4).

#### □ **Technique Flip.**

Technique apparentée au Recoil qui introduit une vibration, une impulsion de mouvement enregistrée neuronalement dans une articulation dysfonctionnelle par le biais d'une surtension et d'un relâchement rapide et saccadé, résolvant ainsi le dysfonctionnement articulaire (TAO)(7).

#### □ **Technique fonctionnelle (ou d'exagération fonctionnelle) = Functional.**

1. Technique de correction indirecte de repositionnement spontanée qui utilise le réflexe proprioceptif des tissus, qui consiste à trouver le point d'équilibre dynamique (de facilité maximal) et l'un des points suivants : appliquer une force directrice indirecte, maintenir la position (T. fonctionnelle d'équilibre et de maintien) ou ajouter de la compression à la position exagérée (T. fonctionnelle dynamique) et permettre un réajustement spontané. Le praticien guide la procédure manipulatrice tandis que la zone dysfonctionnelle est palpée afin d'obtenir une rétroaction continue de la réponse physiologique au mouvement induit afin de créer un sentiment décroissant de la résistance des tissus (Leon Chaitow)(39).

2. Technique indirecte très précise qui utilise le feedback neurophysiologique sans tenir compte des concepts anatomiques et biomécaniques (articulation/muscle/ligament). Développé de 1940 à 1955 par divers groupes de travail. L'objectif d'un traitement avec une technique fonctionnelle est de minimiser l'énergie nécessaire pour maintenir/atteindre la "position neutre" (position physiologique) et d'obtenir des mouvements coordonnés (ligne médiane du tronc : colonne vertébrale dans son ensemble - ligne médiane des membres : Ligne médiane anatomique). L'objectif du contrôle neuromusculaire est de maintenir toutes les parties dans la bonne position au bon moment pour répondre aux exigences statiques et dynamiques. Les segments facilités génèrent une augmentation de la tonicité au repos et des mouvements asymétriques signifiant que le segment n'est pas au bon endroit au bon moment. Les voies afférentes sont ainsi stimulées par un flux constant de nouveaux apports neurologiques. Cela conduit à une augmentation de la réponse efférente, on parle de facilitation croissante (nociception - nocireaction).

Les techniques fonctionnelles réduisent les stimulations afférents (= réduction de l'impulsion afférente) et la sensibilité du fuseau musculaire est réhabilitée par la réduction de la réponse accrue du système gamma efférent. La fonction suit une boucle de rétroaction, dans laquelle ce n'est pas le mouvement/la restriction segmentaire (Fryette), mais la réponse du tissu (Ease ou Bind) dans le segment qui contrôle l'examen/la thérapie (Ease = tonus libre et détendu dans le tissu - Bind = restriction, tension, densité dans le tissu). Cette technique adresse un segment embryologique = métamère. Dans ce segment, l'écoute passive du mouvement des tissus en réponse à un mouvement initial minimal et à la respiration conduit à la localisation de la dysfonction. La dysfonction de l'unité mobile se reflète dans les réactions des tissus (peau, muscles, fascia, tendons, tissu conjonctif durci, condensé, tendu) autour du segment. Les tissus sont indirectement amenés dans une position de relaxation tridimensionnelle par des mouvements minimaux jusqu'à ce qu'une tension équilibrée de tous les tissus soit atteinte (TAO)(7).

#### □ **Technique fonctionnelle d'équilibre et de maintien.**

Technique qui recherche et maintient une position d'équilibre articulaire. La main motrice induit des mouvements dans 6 directions (flexion, extension, latéroflexion droite et gauche, rotation droite et gauche, translation antéro-postérieure, latérale droite et gauche, et translation céphalico-caudale), la dernière composante est respiratoire (en inspiration ou expiration) ; à chaque direction imposée, la main d'écoute suit et confirme l'atteinte de la zone facilitée (la zone de confort du mouvement, de mobilité la plus aisée des tissus). Une fois que toutes les directions sont empilées vers le point de facilité maximum (point d'équilibre), on attend une inspiration ou une expiration qui finalise le relâchement tissulaire. Puis de proche en proche, on renouvelle le traitement jusqu'à l'obtention d'une libération maximale de la zone restreinte (3).

#### □ **Technique fonctionnelle dynamique.**

Technique dans laquelle le praticien suit les mouvements inhérents aux tissus (contraction et relâchement du tonus musculaire, effets dynamiques tissulaires de la respiration et de la circulation, motilité tissulaire). La main motrice induit des mouvements dans les directions facilitées de ces différents mouvements inhérents aux tissus. La main d'écoute suit et oriente vers le chemin de la plus grande facilité (du plus grand confort) tissulaire. Elle peut être résumée par la formule CCTET : C1-contact sur les tissus annexiels du segment en dysfonction, C2-

contrôle du mouvement induit par la main motrice, T1- test de réponse des tissus annexiels, E- évaluation de la réponse du segment comme normal ou anormal, T2- traitement avec contrôle constant du point de « facilité-blocage » du segment en dysfonction (Pr P.E Greenman)(33).

