

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 34 (1998)
Heft: 12

Artikel: Ostéopathie : mythe ou réalité?
Autor: Lescure, Arnaud Rey
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929301>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 03.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Ostéopathie: Mythe ou réalité?

Arnaud Rey Lescure, Physiothérapeute, Ostéopathie D.O., C.P. 34, 1820 Territet

1997 – Depuis plus d'un siècle, l'ostéopathie est à la recherche de ses valeurs fondamentales tant sur le fond que sur la forme.

Engouement, dévalorisation, espoirs, échecs, succès, rien ne lui a été épargné mais, comme toujours, c'est grâce à son histoire qu'elle peut aujourd'hui prétendre à des lettres de noblesse. Pour autant que ses défenseurs acceptent enfin de voir la réalité en face et de lui rendre son rôle originel: la gestion de la mécanique fonctionnelle.

Aux Etats Unis, les ostéopathes sont des docteurs en médecine ayant suivi un cursus universitaire traditionnel puis ayant bifurqué vers une spécialisation «ostéopathie». Une observation de la carrière professionnelle de ces médecins montre que leur installation se couple usuellement à une installation en médecine générale qui prend alors le pas définitivement sur l'ostéopathie par manque de pratique.

Faut-il alors comprendre que ostéopathie et médecine sont deux entités incompatibles? Bien évidemment non.

Leur compatibilité est prouvée chaque jour dans nos cabinets de soin. Mais compatibilité ne veut pas dire confusion et c'est là où le bâton blesse. En Europe, nous avons la chance inouïe de pouvoir, en tant que physiothérapeutes rompus aux techniques manuelles, pratiquer l'ostéopathie à la suite d'un cursus d'études performant. En effet, ce concept a été introduit en Europe voici un demi siècle par l'intermédiaire des physiothérapeutes, paramédicaux à la fois proches de la médecine mais aussi résolument différenciés.

Il est à noter que la recherche en ostéopathie reste extrêmement difficile à mettre en œuvre pour deux principales raisons:

- Financièrement, ce concept manuel, mettant en œuvre peu de spécialités industrielles, ne trouve le soutien d'aucun d'organisme ayant la capacité et la puissance nécessaire à une telle entreprise scientifique.

La recherche est coûteuse, l'ostéopathie ne crée aucun besoin commercial, l'intérêt des grands pools économiques est donc nul.

- L'échantillonnage nécessaire pour une étude comparative (dite en double aveugle) est très

difficile, voire impossible à trouver dans la mesure où nous nous excluons sciemment du traitement de multiples affections dépendant exclusivement d'autres concepts (organique ou énergétique). Enfin les soins que nous produisons ne s'adressent pas à une pathologie mais à Monsieur X, organisme psychosomatique, présentant exactement les mêmes symptômes que Monsieur Y, organisme psychosomatique totalement différent du premier.

Organisation générale (Schéma 1)

L'être humain est un organisme total psychosomatique dont chacune des entités constitutives à son importance propre mais aussi son importance vis à vis de ses fonctions sœurs à travers l'interdépendance de toutes les fonctions.

– **Les fonctions organiques** (hormonales, neurophysiologiques, neuromusculaires...) dépendent de systèmes d'organisation biochimique que les scientifiques continuent à tenter de décrypter.

Les progrès en la matière ont été fulgurants ces dernières années et la complexité de cette organisation ne permet plus à un médecin seul d'en gérer la totalité. Cette évolution débouche sur une spécialisation qui a l'avantage de rendre le diagnostic médical de plus en plus performant mais présente le défaut de sectoriser des fonctions en oubliant leur interdépendance.

Devant cette complexité, le diagnostic des pathologies organiques est donc réservé aux scientifiques ayant acquis la formation universitaire médicale reconnue au niveau de chaque pays. Une connotation d'urgence peut être rattachée à l'étude des systèmes organiques puisque l'intervention à leur niveau prime naturellement sur toute autre forme de traitement.

