



Formations Post Graduate

# Ostéopathiques

Spécifiques

## Ostéopathie

Grossesse

Accouchement

Post Partum



Bernard FERRU  
Ostéopathe DO

- Formation Post Graduate  
Ostéopathie  
Grossesse Accouchement et Post Partum -  
- SUPPORT DE COURS -

- Introduction:

- Les professionnels de santé sont des femmes et des hommes qui possèdent généralement un ego à la hauteur de l'important engagement humain qu'ils développent naturellement envers leurs congénères.

Cette sorte de "savoir" et de "pouvoir", qu'ils possèdent bien souvent de manière inconsciente sur les autres, a tendance à leur faire perdre un peu de leur "Humilité". Cette "Humilité" devrait pourtant être la qualité première de tout praticien de santé quel qu'il soit.

" LE PRATICIEN N'EST RIEN, LE PATIENT EST TOUT... "

- La prise en charge ostéopathique d'une femme enceinte demande à la fois des connaissances professionnelles spécifiques, une grande subtilité physique et psychologique et une certaine empathie mesurée.

Il est toujours très surprenant de voir que des interventions ostéopathiques très subtiles dispensées dans ce domaine se révèlent souvent être d'une très grande efficacité...

L'accompagnement du praticien ostéopathe semble une nécessité tout le long du parcours de la grossesse car avec ses techniques il va assister la nature et l'organisme dans une aventure ou l'expansion physiologique tissulaire est poussée à son paroxysme et où l'adaptation tissulaire n'est pas un vain mot.

Lors de nos interventions aux cours des grossesses il semble souvent très surprenant que si peu fasse autant.

Je vous invite donc au cours de cette formation à partager les connaissances et les références de mon expérience professionnelle, que je vais essayer de vous transmettre avec toute la passion qui m'anime, dans l'intérêt des Mamans et des Bébéés qui accepteront de se confier à vos mains...

Leur bien être en sera votre remerciement.

B.F.

## - Table des Livres -

- Page 3 - "Ostéopathie et Grossesse"
- Page 109 - "Ostéopathie et Accouchement"
- Page 227 - "Ostéopathie et Post Partum"
- Page 263 - Table des matières générale
- Page 265 - Bibliographie

Toute représentation, traduction ou reproduction, intégrale ou partielle, par tous procédés, en tous pays et sur tout support faites sans autorisation écrite préalable de l'auteur est illicite et exposerait le contrevenant à des poursuites judiciaires. Réf.: loi du 11 mars 1977, alinéas 2 et 3 de l'article 41.

## - Table des Matières du livre de la Grossesse -

### - 1 - Livre 1 : "Ostéopathie et Grossesse"

- 4 - Table des matières du livre de la grossesse
- 5 - La Grossesse
- 6 - Le développement foetal
- 15 - L'utérus au cours de la grossesse
- 16 - L'adaptation posturale
- 17 - Modification de l'organisme au cours de la grossesse
- 21 - Les petits maux de la grossesse
- 23 - La neurocrinie
- 25 - Les voies hormonales
- 27 - Le suivi de la grossesse
- 28 - Calendrier du suivi de grossesse
- 29- Les modifications organiques de la grossesse
- 31 - La consultation ostéopathique
- 33 - L'examen clinique
- 35 Les syndromes classiques de la grossesse
- 37 La médecine ostéopathique: Comment ça marche?
- 41 - Les techniques Ostéopathiques
- 42 - Les chaînes des dysfonctions (exemples)
- 47 - Rappels et définitions des techniques ostéopathiques
- 48 - Schématisation de la motilité
- 49 - Le travail tissulaire
- 51 - Principes des techniques tissulaires
- 55 - La consultation du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois
- 55 - Le protocole ostéopathique du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois
- 56 - Les tests du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois
- 65 - Techniques ostéopathiques spécifiques du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois
- 77 - La consultation du 5<sup>er</sup> au 9<sup>ème</sup> mois
- 77 - Le protocole ostéopathique du 5<sup>er</sup> au 9<sup>ème</sup> mois
- 78 - Les tests du 5<sup>er</sup> au 9<sup>ème</sup> mois
- 85 - Techniques ostéopathiques spécifiques du 5<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois

## - 3<sup>ème</sup> mois

### - 9<sup>ème</sup> semaine de grossesse - 11<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

Le processus de la formation des organes est achevé, l'embryon devient fœtus. Ses traits "humains" se dessinent : les yeux continuent de se rapprocher, les oreilles à se développer, les lèvres apparaissent et avec elles, les cellules gustatives. Les paupières recouvrent maintenant les yeux mais ne s'ouvriront que dans quelques mois. Les ongles se forment au bout des doigts. Enfin, son sexe est clairement visible mais encore difficile à différencier. Le fœtus mesure 5,5 cm et pèse 10 g.