❑ **Technique HVLA (voir Technique de Thrust).**

Technique de manipulation structurelle de mise en tension High Velocity Low Amplitude ou Haute Vitesse Basse Amplitude (Dr. R. Boillot) (4).

❑ **Technique Indirecte.**

Technique avec engagement du segment en dysfonction loin de la barrière pathologique, c'est à dire dans le sens des paramètres de la dysfonction dans les trois plans de l'espace (3).

❑ **Techniques Informationnelles.**

Techniques ostéopathiques qui ont pour but d'informer le corps et en particulier le système nerveux central de la récupération de mobilité. Les techniques tissulaires sont de fait des techniques informationnelles. Les techniques de sidération ligamentaire consistent à générer dans un système capsulo-ligamentaire qui a souffert d'une distorsion (entorse stade 1), une douleur hors contexte traumatique, ininterprétable par le système nerveux central. Les données nociceptives de la capsule ne seraient alors plus prises en compte par le système nerveux pendant 48 heures. Le détenteur de l'animal devra donc gérer une convalescence stricte durant cette période (DV. R. Boillot) (4).

❑ **Technique macro-dynamique ou mécaniste en MMV.**

Techniques de diagnostic et de traitement mettant en jeu la mobilité et la visco-élasticité entre les organes et les tissus. Le but du diagnostic est de déterminer les restrictions de mobilité (fixation articulaire, musculaire, viscérale, vasculaire, neurale) et celui du traitement de lever les causes mécaniques (AVETAO) (3).

❑ **Technique membraneuse**

Techniques qui s'adressent à la mobilité et/ou à la densité viscérale et/ou fasciale (DV. R. Boillot) (4).

❑ **Tension membraneuse équilibrée.** Point précis dans l'amplitude articulaire du mécanisme crânien où la tension exercée sur lui est égale dans toutes les directions (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O) (29).

❑ **Technique micro-dynamique ou tissulaire en MMV.**

Technique de diagnostic et de traitement mettant en jeu la mobilité intrinsèque d'un tissu (motilité) et sa viscoélasticité propre. Le but du diagnostic est de déterminer la présence de zones de restriction de motilité-viscoélasticité (fixation par modification de la trame conjonctive : modification de sa tenségrité, de son fluage, de sa thixotropie, des propriétés mécaniques du système multi-vacuolaire d'absorption dynamique), celui du traitement de lever les causes tissulaires (AVETAO) (3).

❑ **Techniques musculaires en MMV.**

Techniques de correction basées sur l'utilisation de la contraction et (ou) de l'étirement musculaire pour obtenir une action correctrice de la fixation ayant une action sur le système myo-articulaire et neurologique associé. Elles comprennent les techniques de mobilisation active, de relâchement par le positionnement, et d'utilisation des contractions de types isométrique, excentrique, concentrique, isolytique. (AVETAO) (3).

❑ **Techniques Musculo-Squelettiques.**

Famille de techniques qui s'adresse plutôt à l'appareil musculo-squelettique. Elles regroupent les techniques structurelles, myotensives et de relâchement musculaire. Elles nécessitent la même mise en tension (DV. R. Boillot) (4).

### ❑ **Technique myotensive (= énergétique musculaire ou Sherrington's)**

1. Techniques qui utilisent des principes physiologiques et neuromusculaires des muscles en Médecine Manuelle-Ostéopathie, pour la correction des dysfonctions tissulaires ; elles sont l'équivalent de la technique du « contracté-relâché » en kinésithérapie et, sont connus aux Etats-Unis sous le nom de technique d'Énergie Musculaire. La relaxation post-isométrique selon le principe de F. Mitchell et l'inhibition selon le principe de Sherrington sont le plus souvent utilisés (Caroline Stone, Science in the art of osteopathy)(42).

2. Techniques dérivées des techniques d'énergie musculaire/MET connues en ostéopathie humaine. Ici, le positionnement direct ou indirect est utilisé et le patient est motivé à effectuer certaines contractions musculaires afin de mobiliser (de manière répétée) et finalement de corriger le dysfonctionnement de manière myotensive, c'est-à-dire par une traction musculaire. A partir d'un positionnement direct ou indirect, la traction musculaire est destinée à inverser les paramètres spatiaux dans le sens de la barrière. Les mobilisations actives sont incluses dans ce concept (TAO)(7).

### ❑ **Technique ostéopathique indirecte.**

Technique de normalisation dont les paramètres correcteurs sont les mêmes que les paramètres dysfonctionnels (3).

