

MÉDECINE MANUELLE

Journée Robert MAIGNE

Congrès

Novembre 2025 - ISSN 2968-6121

Revue de Médecine Manuelle
Orthopédique et Ostéopathie Médicale

59

Organe officiel de la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

La Revue de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale publie des articles concernant toute la pathologie de l'appareil locomoteur sous l'angle de la Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale. Afin de standardiser les présentations de nos articles et de faciliter le travail du rédacteur en chef et de l'imprimeur, nous demandons aux auteurs de respecter les règles suivantes qui concernent tout article adressé à la Revue.

Disposition générale : une première page de présentation comprenant :

1. Le titre, en Majuscule, en français, et en anglais : de préférence moins de 120 signes espaces compris, soit environ 20 mots (maximum 150 signes espaces compris), éventuellement sous-titre, sans abréviation ;
2. La liste des auteurs (prénoms et noms en entier) dans l'ordre de publication souhaité, et leur(s) affiliation(s), appelées par un chiffre en exposant après le nom de l'auteur ; le nom de l'auteur ou de leurs auteurs doit être de police 10 ou 11, mentionné d'une * qui indiquera en fin de première page les noms, titres et qualités de ou des auteurs avec l'adresse électronique (impératif) ;
3. L'indication des conflits d'intérêts liés au contenu de l'article pour chaque auteur comme précisé plus haut ;
4. De 3 à 6 mots clés MeSH (Medical Subject Headings) en français et en anglais (disponible sur <https://www.hetop.eu/hetop/>) ;
5. Un résumé structuré en français, un autre en anglais si possible, d'une dizaine de lignes motivant l'intérêt ou l'objet de l'article, dont la longueur est limitée à 2000 signes espaces compris chacun (soit environ 300 mots). L'abstract en anglais devra être écrit dans un anglais correct, si possible rédigé ou révisé par un locuteur natif.
6. L'article lui-même doit bien distinguer les différentes parties du texte, rédigé en Times New Roman, Calibri ou Cambria de police 10, 11 ou 12 en fonction du nombre de pages. L'introduction doit présenter brièvement le sujet et le situer par rapport aux données communes. L'article doit présenter une introduction, un corps subdivisé et une conclusion ainsi qu'une bibliographie. Les textes de chapitre sont en police 14 point gras, minuscules. Elles sont séparées du reste du texte par un ou deux sauts de lignes en dessous. Et ne sont jamais suivi d'un point. Éviter les abréviations ou les phrases courantes, veiller à l'orthographe et à la grammaire, la concordance des temps. Le corps du texte au format et longueur recommandés en fonction du type d'article soumis. Le style doit être simple et précis. «L'absence de style est le meilleur style en rédaction médicale». Les phrases doivent être courtes (maximum 220 signes, soit environ 35 mots). Le cas échéant, les auteurs ont la possibilité de remercier les personnes qui ont contribué de manière significative à la conduite de l'étude ou à la rédaction de l'article. Ces remerciements figurent alors à la fin de l'article, après les sources de financement et avant les références bibliographiques.
7. Références Bibliographiques : Les références bibliographiques doivent répondre au standard Vancouver, et doivent être numérotées en exposant par ordre d'apparition dans le texte ou par ordre alphabétique et dont les références apparaissent dans le corps de texte. La bibliographie doit comporter le nom de l'auteur et prénom si possible, le titre de l'article ou de l'ouvrage de référence, l'année et l'Édition. Il n'y a pas de retour à la ligne pour une référence donnée. Pas de saut de lignes entre les références. Les appels de référence sont renvoyés en fin de phrase, avant le point. Une même référence utilisée plusieurs fois garde le même numéro. Si la référence provient d'un périodique, citer les six premiers auteurs avec l'(es) initiale(s) du prénom suivie(s) d'une virgule et le dernier auteur suivi d'un point. Au-delà de six auteurs, citer les trois premiers suivis de « et al. ». Indiquer ensuite le titre complet de l'article dans sa langue originale suivi d'un point, puis le nom de la revue selon l'abréviation de l'index Medicus, sans point. Préciser ensuite l'année de publication suivie d'un point-virgule sans espace, puis le numéro du fascicule dans le volume suivi de 2 points, sans espace, puis la première page avec son numéro en entier et la dernière page abrégée du texte, séparées par un tiret. La référence se termine toujours par un point.
8. Figures, Illustrations, Tableaux, Supports : Il faut les référencer dans le texte et les positionner en dehors du texte à la fin de l'article pour la mise en page. Bien annoter les schémas et illustrations et leur correspondance au texte (Ex : fig1). Une figure ne peut en aucun cas être une reproduction d'une figure déjà publiée dans une autre revue ou dans un ouvrage sauf autorisation écrite de l'éditeur concerné. Il n'y a pas de majuscule à figure, pas d'espace entre le point et le numéro. La légende des figures doit être fournie en fin d'article. Les tableaux doivent être présentés séparés en fin d'article avec sa légende et numérotés en chiffre Arabe (tableau 1, 2..).