### 10<sup>ème</sup> semaine de grossesse - 12<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

Les cellules nerveuses se multiplient à toute vitesse et migrent vers le cortex pour former la matière grise. Les reins fonctionnent et le fœtus urine, ce qui contribue majoritairement à la composition du liquide amniotique. Les bulbes pileux, à l'origine des poils et des cheveux, apparaissent. Le foie commence à fabriquer des globules rouges à la place du vitellus qui va progressivement régresser.

### 11<sup>ème</sup> semaine de grossesse - 13<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

Les premiers os, provenant du cartilage, apparaissent. On distingue les côtes et l'os du bassin. Les premiers poils se forment sur le visage : au niveau des sourcils et de la lèvre supérieure. Les narines sont bien ouvertes et le menton commence à pointer. Le fœtus mesure 8,5 cm et pèse 28 g.

### 12<sup>ème</sup> semaine de grossesse - 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

Le fœtus grossit rapidement. Le sexe se précise mais n'est pas encore tout à fait visible à l'échographie. Ses premiers réflexes apparaissent au fur et à mesure de la maturation du système nerveux. La moelle osseuse produit maintenant, elle aussi, des globules rouges avec le foie et le placenta est complètement formé: il est plus volumineux et plus épais.

### - Modification de l'organisme maternel au cours de la grossesse.

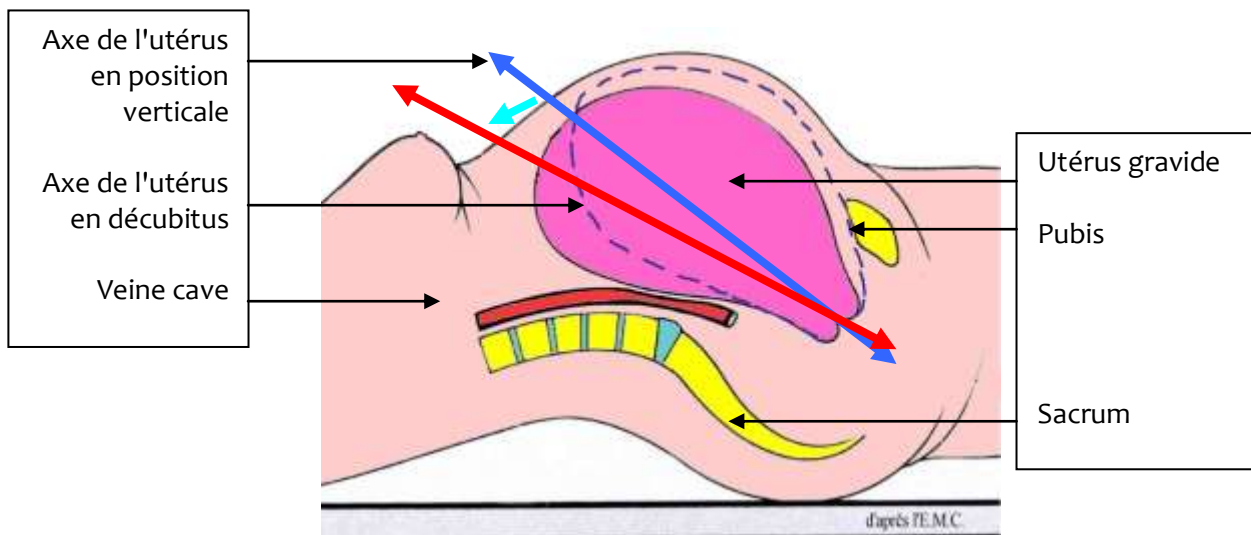
Lors de la grossesse, les principales fonctions de l'organisme travaillent à un niveau beaucoup plus important, particulièrement le système cardiovasculaire qui est mis à rude épreuve lors de l'accouchement

#### - A - Effets de la grossesse sur le système vasculaire.

Au cours du premier trimestre, le débit cardiaque augmente d'environ 20%, pour atteindre 40% vers la fin du sixième mois.

Le volume d'éjection systolique augmente peu à peu de 10 à 15 millilitres (ml) tout au long de la grossesse. La fréquence cardiaque augmente de 10 à 15 battements par minute et se trouve peu modifiée par le décubitus.

On observe aussi une augmentation anatomique du volume du ventricule gauche pour répondre à l'augmentation du débit.



#### - Compression de la veine cave en décubitus -

Il faut noter qu'en décubitus dorsal, la compression de la veine cave par l'utérus gravide diminue le retour veineux. C'est la circulation collatérale qui doit absorber la restriction du retour par la veine cave. Si ce système est insuffisant, il peut être responsable d'un choc hypotensif provoqué par le décubitus, ou occasionner un état de malaise sans véritable collapsus. La pression artérielle diminue pendant le premier trimestre, se stabilise pendant le second et remonte pendant le troisième.