### ❑ **Technique par contrainte et contre-contrainte (strain and conterstrain) de L.H Jones. Ou Technique de relâchement par le positionnement ou Technique de repositionnement de Jones.**

1. Technique fonctionnelle, neuro-musculaire, positionnelle, passive, indirect de relâchement myo-facial (DV. F. Fosse) (3) qui associe le repositionnement dans les trois plans de l'espace de la dysfonction et des paramètres de glissement dans le plan articulaire (DV. R. Boillot) (4). Elle comprend trois étapes. La première est l'identification d'un tender point (point tendre), correspondant à un ou plusieurs muscles spasmodés, le patient n'a pas conscience du point tendre avant que le praticien l'ait localisé. Le Tender point permet au praticien de positionner au plus juste le patient dans la situation de confort maximal. La deuxième étape consiste à repositionner dans les trois plans de l'espace au point de confort maximal (tension myo-fasciale minimale) le complexe myo-articulaire étudié, en s'aidant du Tender Point qui doit être très peu sensible lors du positionnement de confort maximal. Lors de la troisième étape, le praticien maintient cette position pendant au moins 90 secondes jusqu'à obtention du relâchement myo-fascial puis ramène le patient doucement jusqu'à la position de neutralité. (DV. F. Fosse) (3).

2. Par un positionnement tridimensionnel autour de la zone de tension, la tension musculaire est détendue au maximum (positionnement indirect). Les animaux adoptent souvent spontanément la position la plus relaxante. Le fait de rester passivement dans cette position pendant 30 secondes entraîne un nouvel ajustement de la tension musculaire (antagoniste et agoniste via les motoneurons gamma). Pour que cette technique fonctionne, l'animal doit être ramené passivement à sa position neutre. En médecine vétérinaire, le degré de tension musculaire est également utilisé comme un Point Tendre (TAO)(7).

### ❑ **Technique par contrainte et contrecontrainte avec compression (Facilitated Positional Release).**

1. Technique issue d'une évolution de la technique de Jones. Pour éviter les 90 seconds nécessaires pour l'obtention du relâchement musculaire, une force d'activation (compression ou torsion) est ajoutée (3).

2. Technique Développée sous sa forme actuelle par Stanley Schiowitz, D.O.,(New York College of Osteopathic Medicine, JAOA 1990 ; 901 (2) Feb. ; 145-155). Le FPR est une technique indirecte efficace, rapide et indolore qui permet un travail sélectif et segmentaire et nécessite une grande spécificité d'approche. Le FPR utilise des éléments de la MyoFascia Release indirecte, des techniques fonctionnelles, des techniques de contrainte/contre-contrainte, les lois de Fryette et autres. L'effet hypothétique du FPR est basé sur le modèle nociceptif (entrée des fibres C/réduction de la douleur => sortie de la réduction des fibres gamma), le modèle du réflexe d'étirement (=> mécanisme de rétroaction via la sortie du fuseau musculaire). Application sur les Muscles hypertoniques, lorsque les aspects myofasciaux sont en cause, frottements résiduels fasciaux, superficiels sur des groupes musculaires, également pour un dysfonctionnement articulaire dans les lésions E/FRS sur les articulations (par exemple de type II selon Fryette) ou comme traitement avant les techniques directes. La FPR peut très bien être combinée avec d'autres méthodes, par exemple la MFR, la technique fonctionnelle, la technique de Still (TAO)(7).

#### ❑ **Technique par déroulement fascial.**

Technique fonctionnelle dynamique au cours de laquelle le praticien suit les phases de relâchement tissulaire successif (3).

#### ❑ **Technique par Diapulsion fluidique.**

1. Application de la technique v-spread ou potency aux fasciae (DV. F. LIZON) (3).
2. Application de la technique V-Spread sur des sutures ou de la diapulsion de fluides sur les structures fascia/myofasciales.

#### ❑ **Technique par mobilisation active indirecte.**

Technique qui consiste à stimuler des zones réflexes de l'animal pour amener le groupe vertébral dans le sens des paramètres spatiaux de la dysfonction, le plus loin possible de la barrière motrice pathologique (dans le sens indirect) et à exagérer la stimulation pour que l'animal augmente les paramètres biomécaniques jusqu'à normalisation de la fixation (DV. F. Fosse) (3).

#### ❑ **Technique par mobilisation active directe (Sens de la correction dite directe).**

Cette technique consiste à stimuler des zones réflexes du dos de l'animal pour amener la vertèbre ou le groupe vertébral contre la barrière motrice pathologique en inversant les paramètres spatiaux et à exagérer la stimulation pour que l'animal passe lui-même la barrière motrice, et normalise sa fixation (DV F. Fosse) (3).