– **Les fonctions énergétiques** dépendent de systèmes d'organisation dont les fondements ont été posés par la civilisation chinoise voici plusieurs millénaires. Schématiquement, on peut dire que l'énergie se matérialise grâce aux supports que constituent les différents liquides du corps humain (sang, liquides interstitiels, etc.) Les systèmes d'organisation énergétique ne peuvent gérer correctement que les fonctions énergétiques et seul un acupuncteur possède la formation nécessaire pour offrir ce traitement.

– **Les fonctions mécaniques** enfin, (mobilité articulaire, viscérale, liquidienne, fasciale...) dépendent de systèmes d'organisation purement mécaniques dont l'intégrité est directement assujettie à l'absence de troubles organiques tels que cités plus haut. En effet, la perte de mobilité fonctionnelle mécanique est dite réversible car consécutive à un spasme ou une congestion limitant le mouvement d'une structure par rapport à une autre. Ceci constitue le champ d'application par excellence de l'ostéopathie. Dans un cas contraire, la perte de mobilité fonctionnelle mécanique peut être irréversible à cause de transformation biologique des structures en présence. Elle constitue alors une contre-indication majeure à notre intervention.

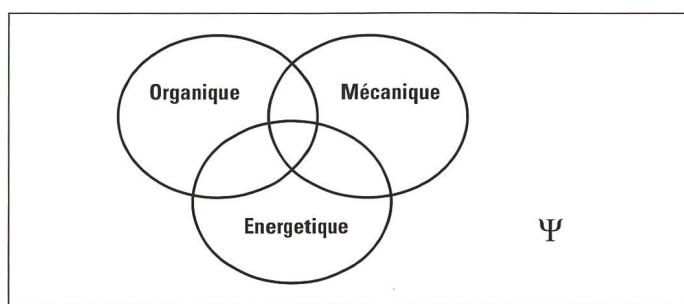


Schéma 1:
Interrelations entre les différentes fonctions.

Ceci est fondamental car le concept de l'ostéopathie sous-entend que la perte de mobilité fonctionnelle se situe à l'intérieur des normes physiologiques (donc anatomiques) de la fonction étudiée (*Schéma 2*).

Cette définition est valable pour une articulation: perte de mobilité à l'intérieur de l'amplitude physiologique articulaire mais aussi pour un viscère: perte de mobilité de cet organe par hyper-congestion (cf. une éponge gorgée d'eau) et non par dégradation biologique.

Il faut donc oublier le mythe du déplacement articulaire. Un déplacement articulaire dépend directement du chirurgien... et non de l'ostéopathe.

Prévention? Ou prévention?

Efficacité...

Cette définition des fonctions générales du corps humain sous-entend toutes les notions de priorité qu'il existe au niveau des soins à prodiguer au malade ou au plaignant.

Un malade présentant des pathologies organiques dépend obligatoirement d'un traitement médical nécessaire à sa survie dans les meilleures conditions possibles.

Un plaignant ne présentant aucune pathologie organique dépend d'une autre forme de soin prenant en compte les dérèglements mécaniques et énergétiques à l'origine de la plainte. Il faut envisager dans ce cas la douleur comme le

voyant rouge d'une voiture qui s'allumerait pour indiquer un manque d'huile dans le moteur.

Tout fonctionne normalement semble-t-il, mais une douleur prévient des difficultés que commence à rencontrer l'organisme total psychosomatique. Ne pas prêter attention à ce signal d'alarme équivaut à rouler avec une voiture sans huile. Il est important à ce niveau de marquer la différence entre souffrance, qui représente une contrainte, et douleur, qui résulte de la souffrance à condition que notre analyse consciente ou inconsciente lui donne cette connotation douloureuse. A noter que chacun extériorise et crée un reflet de sa souffrance par rapport à son propre vécu.