Une tension de 14/9 est définie comme la limite supérieure de la normalité.

La diminution de tension, alors que la volémie et le débit cardiaque augmentent, s'explique par l'importante diminution (33%) de la résistance vasculaire artérielle périphérique.

La pression artérielle pulmonaire n'est pas modifiée.

La pression veineuse est augmentée dans les membres inférieurs à cause de la gêne du retour veineux causée par l'utérus gravide. Les œdèmes générés par ces phénomènes touchent 50% à 60% des gestantes. Ils sont considérés comme normaux s'ils ne s'accompagnent pas d'hypertension.

## - La Neurocrinie -

### - Rappels :

- La régulation neuro-hormonale gouverne toutes les fonctions de la sphère gynécologique.

- Le système nerveux neurovégétatif et les régulations hormonales sont des facteurs essentiels de la fonctionnalité.

- Il semble impératif en premier lieu de valoriser et d'équilibrer ces systèmes régulateurs de l'organisme et les fonctions pelviennes afin de faciliter la future fécondation et nidation ainsi que le bon développement fœtal.

*" Les 2 systèmes ne travaillent pas l'un contre l'autre, mais l'un avec l'autre pour le bien de l'ensemble."*

- HOEPHE -

*" On ne s'obstinera pas à opposer systématiquement et surtout fonctionnellement le sympathique et le parasympathique, ce dernier devrait être non plus considéré comme l'antagoniste mais comme le régulateur du sympathique proprement dit."*

- DELMAS et LAUX - 1952 -

### \* Le système orthosympathique :

- Il est en charge de l'adaptation immédiate des stimuli négatifs ou positifs de l'environnement.

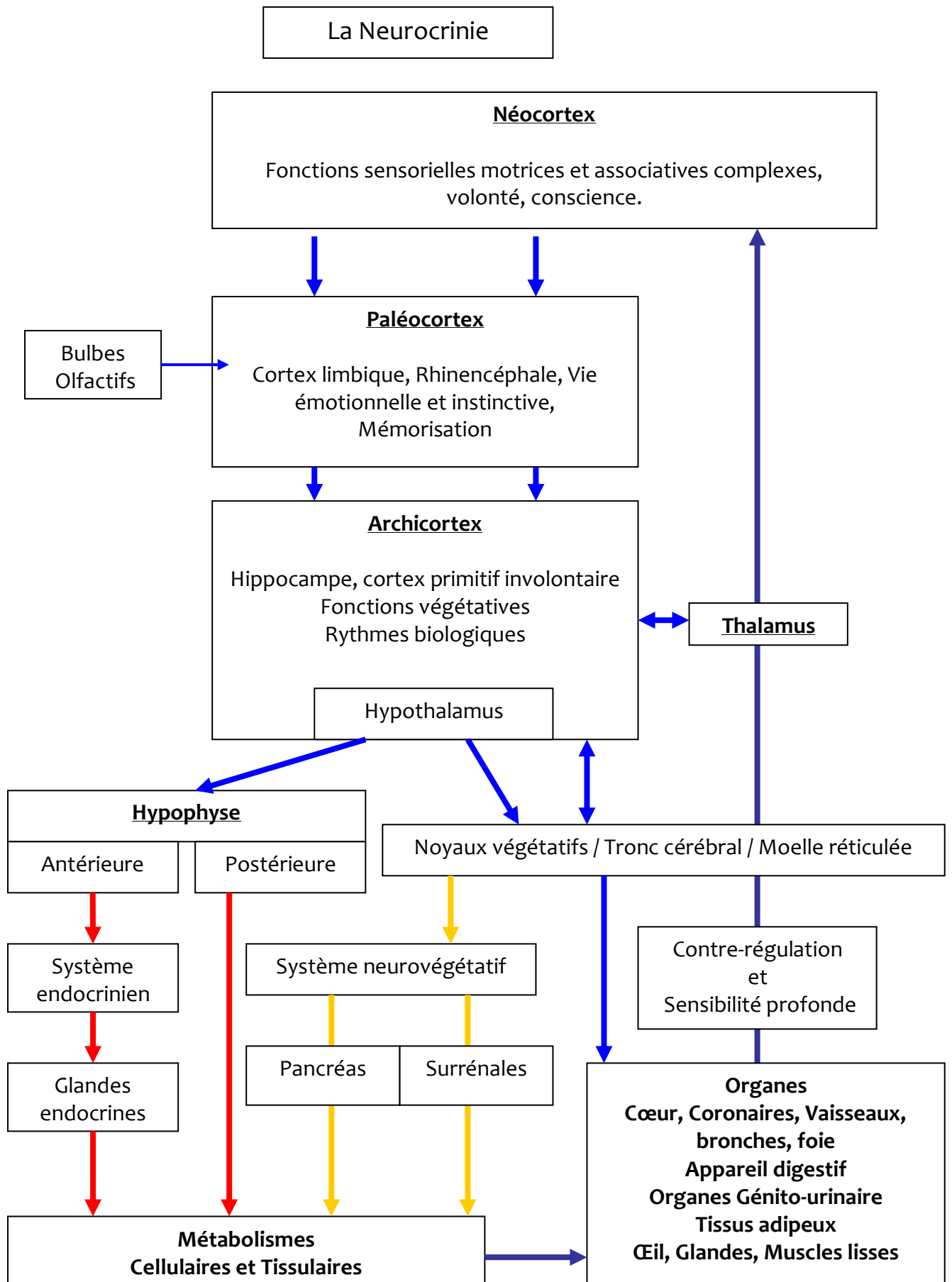
- Il est adaptateur, protecteur et assure l'homéorhèse en agissant par la vasomotricité et la viscéro-motricité.