#### ❑ **Technique Structurale.**

1. Technique de diagnostic et de correction des altérations de mouvement macroscopique musculosquelettique qui se base sur le principe biomécanique du corps et qui vise à restaurer la mobilité maximale d'une articulation (DV M. Baudoux)(6).
2. Ce sont des techniques passives ou actives, de positionnement direct ou indirect, à action directe.

#### ❑ **Technique structurale en MMV.**

Technique de correction directe contre la barrière pathologique, directe à petit bras de levier, directe par le manipulateur, directe facettaire. Technique qui s'intéresse à une action mécanique sur le tissu conjonctif, contrairement à approche fonctionnelle et énergétique (AVETAO)(3).

#### ❑ **Technique Réflexe mobilisation active**

Technique de stimulation des zones de reflexes (dos, croupe, thorax, abdomen) par mobilisation active pour amener la vertèbre ou le groupe vertébral contre la barrière pathologique en inversant les paramètres spatiaux et à exagérer la stimulation pour que l'animal passe lui-même la barrière motrice pathologique et normalise sa lésion (3)

#### ❑ **Techniques Tissulaires.**

1. Techniques de correction qui ont pour objectif l'évaluation et la restauration des propriétés plastiques et viscoélastiques des tissus.
2. Selon l'approche palpatoire de Pierre Tricot, ce sont des techniques de correction faisant appel à trois critères subjectifs (Présence, Attention, Intention) et dont la normalisation se produit en travaillant sur trois critères objectifs (Densité, Tension, Vitesse) (P. Tricot D.O.) (31).
3. Techniques de correction qui utilisent des critères subjectifs (présence, attention, intention, intuition, résonance, focalisation) et dont l'application conduit à une normalisation par la modification des critères objectifs (viscoélasticité et densité, tension, micro et macro-mobilité)(TAO)(7).

#### ❑ **Techniques Vibratoires.**

1. Techniques qui sortent du champ strict de l'Ostéopathie et qui s'adressent à tous les tissus. Elles consistent à normaliser une dysfonction en utilisant une onde vibratoire choisie en fonction de la dysfonction et/ou du tissu. L'objectif est d'obtenir un phénomène de résonance entre l'onde et le tissu. L'origine de la

vibration peut être extrêmement variée. Il peut s'agir de la main, du pouce (ex : recoil, ...), d'un morceau de bois, du manche d'un couteau (manœuvre de décordage), d'un maillet en bois, manche de pioche. Un instrument de musique ou apparenté (diapason, bol tibétain), la voix (chant lyrique, mono ou diphonique), un générateur d'onde de choc (suivant réglage), un laser (suivant réglage) pourrait être à l'origine d'une vibration apparentée-(DV. R. Boillot) (4).

2. Technique mettant en œuvre une tension tissulaire suivie d'une mise en vibration des structures affectées (AVETAO) (3)

3. Les techniques de vibration s'adressent principalement aux corpuscules de Vater Paccini. Les vibrations et les oscillations sont à la base de pratiquement tous les processus naturels. Les vibrations atomiques ou moléculaires produisent de la lumière, des couleurs, de la chaleur, des sons et des tons. Les molécules sont influencées par les vibrations et envoient ensuite de l'énergie dans le domaine du rayonnement infrarouge (Prof. Harald Lesch). Chaque tissu et chaque organe absorbe et émet des vibrations, ce qui conduit à la formation de champs d'énergie individuels. Les oscillations et les vibrations peuvent être considérées comme une source d'information et de communication des tissus. Les oscillations ou vibrations créées consciemment par la thérapie dans les tissus ou les fluides du corps peuvent avoir des effets d'ordre vibratoire. Ils peuvent avoir un effet durable sur les zones trop denses ou trop tendues. Il reste à prouver scientifiquement si et dans quelle mesure le rayonnement électromagnétique des mains du thérapeute ou de la concentration mentale conduit à des phénomènes de résonance avec la propre vibration des tissus du corps. En ostéopathie, les vibrations et les secousses, les techniques de recoil et de retournement sont appliquées à une grande variété de tissus et de structures (par exemple aussi articulaires) (TAO)(7).

#### ❑ Techniques Viscérales ou Mécanistes viscérales.

1. Techniques de tissu conjonctif dont le travail sur la mobilité consiste à produire une mise en tension comme on le ferait avec une technique musculo-squelettique. Au terme de la mise en tension dans les trois plans de l'espace, le franchissement de la barrière pathologique signe la normalisation de la dysfonction. Pour la prise en charge des dysfonctions viscérales chez les grands herbivores, le maintien de la mise en tension peut s'avérer difficile. Afin d'accélérer le processus de normalisation, une vibration « lente » appelée rebond peut être utilisée. Le travail en densité consiste à localiser la région, l'organe, le tissu, la partie du tissu où la densité en question est la plus manifeste, de s'en approcher le plus possible, de maintenir le contact jusqu'à ce qu'elle se réduise puis disparaisse. Les termes de techniques de résilience tissulaire ou de technique de « la motte de beurre » peuvent être utilisés (DV. R. Boillot) (4).