Devant cet état de fait, notre rôle d'ostéopathe consiste à prévenir les pathologies organiques pouvant résulter de la persistance de troubles fonctionnels. En ce sens, l'ostéopathe intervient de façon préventive.

...ou utopie

Mais il ne faut pas confondre cette vision préventive avec celle qui voudrait que l'ensemble de la population visite un ostéopathe alors qu'aucune douleur n'est présente ou qu'aucun reflet de la souffrance n'est visible.

Intervenir rapidement lorsque le voyant rouge s'allume est toujours suffisant puisque la réversibilité est garantie. Intervenir avant même que le signal d'alarme ne se déclenche est inutile, utopique, voire purement commercial.

Organisation des systèmes mécaniques

Un médecin dispose de nombreux moyens lui permettant de poser le diagnostic médical d'une pathologie organique: d'une part son analyse raisonnée et d'autre part un arsenal d'exams médicaux (imagerie, biologie...) débouchant sur la codification de la pathologie et de son traitement. De la même manière, un garagiste dispose naturellement d'outils et de modes d'emploi afin de diagnostiquer la panne et de réparer la voiture.

Un ostéopathe doit donc disposer lui aussi d'outils et d'un mode d'emploi (système de diagnose) lui permettant de comprendre les dysfonctions mécaniques aboutissant à la souffrance mécanique des tissus. Il diagnostique la perte de mobilité tissulaire.

La compréhension des systèmes d'organisation mécanique du corps humain permet un raisonnement d'où découle le diagnostic fonctionnel, qui diffère en tout point du diagnostic médical.

Nos études de physiothérapeute nous permettent de pratiquer des mesures de l'amplitude articulaire appelées bilan.

Utiliser, spécialiser et adapter ces mesures puis comprendre l'enchaînement logique et mécanique des pertes de mobilité s'appelle poser un diagnostic mécanique, sans lequel notre intervention est impossible. Cette diagnose ne nécessite aucune connaissance médicale autre que l'anatomie et la bio-mécanique.

D'un point de vue mécanique, l'organisme présente trois impératifs:

- conserver l'équilibre en station érigée
- conserver le regard horizontal et les yeux à la même hauteur
- éviter tant que possible la douleur.

Il faut donc gérer parfaitement le centre de gravité et organiser spécifiquement et précisément les différentes structures entre elles pour obtenir l'équilibre dynamique général recherché.

Le système adaptatif

Le besoin constant de recherche d'équilibre est en permanence créé par notre environnement qui nous impose des déséquilibres transmis, analysés et compris par notre système adaptatif constitué du crâne et du cerveau reliés au sacrum par une membrane inextensible: la dure mère et son contenu la moelle épinière.

Le système compensatoire

L'adaptation au monde extérieur est possible à condition que le corps soit capable de compenser ces déséquilibres. Pour cela, il met à contribution le système compensatoire composé des 26 ver-