- Il gouverne la vasomotricité des artères utérines et ovariennes.

- En cas de stimulation excessive, il installe une vasoconstriction, et en hypofonctionnement, une vasodilatation pouvant générer stase et congestion pelvienne.

- Au niveau utérin, les fibres motrices de l'utérus sont ortho et parasympathiques.

- Un déséquilibre fonctionnel peut s'installer par défaut ou par excès de stimulation.





## - La Consultation Ostéopathique -

### - L'interrogatoire.

#### - Anamnèse générale.

Etat civil  
Motif de consultation  
Antécédents médicaux  
Traitement médical général suivi  
Antécédents chirurgicaux  
Antécédents familiaux  
Antécédents traumatiques  
Contexte familial

#### - Anamnèse gynécologique

#### - L'historique de la génitalité

- Age des 1ères règles
- La puberté
- Grossesses antérieures (échecs, fausses couches)
- Avortements (mode)

#### - Histoire de la grossesse

- Démarrage: facile / difficile (immédiat ou assistance)
- Primipare / multipare
- Grossesse gémellaire ou +

#### - les troubles associés à la grossesse

- Nausées / Vomissements
- Constipation ou diarrhées
- Aigreurs d'estomac / pyrosis
- Œdèmes des membres inférieurs
- Lourdeurs des jambes
- Pesanteur pelvienne
- Tension mammaire ou mastose
- Sommeil perturbé
- Irritabilité, agressivité, syndrome dépressif
- Instabilité vésicale, incontinence

#### - Ecoulements vaginaux

- Sanguins ou leucorrhées
- Odeur

## - La Consultation du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois -

- Cette consultation est la plupart du temps motivée par la survenue de symptômes cliniques qui dérangent la patiente.

- Le protocole qui est présenté ci-après n'est qu'un axe de travail préconisé mais il ne doit en aucun cas être une systématique car l'ostéopathe doit toujours s'adapter à sa patiente de manière pragmatique et réfléchie.

Il présente néanmoins une structure logique par rapport aux cas cliniques et aux chaînes de dysfonctions les plus fréquemment rencontrés à cette période.

## - Protocole ostéopathique du 1<sup>er</sup> à 4<sup>ème</sup> mois -

### - La suite ascendante logique des tests:

- Test des cuboïdes
- Test de la flexion plantaire
- Test des fascias des membres inférieurs
- Test de la mobilité et motilité sacrée +++
- Test du bassin à 3 points +++
- Test de l'utérus et des lames Sacro-Recto-Génitiaux-Pubiennes (SRGP) +++
- Tests des pressions et tensions de l'abdomen +++
- Tests des coupes diaphragmatiques +++
- Tests des reins +++
- Test thoraco-hépatique et thoracique général +++
- Test de l'orifice Supérieur du Thorax (OST)
- Test crânien global
- Test de la base crânienne +++

- La mise en œuvre doit s'inscrire dans une recherche de construction de chaînes de dysfonctions qui animent les symptômes ayant motivés la consultation.

Si la consultation est préventive on recherchera les chaînes de fonctions intéressant particulièrement le pelvis, le diaphragme thoracique et la base crânienne.

- Test du pelvis a 3 points:



- Position du patient: en décubitus, genoux fléchis.
- Position du praticien: debout, latéralement au niveau des genoux du patient
- Test: le praticien empaume le sacrum avec une main et pose la paume de l'autre au niveau de l'EIAS controlatérale en positionnant son avant bras sur l'EIAS homolatérale. Il apprécie sa mobilité cinétique du bassin dans les 3 plans de l'espace.