2. Techniques qui consistent en la perception de la tension des ligaments de suspension et de la tension/densité de la paroi/du parenchyme des organes. La correction vise à réduire cette tension au moyen de techniques directes ou indirectes appropriées (TAO)(7).

#### ❑ Tenségrité.

1. Modèle biomécanique unifiant les diverses échelles structuro-fonctionnelles du vivant, du noyau au corps entier, qui devient en cela un outil didactique de choix pour l'ostéopathie, Plus précisément, le modèle autorise une appréciation plus pertinente du concept de fascia et étaye des conjectures concernant le mode d'action du geste ostéopathique (lien structure/fonction). *Stricto sensu*, une structure de tenségrité se présente comme un système mécanique dans un état d'auto-équilibre stable comportant un ensemble discontinu de composants comprimés au sein d'un continuum de composants en tension (Motro et Raducanu)(43). On soulignera deux propriétés essentielles : l'autocontrainte ou tension inhérente au système, et l'indépendance de ce dernier vis-à-vis de la gravité (d'après le DV. F. Fosse) (3) Les analogies structurelles et fonctionnelles entre ces systèmes et le vivant ont conduit au modèle de tenségrité cellulaire (Ingber)(44), tenségrité fasciale (Dr Guimbertaud) (45) et à des modèles biomécaniques macroscopiques (Dr Levin)(46). Les structures de tenségrité sont des ensembles de barres de compression stables et de câbles interconnectés sous tension. Elles maintiennent leur intégrité parce que leur architecture implique des éléments isolés en compression à l'intérieur d'un réseau de tension continue. Biotenségrité : Application de la tenségrité aux organismes biologiques (Dr J.C Guimberteau)(45).

2. Le terme, qui provient à l'origine de l'architecture, pour des constructions stables d'éléments de

contrainte continue et d'éléments d'espacement/compression discontinus, a été adopté dans la vision biologique du corps comme une structure de type tenségrité (biotenségrité). Ce réseau s'étend dans sa continuité depuis la surface de la peau jusqu'au noyau de chaque cellule individuelle du corps. Il constitue la base de la formation du corps. La macrotenségrité par rapport à l'organisme entier se poursuit continuellement dans la microtenségrité de la cellule. La continuité du tissu conjonctif des tissus jusqu'à la cellule peut être retracée au moyen de la matrice extracellulaire, l'intégrinénine des membranes cellulaires, via le cytosquelette et la matrice nucléaire, jusqu'à l'ADN. C'est là que l'on peut établir un lien entre la façon dont les influences internes et externes influencent la forme de la cellule et, en fin de compte, l'activité de l'ADN : L'interaction entre les forces physiques, les états de tension, les fonctions métaboliques et génétiques et la dépendance de l'expression des gènes par rapport à des facteurs externes et internes devient ici évidente. Le modèle de tenségrité nous aide à mieux comprendre l'approche ostéopathique dans le diagnostic et le traitement, car un objectif essentiel du diagnostic ostéopathique est de reconnaître le modèle de stress et d'y trouver le ou les dysfonctionnements les plus importants (voir Écoute = diagnostic de tension) (TAO)(7).

#### ❑ Tension membraneuse équilibrée (Point of Balance).

1. Point précis dans l'amplitude articulaire du mécanisme crânien où la tension exercée sur lui est égale dans toutes les directions (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O) (29) .
2. Point où les forces agissant sur une dysfonction sont en équilibre (TAO)(7).

#### ❑ Tests d'automobilisations., mobilisation active

1. Tests de mobilité effectués par stimulation cutanée. La stimulation de la peau génère un mouvement de l'animal. Le praticien évalue l'amplitude, la qualité et/ou la symétrie du mouvement si la stimulation est bilatérale. Si l'amplitude et/ou la vitesse du mouvement sont suffisantes, une correction spontanée peut se produire, on parle alors de technique d'automobilisations (DV. R. Boillot) (4).
2. Tests de mobilité effectués par stimulation cutanée. La stimulation de la peau produit le mouvement de l'animal. Le praticien évalue l'amplitude, la qualité et/ou la symétrie du mouvement. La stimulation entraîne une rotation unilatérale des corps vertébraux, des mouvements d'extension ou de flexion médians de la colonne vertébrale. Si l'amplitude et/ou la vitesse du mouvement est suffisante, une correction spontanée peut se produire ; c'est ce que l'on appelle la mobilisation active (TAO)(7).