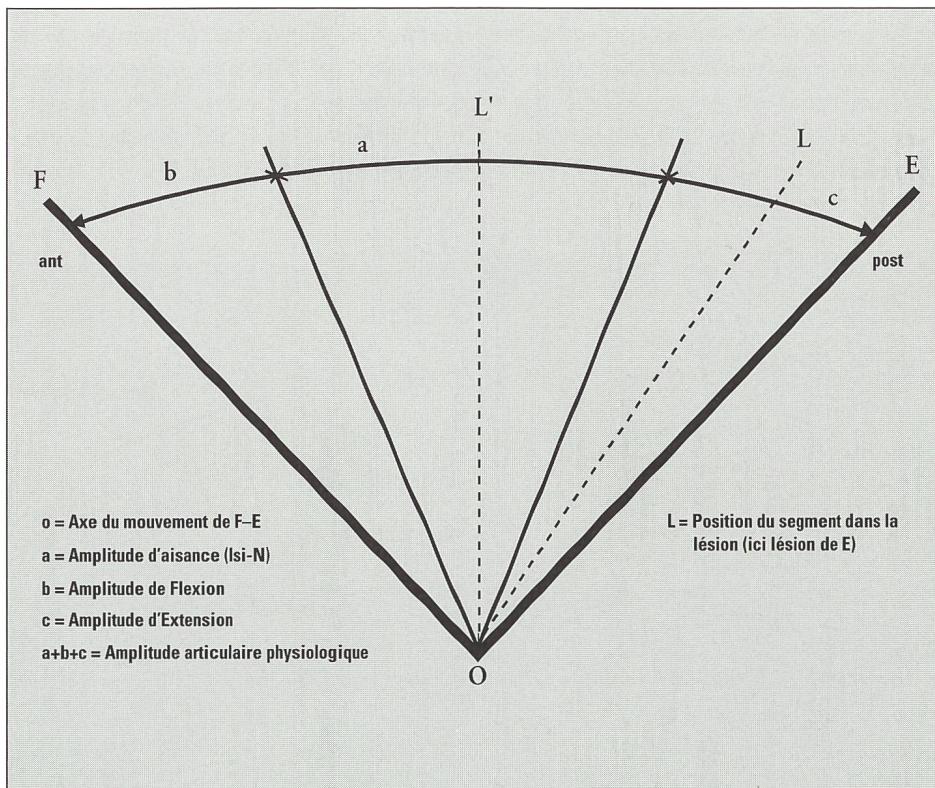


Schéma 2: La lésion ostéopathique.

tèbres (de l'occiput au sacrum) mobiles l'une par rapport à l'autre et représentant autant de possibilités d'amortir les contraintes imposées tant au niveau des membres, de la tête, de l'appareil digestif et génital, qu'au niveau de la colonne vertébrale elle-même.

Le système répartiteur

Les viscères sont considérés comme un système mécanique nécessaire à l'ingestion, à la transformation et à la répartition de l'énergie nécessaire pour subsister.

Le système relationnel

Les membres sont considérés comme un système nous mettant en relation avec l'extérieur (locomotion, préhension).

Systèmes d'organisation mécanique: mode d'emploi

Cette organisation mécanique montre comment la colonne vertébrale, véritable amortisseur, imprime en elle les stigmates des contraintes qu'elle subit en provenance des quatre systèmes précédents.

Une «lecture du dos», comme la lecture d'un mode d'emploi, permet tout simplement de comprendre l'installation de ces contraintes et d'en régler non seulement les conséquences (souffrance et douleur) mais surtout les origines.

Éliminer la perte de mobilité segmentaire vertébrale sans éliminer la perte de mobilité fonctionnelle qui l'a obligée, c'est chercher à remplir une baignoire sans en avoir obturé l'écoulement. Il va de soi que cette perte de mobilité originelle doit être recherchée à tous les niveaux: articulaire, viscérale, fasciale ou liquidienne.

Prenons un exemple simple et concret, pour bien mesurer toute la portée de cette recherche (*schéma 3*):

Imaginons un sujet présentant une inflexion latérale lombaire à droite permettant de soulager la douleur provoquée par un «faux mouvement» récent (*schéma 3, fig. 1*). Le tronc se retrouve donc penché à droite, rendant la position de notre sujet doublement inconfortable.

De façon automatique, celui-ci met en place une compensation: par exemple, organisation d'une inflexion latérale gauche (inverse) de la région cervicale (*schéma 3, fig. 2*).

Quelques semaines plus tard, ce patient se présente avec des douleurs cervicales (consécutives à la souffrance mécanique articulaire locale) qui seules maintenant retiennent son attention alors que le problème lombaire «compensé» devient silencieux. Sans une lecture précise et complète de cet enchaînement, l'intervention au niveau cervical (criant) n'aura aucun effet à long terme puisque son origine se situe à un tout autre endroit.

Une intervention ciblée cervicale **et** lombaire sera l'unique garante du succès de la consultation (*schéma 3, fig. 3*).