L'article proposé doit être envoyé en format Word par courriel à docteurdumay@gmail.com.

EDITORIAL

Chers sociétaires, Chers Confrères, Chères Consoeurs,

Cette revue a la particularité de rapporter des articles qui au-delà des « trucs et astuces » de la Journée Robert MAIGNE, témoigne de l'expertise de leurs auteurs sur des thématiques diverses. Ces différentes approches de la médecine manuelle peuvent être enrichissantes même s'il ne faut pas tomber dans le piège d'hypothèses non vérifiables de notre pratique quotidienne.

Ce qui réunit les médecins de toutes spécialités, ce sont nos bases communes anatomiques et physiopathologiques qui nous ont été enseignées communément sur les bancs de la faculté de Médecine et le Primum Non Nocere de notre serment d'Hippocrate. Sans forcément faire de l'Evidence Based Médecine, préserver notre référentiel commun doit être notre fil conducteur, tel le fil d'Ariane qui nous a été enseigné par Robert MAIGNE.

Ce référentiel bien diligenté par le Collège des Enseignants de Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale (CEMMOM) devrait être désormais validé comme seul référentiel pour obtenir le diplôme Inter-Universitaire de Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale reconnu par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Par-delà les engagements politiques, le monde de la médecine manuelle a besoin de faire ses preuves, non sur le terrain, mais auprès de nos confrères médecins et de nos instances publiques. L'ostéopathie est une réalité sociale et les médecins de médecine manuelle sont trop peu nombreux pour lutter contre le vent ; par contre, notre société savante se doit de se renouveler et de repenser l'avenir en consolidant ses bases scientifiques, d'augmenter ses recommandations, d'augmenter le niveau scientifique des congrès.

Rester sur le terrain de la science médicale plutôt que celui du confort de la Santé : là est notre terrain de jeu ! L'avenir de la médecine manuelle pourrait s'orienter vers les interventions non médicamenteuses mais beaucoup de travail reste à fournir dans ce domaine. S'il faut perdurer dans un monde pluri-disciplinaire sans se noyer, ne perdons pas notre boussole de navigation avec une société savante qui doit s'adapter en gardant son identité. Notre expertise demande à faire sa preuve scientifique et notre niveau scientifique doit être à l'image de ce que nous sommes, des médecins.

Nous manquons d'articles scientifiques publiés pour envisager plusieurs éditions annuelles. Des études, des travaux de thèses et de mémoires pourraient être publiés en complément de notre revue annuelle reflet de notre activité professionnelle. En participant activement, chaque sociétaire porte le flambeau de la Médecine Manuelle et de l'Ostéopathie médicale. Cette revue pourra alors inscrire dans le temps, le sérieux de notre discipline auprès de nos confrères et des instances publiques. Oublions les enjeux politiques et faisons du scientifique !

Je souhaite à tous, une belle lecture de cette revue avec le plus de plaisir possible.

Bien Confraternellement
Docteur Olivier Dumay

LA REVUE DE MÉDECINE MANUELLE ORTHOPÉDIQUE ET OSTÉOPATHIE MÉDICALE

Organe Officiel de la Société
Française de Médecine Manuelle
Orthopédique et Ostéopathie
Médicale (SOFMMOOM)

Directeur de Publication

Dr Marc Rozenblat
Président de la SOFMMOOM

Conseil Scientifique

Dr Giovanni ASERO
Catane Italie

Dr Corado BALZAN
Belluno Italie

Dr Olivier DUMAY
Aix en Provence - Nîmes France

Dr Patrick ILL
Paris France

Dr Marc ROZENBLAT
Paris France

Rédacteur en Chef :

Docteur Olivier DUMAY

Comité de rédaction

Olivier DUMAY,
Médecine Manuelle Orthopédique et
Ostéopathie Médicale, Médecine et
traumatologie du sport, Médecin Expert,
Directeur d'enseignement universitaire
Montpellier- Nîmes,
Praticien Med. Physique CHU Nîmes

Dr Patrick ILL
Rhumatologue,
Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale-Paris

Dr Marc ROZENBLAT,
Médecine et traumatologie du sport, Médecine
Manuelle Orthopédique et Ostéopathie
Médicale, Directeur pédagogique de
l'enseignement Médecine manuelle ostéopathie
médicale à la faculté de médecine du Kremlin
Bicêtre de l'université Paris Saclay

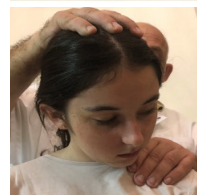
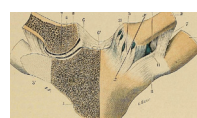
Contact

Dr Olivier DUMAY
docteurdumay@gmail.com

Couverture

"Nu de Dos", Henri Matisse 1949

SOMMAIRE



ÉDITORIAL

Docteur Olivier DUMAY Page 3

ANATOMIE

Présentation Hérétique de l'examen Segmentaire Rachidien... Page 5

Docteur Jacques MONIERE

CLINIQUE ET PATHOLOGIE

Effet magique de la réduction de la micro-subluxation de l'articulation sacro-iliaque (mSASI) Page 7