#### ❑ Test d'écoute du MRP.

Test de perception fine d'un mouvement spontané tissulaire d'une structure. Le praticien est passif, il cherche à qualifier le Mouvement Respiratoire Primaire de la structure, conformément au concept ostéopathique auquel il se réfère (DV. R. Boillot) (4).

#### ❑ Test d'induction.

Manipulation où le praticien va mettre en mouvement une structure membraneuse sur une courte distance, puis va évaluer la fin du mouvement spontané de cette structure. Le test est activo-passif, il commence comme un test de mobilité et se termine comme un test d'écoute. Il s'adresse plutôt à la membrane(DV. R. Boillot) (4).

#### ❑ Test d'inhibition ou de balance.

1. Test utilisé pour hiérarchiser deux dysfonctions lorsqu'on suspecte un lien ostéopathique entre elles. L'objectif est d'amorcer une correction sur l'une des deux structures et de tester à nouveau la seconde. Si ce test est modifié, c'est que la première est **primaire** sur la seconde. Il est alors judicieux de corriger la première dysfonction. En revanche, si le test reste inchangé et qu'en amorçant une correction sur la seconde, c'est le test de la première qui s'améliore. Alors, la seconde est primaire sur la première, il est donc judicieux de corriger la seconde (DV. R. Boillot) (4).
2. Test de Hiérarchisation des zones de restrictions des dysfonctions les unes par rapport aux autres afin de trouver celle qui détend le plus tous les autres et on parle de zone de restriction maximale (Area of Great Restriction (AGR). Une écoute générale doit être dirigée exactement vers cette zone, à moins que l'écoute générale ne soit dirigée vers le rachis, car la colonne vertébrale peut dominer les écoutes régionales dans le schéma de tension sans être l'AGR elle-même. Pour la hiérarchisation, placez un doigt sur le point où la tension

fasciale tire verticalement vers l'intérieur (doigt 1, écoute locale) et un doigt de l'autre main sur un autre point de tension dans une région adjacente (doigt 2). De cette façon, on vérifie tous les points jusqu'à ce qu'on trouve celui qui détend tous les autres points (TAO)(7).

#### □ **Test de mobilité.**

Manipulation active du praticien qui met en mouvement une structure relâchée (avec un minimum de contraintes) pour évaluer l'amplitude totale de l'articulation et/ou la qualité de son mouvement, l'animal étant passif. Il s'adresse principalement à l'os, mais peut aussi s'adresser au tissu myofascial (DV. R. Boillot) (4). Terme qui s'applique aux tests de mobilité des articulations des structures myofasciales ou tissulaires. Pour les articulations, les tests de mobilité sont déjà une mobilisation active (TAO)(7).

#### □ **Tests Rapides.**

Tests loco-régionaux qui permettent d'objectiver la présence ou l'absence de dysfonction dans la région considérée. Ex : tests rapides de membre, tests rapides abdominaux, tests de ceintures, ... (DV. R. Boillot) (4).

#### □ **Thérapie Manuelle Vétérinaire Equine (TMV).**

Méthode de diagnostic et de traitement basée sur les théories de l'ostéopathie par le Dr Dominique Giniaux

#### □ **Torsion.**

Mouvement ou état dans lequel une extrémité d'une structure est torsadée autour d'un axe longitudinal alors que l'autre extrémité est maintenue fermement ou tournée dans la direction opposée.

Un modèle de mouvement physiologique autour d'un axe antéro-postérieur de la symphyse/synchondrose sphénobasilaire. Voir aussi synchondrose sphénobasilaire (symphyse), dysfonctionnement somatique, torsion) (AACOM) (1).

#### □ **Traction.**

Force linéaire agissant pour séparer les structures (AACOM) (1).

#### □ **Trigger point.**

Le « trigger point », traduit par « Point gâchette » ou « Point détente » (to trigger = déclencher) est une zone d'hyperexcitabilité dans un tissu qui, lorsqu'on lui applique une pression suffisante, donne naissance à une douleur et une hypersensibilité référée, des dysfonctions motrices, et parfois à des phénomènes neurovégétatifs référés et des troubles proprioceptifs. Le plus souvent les « Trigger Point » sont localisés dans les muscles et leurs fascias, mais il existe des Trigger Point ligamentaires, périostés et cutanés (Décrit par les Dr Travell J. et Simons D. en 1956) (47). Un grand nombre d'entre eux correspond à des points moteurs et/ou à des points d'acupuncture réactionnels (DV. F. Fosse) (1) Chez l'homme, la présence des Trigger Points est souvent associée au syndrome de douleur myofasciale (décrit également chez le cheval) ainsi qu'au syndrome fibromyalgique.