Mais seuls l'anamnèse, le raisonnement mécaniste et la cohérence entre ces deux types d'information nous amène à cette compréhension.

Le diagnostic d'exclusion (diagnostic médical, diagnostic fonctionnel)

Les soins prodigués dans le concept de l'ostéopathie se révèlent extrêmement performants puisqu'ils se limitent à des perturbations mécaniques directement réversibles.

Ceci nécessite obligatoirement une orientation exacte du plaignant vers les soins dont il dépend. Cette orientation est la conséquence d'une information double débouchant sur le diagnostic d'exclusion:

D'un point de vue médical, l'urgence thérapeutique prime et ne peut être délaissée au profit d'une quelconque autre pratique.

Notre intervention nécessite donc préalablement un examen médical qui aura exclu les pathologies relevant d'un traitement médical et qui aura répertorié les différents bouleversements de la structure existant. Devant la complexité grandissante des moyens diagnostiques médicaux, seul un docteur en médecine a les capacités de cette investigation.

Aucun ostéopathe, soit-il au bénéfice d'une formation poussée (physiothérapeute ou autre école non universitaire assurant offrir une approche médicale), ne peut se targuer d'exceller dans un domaine où les médecins eux-mêmes ont besoin de toute leur vigilance pour éviter les erreurs et les omissions.

Laissons à chacun ses prérogatives et gardons-nous de vouloir usurper des titres dont nous sommes bien incapable de supporter le fardeau. Cette façon de faire nous apporte la reconnaissance de nos patients et la considération du corps médical.

Alors seulement, munis de cette certitude: «la plainte appartient au domaine du fonctionnel», nous pouvons rechercher le fil du raisonnement qui nous permet de comprendre la plainte et d'y répondre par utilisation d'une méthode juste, précise et performante.

Dans le cas où le fil directeur ne peut être retrouvé, il s'agit alors de devenir clairvoyant:

Comme un texte en langue étrangère demande l'intervention d'un interprète, une plainte ne s'expliquant pas à l'aide de nos connaissances spécifiques se comprend à l'aide d'un autre mode de pensée qu'il soit organique ou énergétique.