- Test des lames Sacro-Recto-Génito-Pubiennes (SRGP) :



- Position du patient: en décubitus, genoux fléchis.
- Position du praticien: debout, latéralement au niveau du bassin du patient
- Test: le praticien empaume le sacrum avec la main caudale et pose délicatement la pulpe du pouce et de l'index sur les faces latérales de l'utérus. Il apprécie la tension et les restrictions de mobilité des lames SRGP dans les 3 plans de l'espace.

## - Les Techniques spécifiques du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois -

### - Technique de rééquilibrage de l'aorte -



#### - Position du patient:

En décubitus membres inférieurs fléchis pieds à plat sur la table.

#### - Position du praticien:

Debout placé transversalement au patient à la hauteur de son diaphragme. Les doigts de la main droite vont se positionner doucement au contact ou au plus près de l'aorte entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. La main gauche va se poser à plat sur le thorax, la base du 5<sup>ème</sup> doigt au niveau de la croise de l'aorte et l'éminence Thénard en regard de la partie inférieure du manubrium sternal.

#### - Technique:

Après avoir apprécié avec douceur la mobilité et la motilité de l'ensemble des éléments du thorax et de l'aorte le praticien va entraîner l'ensemble des structures se situant sous ses prises dans un sens fonctionnel tridimensionnel jusqu'à obtention d'un point tissulaire neutre. Il maintiendra la posture jusqu'à obtenir un relâchement tissulaire puis testera de nouveau les 3 plans de l'espace et recommencera la même manœuvre si nécessaire jusqu'à obtention d'une libération tissulaire maximale. Au cours de cette technique il accompagne les variations d'amplitude de la respiration abdominale.

- Les Techniques spécifiques du 5<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois -

- Technique de libération du cadre osseux pelvien -

- Technique iliaque à 2 points



- Position de la patiente:

- Décubitus membre inférieurs fléchis pieds posés à plat sur la table

- Position du praticien:

- Debout à droite de la patiente, à la hauteur du bassin, l'extrémité des doigts de la main gauche dans le sillon sacro-iliaque droite.

La main droite saisie l'EIAS droite ente le pouce et l'index replié de la main gauche.

- Technique:

- Le praticien effectuer un travail de motilité au niveau de la densité osseuse de l'aile iliaque dans les 3 plans de l'espace et dans un sens fonctionnel de libération.

- Table des matières -

- 109 - Livre 2 : "Ostéopathie et Accouchement"

- 110 - Table des matières
- 111 - L'accouchement
- 115 - Anatomie et physiologie de l'accouchement par voie basse
- 123 - Début du travail
- 126 - L'engagement
- 137 - La descente
- 142 - L'expulsion
- 147 - L'épisiotomie
- 153 - L'extraction instrumentale
- 155 - La délivrance
- 159 - Les dystocies
- 177 - suites de couches
- 181 - Incidences sur la statique pelvienne
- 185 - Analyse ostéopathique de l'accouchement
- 203 - Préparation à l'accouchement
- 204 - 1<sup>ère</sup> consultation
- 217 - 2<sup>ème</sup> consultation
- 221 - 3<sup>ème</sup> consultation

## - 2 - Descente et rotation du fœtus dans l'excavation.

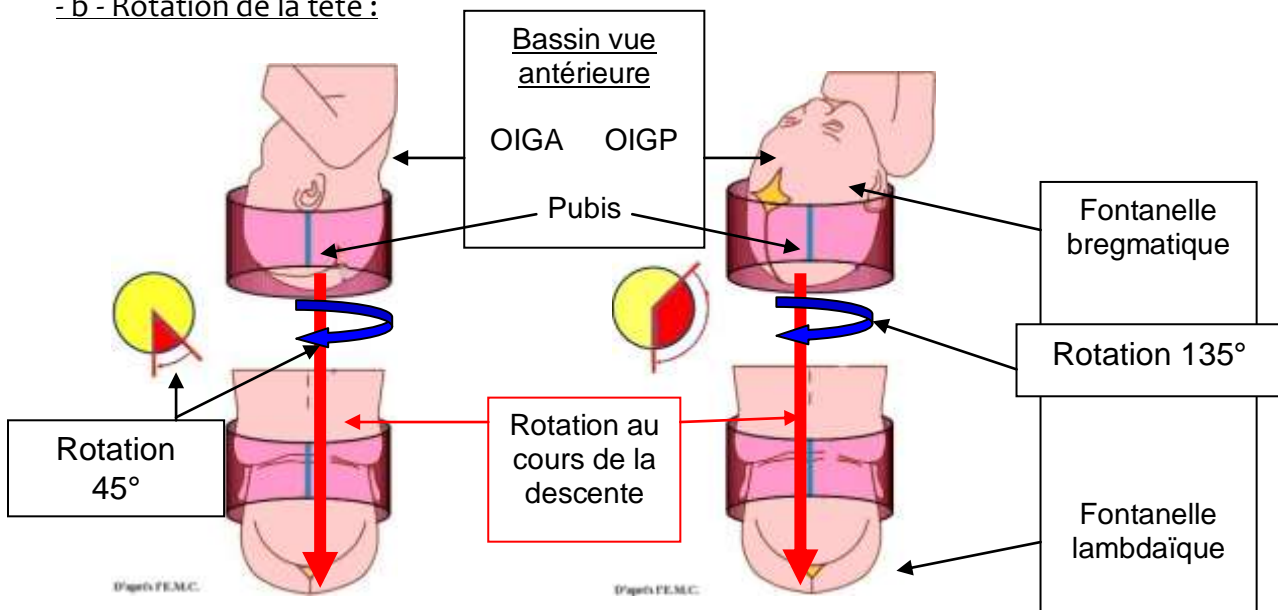
C'est le 2<sup>ème</sup> temps de la 2<sup>ème</sup> étape de l'accouchement après l'engagement.