#### □ **Trouble fonctionnel.**

Trouble pour lequel aucune lésion organique objectivable n'a pu être mise en évidence. Ils sont habituellement considérés comme psychosomatiques et attribués à des stress variés. Les troubles fonctionnels sont des maladies qui n'ont pas de support lésionnel. On parle de phénomène de conversion c'est-à-dire de traduction sur le plan somatique d'une émotion. Les troubles fonctionnels sont le fait de personnalités anxieuses, histrioniques. Ils peuvent constituer le signe initial d'une autre affection psychique, notamment dépressive (e.g. constipation chez le mélancolique) (Dictionnaire de la Psychiatrie, Ed du CLIF) (48).

U

□ **Unwinding (Dérroulement fascial).**

Technique de correction qui consiste à suivre le mouvement du tissu conjonctif/myo-fascia après une mise en contrainte jusqu'à l'obtention d'un retour de sa fonction physiologique et de sa structure. Le déroulement est généralement effectué par une combinaison de forces directes et indirectes, qui amènent le tissu à un point de repos où il se stabilise dans une symétrie tridimensionnelle (TAO)(7).

V

□ **« V spread ».**

Technique ayant pour but la réparation d'une suture crânienne ou de toute autre zone en forte tension en plaçant un doigt de chaque côté de la suture et en maintenant les doigts écartés (W.G SUTHERLAND D.O. et H.I MAGOUN D.O(19) .

□ **Viscoélasticité du fascia.**

En médecine, les fasciae sont compris comme une connexion de tissu conjonctif entre deux structures corporelles construites à partir de glycoprotéines liant l'eau et de fibres de collagène principalement. Ils ont à la fois des tâches de holding et de soutien ainsi que des tâches d'information dans les circuits de régulation de l'organisme. Ils présentent un comportement d'étirement dépendant du temps et de la température et de la fréquence : La partie fibreuse a un effet élastique, la partie matrice fluide a un effet amortisseur. En fonction des conditions physiques, les propriétés de la fibre ou de la matrice, et donc la viscoélasticité, sont modifiées (voir plasticité fasciale) (TAO)(7).

## Référence

1. World Health Organisation. Benchmarks for training in traditional /complementary and alternative medicine: benchmarks for Training in Osteopathy [Internet]. Geneva: WHO; 2010. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17555en/s17555en.pdf>
2. Home - General Osteopathic Council [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.osteopathy.org.uk/home/>
3. AVETAO [Internet]. Disponible sur: <https://avetao.com/>
4. IMAOV [Internet]. Disponible sur: <https://fr-fr.facebook.com/imaov>
5. Micciché-Walzinger. Stoa-medicines [Internet]. Disponible sur: <http://www.stoa-medicines.com/fr/>
6. OSTEOVET [Internet]. Disponible sur: <https://www.osteovet.be/>
7. TAO EQUILIBRE [Internet]. Disponible sur: <https://tao-equilibre.de/>
8. Fryer G. Somatic dysfunction: An osteopathic conundrum. *Int J Osteopath Med.* 2016;22:52-63.
9. Rumney IC. The relevance of somatic dysfunction. *J Am Osteopath Assoc.* avr 1975;74(8):723-5.
10. Lederman E. A process approach in osteopathy: beyond the structural model. *Int J Osteopath Med.* mars 2017;23:22-35.
11. Steel A, Sundberg T, Reid R, Ward L, Bishop FL, Leach M, et al. Osteopathic manipulative treatment: A systematic review and critical appraisal of comparative effectiveness and health economics research. *Musculoskelet Sci Pract.* 2017;27:165-75.
12. Green C, Martin CW, Bassett K, Kazanjian A. A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness. *Complement Ther Med.* déc 1999;7(4):201-7.
13. Ernst E. Craniosacral therapy: a systematic review of the clinical evidence: Review. *Focus Altern Complement Ther.* déc 2012;17(4):197-201.
14. Haller H, Lauche R, Cramer H, Rampp T, Saha FJ, Ostermann T, et al. Craniosacral Therapy for the Treatment of Chronic Neck Pain: A Randomized Sham-controlled Trial. *Clin J Pain.* mai 2016;32(5):441-9.
15. Ferguson AJ, Upledger JE, McPartland JM, Collins M, Lever R. Cranial osteopathy and craniosacral therapy: current opinions. *J Bodyw Mov Ther.* janv 1998;2(1):28-37.
16. Żurowska A, Malak R, Kołcz-Trzęsicka A, Samborski W, Paprocka-Borowicz M. Compression of the Fourth Ventricle Using a Craniosacral Osteopathic Technique: A Systematic Review of the Clinical Evidence. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2017;2017:1-8.
17. Zegarra-Parodi R, Cerritelli F. The enigmatic case of cranial osteopathy: Evidence versus clinical practice. *Int J Osteopath Med.* sept 2016;21:1-4.
18. Upledger JE. The reproducibility of craniosacral examination findings: a statistical analysis. *J Am Osteopath Assoc.* août 1977;76(12):890-9.