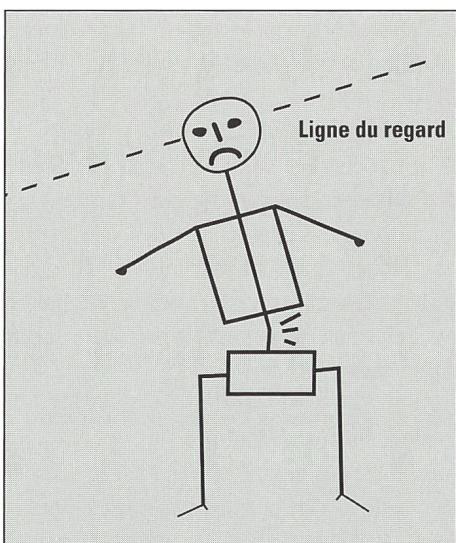


Schéma 3 – fig. 1

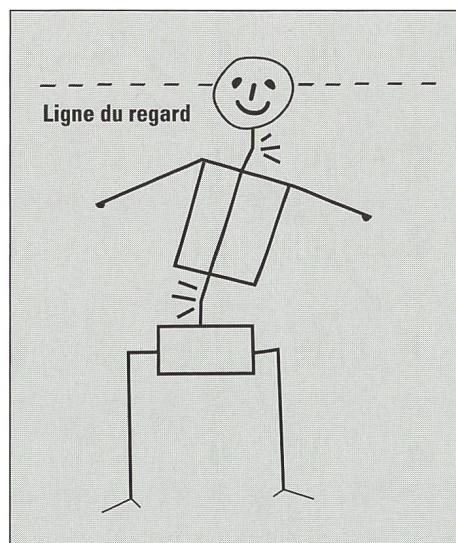


Schéma 3 – fig. 2

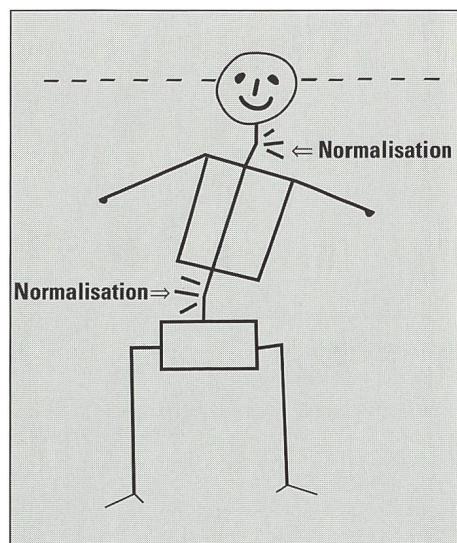


Schéma 3 – fig. 3

Ce plaignant a déjà consulté en vain un médecin et effectué différents examens médicaux? C'est donc qu'il dépend d'un acupuncteur. Ceci constitue la deuxième composante du diagnostic d'exclusion. La seule à notre actif.

Les lois fonctionnelles

L'anatomie et la biomécanique

Contrairement à certaines idées colportées, l'anatomie est une constante quelque soit le mode de soin utilisé. Nos études de physiothérapie nous inculquent donc entre autres secrets, ceux de cette matière fondamentale ainsi que ceux de la bio-mécanique. L'ostéopathie s'appuie tout naturellement sur ces données associées à celles de la physiologie déviée.

La physiologie déviée

Il faut comprendre que la décomposition (bio-) mécanique des mouvements dans la vie quotidienne ne saurait être à l'ordre du jour autrement que lors de séances de «l'école du dos» ou sous la dominance de douleurs agissant pour l'individu comme un rappel à l'ordre constant.

Hormis ces quelques cas particuliers, il est beaucoup plus facile pour chacun de répondre à la «loi du moindre effort», celle qui nous autorise à prendre un sens interdit parce qu'il fait économiser 1 mn. Si notre mauvaise conscience nous interdit de le reconnaître, c'est pourtant ainsi que nous fonctionnons et ainsi que nous recommandons à nos patients de ne point fonctionner. Qui d'entre nous peut se vanter, pour ramasser un papier, d'avoir toujours plié les genoux en s'étant auparavant bien positionné face à l'objet à terre? Nul doute, cette façon de faire constitue «Le Principe», mais comme tous les Principes oh combien rébarbatif à la longue! Quel plaisir que de se permettre une entorse à ce Principe tout en répondant au principal: ramasser le papier... Et de se pencher en avant sans précaution en associant si facilement les différentes amplitudes dans les trois plans de l'espace que nous autorisent anatomie et bio-mécanique.

Cette utilisation de la «loi du moindre effort» constitue la physiologie déviée, physiologie dans laquelle nous évoluons constamment.

Le système proprioceptif

Afin de conserver l'intégrité du mouvement, la fonction à l'intérieur de la physiologie déviée doit être soumise de façon constante à un système de contrôle de type «disjoncteur» contrôlant en permanence la faisabilité de ce mouvement par rapport à l'intégrité de la structure.

Ainsi, comme notre conscience se met en éveil et augmente sa vigilance lorsque l'on emprunte un sens interdit afin de contrôler l'absence de véhicule venant en face, notre système proprioceptif se met en éveil chaque fois que nous associons des amplitudes propres à créer un conflit structurel.

Toutefois, nul système de vigilance n'est infaisable et notre système proprioceptif, lui-même, peut être trompé pour de multiples raisons: fatigue, maladie, puissance mobilisatrice externe trop importante, température inadéquate, stress, tension psychologique, etc.