Lorsque la tête descend dans l'excavation pelvienne, elle devient plus libre car elle se trouve dans un espace plus vaste que celui du cylindre d'engagement.

Dans la descente, plus la tête fœtale est fléchie lors de son arrivée dans l'excavation, plus elle dispose d'un espace important. Pendant la descente, il y a un contact permanent entre le fœtus et l'arc antérieur du bassin maternel. Tant que la tête a une position oblique, le contact avec l'arc antérieur assure en permanence la flexion.

Si elle est en transverse, ce n'est plus le cas et ceci permet de comprendre les anomalies de rotation et les dystocies du détroit moyen.

### - b - Rotation de la tête :



### - Présentation antérieure gauche -

### - Présentation postérieure gauche -

La rotation de la tête fœtale est la conséquence de son état de flexion aussi bien pour les variétés de positions antérieures que pour les postérieures. L'axe vertébral est reporté en arrière et toutes les réactions de l'arc antérieur sur le crâne tendent à ramener l'occiput en avant.

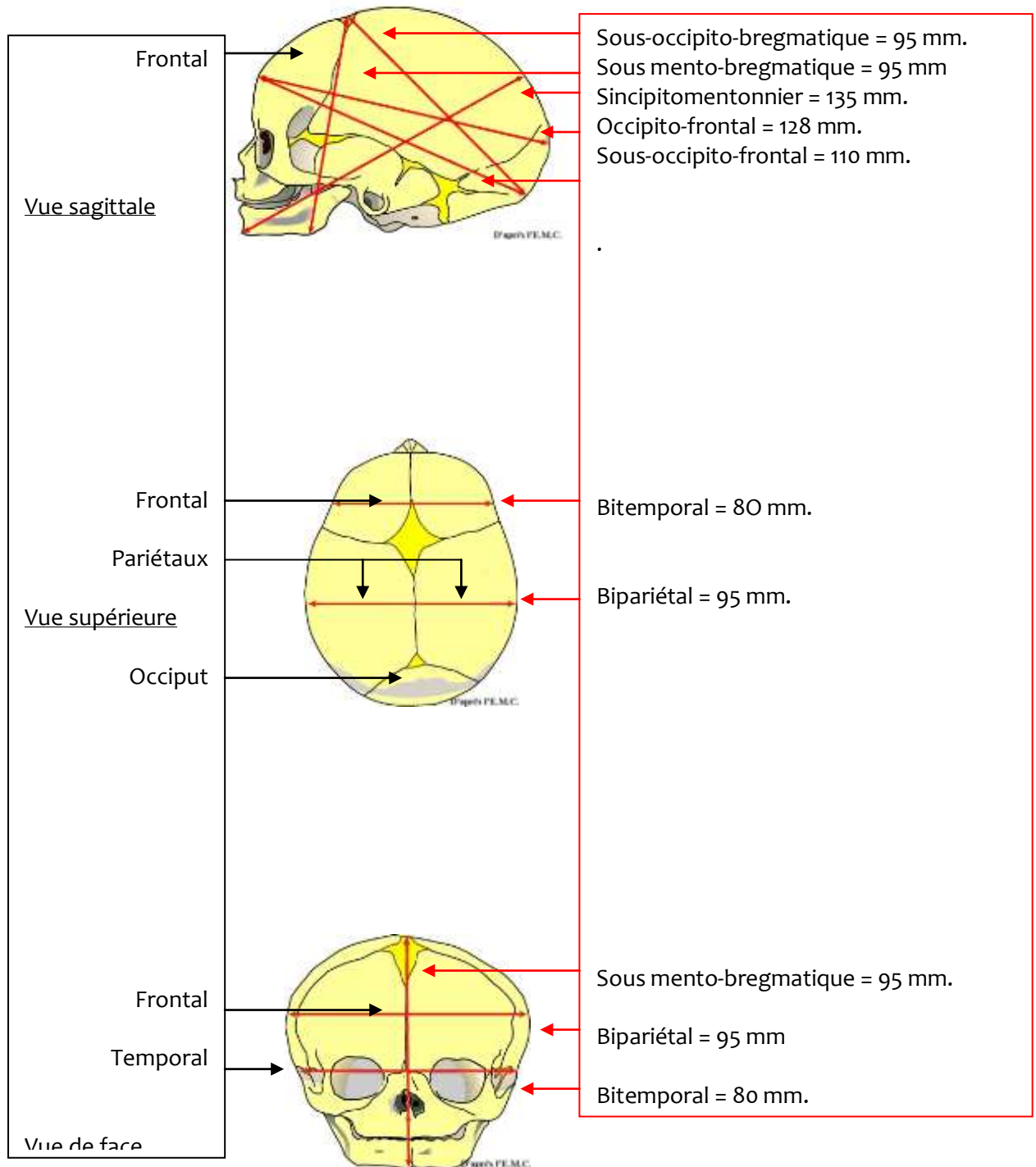
Toutes les antérieures tournent en avant en occipito-pubien (O.P.) après une rotation courte de 45°:

- dans le sens inverse des aiguilles d'une montre pour l'O.I.G.A.,
- dans le sens des aiguilles d'une montre pour l'O.I.D.A.,

- La grande suture est dans le diamètre antéropostérieur au niveau du détroit inférieur. La fontanelle postérieure est sous la symphyse pubienne.

- 97 % des postérieures tournent aussi en avant en O.P. mais après une grande rotation de 135° (3/8 de cercle) :

- G - La tête fœtale :



- Dimensions de la tête fœtale -



- Préparation Ostéopathique à l'accouchement -



- Préparation Ostéopathique en 3 consultations:

- 1<sup>ère</sup> consultation: = La préparation physique

- 2<sup>ème</sup> consultation: = La préparation technique

- 3<sup>ème</sup> consultation: = La communication Mère / Enfant

- Préparation Ostéopathique à l'accouchement -

- 1ère consultation: = La "préparation physique" -

- Assouplissement gymnique de libération articulaire -



- Technique d'assouplissement des hanches en Flexion -

- La patiente est en décubitus et saisie son membre inférieur droit plié et le tire lentement et progressivement vers la flexion en passant le long de la partie homolatérale de l'utérus gravide et en effectuant une rétroversion pelvienne simultanée.

- Elle maintien la posture de fin d'amplitude pendant 5 à 6 secondes puis relâche doucement et effectue le même mouvement de l'autre côté.



- Elle effectue ensuite l'exercice simultanément avec les 2 membres inférieurs selon les mêmes modalités.



- Les tests ostéopathiques du post partum -

- Il va être impératif de tester en tout premier lieu l'équilibre thoraco-abdominale car c'est sur ces zone que vont se trouver les déséquilibres majeurs.

- Test thoraco hépatique et thoracique général:



- Position du patient: en décubitus

- Position du praticien: debout, latéralement au niveau du thorax du patient, les mains positionnées sur les parties hautes et basses du sternum puis alternativement sur les 4 cadrans du gril costal.

- Test: le praticien apprécie à la fois les amplitudes respiratoires de la cage thoracique d'une manière globale puis segmentaire. Il apprécie la densité de la cage et de son contenu d'une manière globale puis segmentaire.

- Test de l'orifice supérieur du thorax:



- Position du patient: en décubitus tête dans le plan du corps.

- Position du praticien: assis à la tête du patient les mains posées en selle au niveau de l'orifice supérieur du thorax, les pouces au contact avec la masse des spinaux et les autres doigts étalés sur la clavicule. La commissure pouce index se trouvant au contact du muscle trapèze.

- Test: le praticien apprécie à la fois les amplitudes respiratoires de partie haute de la cage thoracique et les densités tissulaires des plans dorsaux postérieurs hauts. Il positionne ensuite ses index sur les faces supérieures des 1ères côtes et apprécie leurs cinétiques en analysant les restrictions d'amplitudes supérieures ou inférieures.

## - Les techniques ostéopathiques spécifiques du post partum -

### - Technique du pelvis à 3 points -



#### - Position du patient:

En décubitus membres inférieurs fléchis pieds à plat sur la table.

#### - Position du praticien:

Debout face au patient sur le côté droit de la table, la main droite empaumant le sacrum, l'éminence Thénard au contact du coccyx, le majeur et l'annulaire dans chaque sillon sacro-iliaque.