19. Bordoni B, Morabito B, Simonelli M. Cranial Osteopathy: Obscurantism and Enlightenment. Cureus [Internet]. 23 mai 2019 [cité 20 août 2019]; Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/20118-cranial-osteopathy-obscurantism-and-enlightenment>
20. Bordoni B, Zanier E. Sutherland's legacy in the new millennium: the osteopathic cranial model and modern osteopathy. *Adv Mind Body Med*. 2015;29(2):15-21.
21. Wirth-Pattullo V, Hayes KW. Interrater reliability of craniosacral rate measurements and their relationship with subjects' and examiners' heart and respiratory rate measurements. *Phys Ther*. oct 1994;74(10):908-16; discussion 917-920.
22. Hanten WP, Dawson DD, Iwata M, Seiden M, Whitten FG, Zink T. Craniosacral rhythm: reliability and relationships with cardiac and respiratory rates. *J Orthop Sports Phys Ther*. mars 1998;27(3):213-8.
23. Esteves JE, Zegarra-Parodi R, van Dun P, Cerritelli F, Vaucher P. Models and theoretical frameworks for osteopathic care – A critical view and call for updates and research. *Int J Osteopath Med*. mars 2020;35:1-4.
24. Tozzi P. A unifying neuro-fasciogenic model of somatic dysfunction - Underlying mechanisms and treatment - Part II. *J Bodyw Mov Ther*. juill 2015;19(3):526-43.
25. Williams NH. Optimising the psychological benefits of osteopathy. *Int J Osteopath Med*. 2007;10(2-3):36-41.
26. Nicholas Penney J. The biopsychosocial model of pain and contemporary osteopathic practice. *Int J Osteopath Med*. 1 juin 2010;13(2):42-7.
27. Dictionary T. Encyclopedia. Dict Encycl Thesaurus-. 2016;
28. Barral J-P, Mercier P. Manipulations viscérales. Vol. 1. Elsevier Masson; 2004.
29. Magoun HI. Osteopathy in the cranial field; the application to the cranium of the principles of osteopathy, based on the arduous study and keen clinical observation of William Garner Sutherland, HI Magoun [Ed.]. Original Edition Texas: SCTF. Inc; 1951.
30. Sutherland WG, Magoun HI. Osteopathy in the cranial field. Kirksville, MO: Journal Printing Co; 1966.
31. Tricot P. Approche tissulaire de l'ostéopathie: un modèle du corps conscient. Sully; 2002.
32. Fédération Internationale de Médecine Manuelle FIMM. <https://fimm-online.com/>.
33. Greenman PE. Manipulative medicine. Princ Man Med 2nd Ed Baltim Lippincott Williams Wilkins. 1996;3-11.
34. Roques M, Gabarel B .. Les fascias en médecine ostéopathique. Les fascias en médecine ostéopathique. Paris Maloine. 1985.
35. ROYO-SALVADOR M.B. : Siringomielia, escoliosis y malformación de Arnold-Chiari idiopáticas. Etiología común. *Revista de neurologia*, 1996, 24(132). 937-959.
36. Barral J-P. Trauma: An Osteopathic Approach. Eastland press; 1999.
37. GEORGES FINET D.O. ET CHRISTIAN WILLIAME D.O. Traité d'ostéopathie. publier-un-livre. 2016. 708 pages.

38. Terramorsi J-F, Terramorsi R, Pinto S, Bédard P. Ostéopathie structurale: lésion structurée, concepts structurants. Éolienne; 2013.
39. Chaitow L, Crenshaw K. Muscle Energy Techniques. Elsevier Health Sciences; 2006. 362 p.
40. Bienfait M. Le fascia et son traitement. Pompages Spek Ed Paris. 1995;
41. Greenman P. Exercise principles and prescription. Princ Man Med 2nd Edn Baltim Williams Wilkins. 1996;449-525.
42. Stone C. Science in the Art of Osteopathy: Osteopathic Principles and Practice. Nelson Thornes; 1999. 392 p.
43. Motro R, Raducanu V. Tensegrity systems. Int J Space Struct. 2003;18(2):77-84.
44. Ingber DE. Printed in Great Britain © The Company of Biologists Limited 1993 COMMENTARY.
45. Guimberteau JC, Armstrong C. Architecture of Human Living Fascia: The extracellular matrix and cells revealed through endoscopy. Handspring Publishing; 2015.
46. Levin S. Tensegrity: the new biomechanics. Textb Musculoskelet Med Univ Press Oxf.
47. Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Vol. 2. Lippincott Williams & Wilkins; 1983.
48. Paul J. Dictionnaire de psychiatrie, édition CTLF en ligne [http://www. CILF Com.](http://www.CILF.Com)