Dans ce cas, ultime perfection de notre organisation, tel un disjoncteur, le système proprioceptif met en place un spasme péri-articulaire propre à stopper immédiatement le mouvement litigieux, afin d'éviter aux structures en cause leur passage dans la pathologie organique (rupture, fracture...). Ce spasme agit alors comme un frein à la mobilité, que seule une aide extérieure peut lever afin de récupérer la fonction dans son intégralité.

Ces différentes notions représentent un des principes du concept ostéopathique qui se fait fort de détecter, comprendre et normaliser l'ensemble des contraintes à l'origine d'une telle dysfonction.

Conclusion

Il est temps d'admettre que le raisonnement est seul capable de justifier un traitement quel qu'il soit et que l'administration d'un anti-inflammatoire, le traitement par ultrason, la mise en place de normalisations ostéopathiques ou d'aiguilles d'acupuncture sont toujours d'excellents moyens de prodiguer des soins, à condition que le choix en ait été établi de façon certaine parce que logique et raisonné.

Quant à nous physiothérapeutes, nous devons savoir conserver l'exclusivité de chacune des composantes de la rééducation fonctionnelle autant que de la rééquilibration fonctionnelle ® et savoir se former dans l'une ou l'autre des spécialités que constituent les techniques spécifiques de rééducation, l'ostéopathie ou l'acupuncture. C'est à cette seule condition que notre profession saura se développer et s'épanouir grâce à une parfaite maîtrise de chacun des concepts qui font du physiothérapeute dans un avenir serein un professionnel reconnu et écouté.

Résumé

Pour être décryptée, la plainte formulée par le consultant doit être analysée spécifiquement

afin d'en comprendre l'appartenance à l'un ou l'autre des trois domaines pathologiques possibles: organique, mécanique ou énergétique.

Cette prise en charge permet de trouver la réponse juste aux différentes pathologies ou aux différentes perturbations que présente notre clientèle. Qu'il s'agisse du médecin, du physiothérapeute, de l'ostéopathe ou de l'acupuncteur, chacun de nous ne peut agir de façon performante et décisive que dans le seul domaine pour lequel il a été formé avec compétence.

Ainsi, physiothérapeutes, ostéopathes, acupuncteurs, laissons le docteur en médecine poser son diagnostic médical pour détecter les affections touchant la structure.

- Sachons demander ce diagnostic médical.
- Sachons raisonner par rapport à toutes les informations objectives et subjectives détenues par le plaignant.
- Sachons retrouver l'enchaînement logique des perturbations, des souffrances et des douleurs grâce à l'organisation des systèmes mécaniques ou énergétiques.
- Sachons rattacher la douleur à son origine.
- Sachons exclure de notre compétence les perturbations dont nous ne comprenons pas la logique.
- Sachons échafauder la prise en charge rapide et efficace de ce plaignant.

Alors seulement, nous pourrons pratiquer notre Art dans le respect de tous: soignants et soignés avec l'enthousiasme qui doit nous motiver et nous diriger dans l'exercice de notre merveilleuse profession.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Dr. H. LABORIT: Résistance et soumission en physiobiologie. Ed Masson 1954.
- 2) Dr. H. LABORIT: Eloge de la fuite. Editions Gallimard 1976.
- 3) Dr. C. E. TOURNE: L'environnement de la naissance. Ed GNOF Vigot diffusion Paris 1985.
- 4) Cahiers de l'Université de Perpignan: Naissance et Société. 1992.
- 5) R. SOLERE: L'hypofertilité. Thèse soutenue à l'université de perpignan 1992.
- 6) A. REY LESCURE: Physiothérapeutes et ostéopathie. R.R.P. n° 1/1995.
- 7) Dr. C. E. TOURNE: Et s'il fallait du temps pour naître. Ed Trabucaire 1996.
- 8) A. REY LESCURE: Cervicalgie et ostéopathie. R.R.P. n° 2/1996.
- 9) R. SOLERE: Rééquilibration fonctionnelle. R.R.P. n° 4/1996.