L'avant-bras gauche posé en pont au dessus du bassin la paume de la main gauche au contact de l'EIAS gauche du patient, la face interne de l'avant-bras au contact de l'EIAS droite.

#### - Technique:

Après avoir apprécié la mobilité et la motilité de l'ensemble des éléments du pelvis le praticien va entraîner l'ensemble des structures se situant sous ses prises dans un sens fonctionnel tridimensionnel jusqu'à obtention d'un point tissulaire neutre. Il maintiendra la posture jusqu'à obtenir un relâchement tissulaire puis testera de nouveau les 3 plans de l'espace et recommencera la même manœuvre si nécessaire jusqu'à obtention d'une libération tissulaire maximale.

## - Table des Matières Générale -

### - 1 - Livre 1 : "Ostéopathie et Grossesse"

- 4 - Table des matières du livre de la grossesse
- 5 - La Grossesse
- 6 - Le développement foetal
- 15 - L'utérus au cours de la grossesse
- 16 - L'adaptation posturale
- 17 - Modification de l'organisme au cours de la grossesse
- 21 - Les petits maux de la grossesse
- 23 - La neurocrinie
- 25 - Les voies hormonales
- 27 - Le suivi de la grossesse
- 28 - Calendrier du suivi de grossesse
- 29- Les modifications organiques de la grossesse
- 31 - La consultation ostéopathique
- 33 - L'examen clinique
- 35 Les syndromes classiques de la grossesse
- 37 La médecine ostéopathique: Comment ça marche?
- 41 - Les techniques Ostéopathiques
- 42 - Les chaînes des dysfonctions (exemples)
- 47 - Rappels et définitions des techniques ostéopathiques
- 48 - Schématisation de la motilité
- 49 - Le travail tissulaire
- 51 - Principes des techniques tissulaires
- 55 - La consultation du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois
- 55 - Le protocole ostéopathique du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois
- 56 - Les tests du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois
- 65 - Techniques ostéopathiques spécifiques du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois
- 77 - La consultation du 5<sup>er</sup> au 9<sup>ème</sup> mois
- 77 - Le protocole ostéopathique du 5<sup>er</sup> au 9<sup>ème</sup> mois
- 78 - Les tests du 5<sup>er</sup> au 9<sup>ème</sup> mois
- 85 - Techniques ostéopathiques spécifiques du 5<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois

## - 109 - Livre 2 : "Ostéopathie et Accouchement"

- 110 - Table des matières
- 111 - L'accouchement
- 115 - Anatomie et physiologie de l'accouchement par voie basse
- 123 - Début du travail
- 126 - L'engagement
- 137 - La descente
- 142 - L'expulsion
- 147 - l'épisiotomie
- 153 - L'extraction instrumentale
- 155 - La délivrance
- 159 - Les dystocies
- 177 - suites de couches
- 181 - Incidences sur la statique pelvienne
- 185 - Analyse ostéopathique de l'accouchement
- 203 - Préparation à l'accouchement
- 204 - 1<sup>ère</sup> consultation
- 217 - 2<sup>ème</sup> consultation
- 221 - 3<sup>ème</sup> consultation

## - 227 - Livre 3 : "Ostéopathie et Post Partum"

- 228 - Table des matières
- 229 - Le post partum
- 233 - La consultation du post partum
- 237 - Les tests spécifiques du post partum
- 243 - Les techniques ostéopathiques spécifiques

## - 261 - Conclusion -

- 263 - Table des matières générale
- 265 - Bibliographie

## - Conclusion -

L'essentiel du développement de la Médecine Ostéopathique est basé sur la transmission des connaissances fondamentales, des expériences professionnelles et des qualités sensibles et empathiques des praticiens.

Tout praticien Ostéopathe a le devoir d'apporter sa "pierre" à ce long chemin de développement pour continuer à pérenniser l'essor de cette médecine.

A travers cette formation j'ai essayé de vous transmettre une synthèse structurée de mon expérience et de ma pratique professionnelle.

Je ne vous ai pas bien sûr transmis une "panacée universelle" mais j'espère que les éléments que j'ai pu vous apporter participeront à renforcer vos fulcrum de praticiens en enrichissant vos connaissances pour vous permettre d'affiner vos pratiques professionnelles.

L'Ostéopathie flotte sur la route de l'universalité et de l'infini n'oubliez jamais que les grands édifices ne sont que les sommes cumulées de petits éléments qui se sont assemblés et dont nous faisons partie.

Pensez toujours à participer activement au "voyage intemporel" de cette merveilleuse médecine... sachez toujours transmettre ce que vous êtes dans l'intérêt de l'humain.

*" On ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux"*

Antoine de Saint Exupéry  
*"Le petit prince"*