Docteurs Patrick ILL et Jean Louis SALVAGNAC

ARTICLE ORIGINAL

Quand peut-on évoquer un problème postural face à une pathologie aigue Page 14

Docteur Gérard HATESSE

THERAPEUTIQUE MANUELLE

La compression digitale de l'angle sterno-costoclaviculaire Page 18

Docteur Gérard HATESSE

FICHE TECHNIQUE

Les Tests Cervicaux de Précautions Page 21

Docteur Olivier DUMAY

JURIDIQUE

Ostéopathie Pédiatrique : Avis d'Expert Page 24

Docteur Olivier DUMAY

Comment devenir sapiteur ou expert en ostéopathie médicale auprès des tribunaux français ? Page 29

Docteur André MONROCHE - Compagnie des Experts de Justice en Ostéopathie Médicale

UNIVERSITAIRE

Lombalgie, Manipulation et Littérature Scientifique Page 32

Professeur Arnaud DUPEYRON

Comité de Lecture : Un nouveau modèle d'enseignement et de pratique des thérapies manuelles - *Docteur Patrick ILL* Page 35

Ostéopathie pédiatrique Page 35

Pre Agnès LINGLART, Pr Romain BASMACI, Pre Christèle GRAS LE GUEN

INTERNATIONAL

L'avenir de la Médecine Manuelle en Europe. Page 37

Docteur Bernard TERRIER

Retour Assemblée Générale FIMM 2025 - *Docteur Patrick ILL* Page 39

ARCHIVES - ANCIEN ARTICLE

La lombalgie manipulable selon CYRIAX Page 40

Docteur David CYPEL

PROFESSIONNEL

Information - Agendas - Formation. Page 42

ANATOMIE

PRÉSENTATION HÉRÉTIQUE DE L'EXAMEN SEGMENTAIRE RACHIDIEN.

HERETICAL PRESENTATION OF THE SPINAL SEGMENTAL EXAMINATION

Dr Jacques MONIERE *

RÉSUMÉ : Les signes de l'examen segmentaire sont bien connus, mais deux éléments méritent d'être précisés. En cervical, la tuméfaction perçue comme une olive, rénitente à la palpation, se situe dans la gouttière para-vertébrale, entre la base de l'épineuse et l'articulation zygapophysaire. Il en est de même de la tuméfaction palpable en lombaire, parfois visible à jour frisant. Il convient donc de bien distinguer ce point para-vertébral du point articulaire postérieur, décrit par Robert MAIGNE. Ce point para-vertébral correspond à la contracture des muscles inter-vertébraux. Par ailleurs, il faut être conscient que l'examen segmentaire est l'expression axiale du syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique.

ABSTRACT : The signs of the segmental examination are well known, but two aspects deserve clarification. In the cervical region, the swelling felt as an olive-like, firm mass on palpation, is located in the paravertebral groove, between the base of the spinous process and the zygapophyseal joint. The same applies to the palpable swelling in the lumbar region, which may sometimes be visible under tangential lighting. It is therefore important to clearly distinguish this paravertebral point from the posterior articular point, described by Robert MAIGNE. This paravertebral point corresponds to the contracture of the intervertebral muscles. Furthermore, one should be aware that the segmental examination represents the axial expression of the cellulo-tendino-periosto-myalgic syndrome.

MOTS CLÉS : rachis, clinique, ostéopathie

KEYWORDS : Spine, clinical examination, osteopathy

*J.MONIERE, médecin rhumatologue, ostéopathe, enseignant au DIU de Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale de Tours (jmoniere@gmail.com).

I - INTRODUCTION

Les signes de l'examen segmentaire, expression de la sensibilisation centrale, surtout médullaire, responsable de la dysfonction vertébrale, sont bien connus, depuis que Robert MAIGNE les a regroupés dans un même concept, parallèlement à la description de l'examen cellulo-téno-périosto-myalgique, et ces deux descriptions sont depuis plus de cinquante ans la base de l'examen clinique en Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale (MMOM). Néanmoins, au risque de paraître hérétique, deux éléments méritent d'être précisés, l'ajout du point para-vertébral à la description princeps, et l'intégration de l'examen segmentaire dans le syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique (Syndrome SCTPM).

Le point para-vertébral

Rappelons que l'examen segmentaire tel que décrit par Robert MAIGNE associe pression latérale et axiale de l'épineuse, pression contrariée des épineuses sus et sous-jacentes si besoin, friction inter-épineuse et pression du point articulaire postérieur.

En cervical, la tuméfaction perçue comme une «olive», rénitente à la palpation, se situe dans la gouttière para-vertébrale, entre la base de l'épineuse

et l'articulation zygapophysaire. Cette zone est bien représentée sur la figure 1. Il s'agit manifestement d'une structure musculaire, rénitente à la palpation, et disparaissant instantanément à la suite d'une manipulation vertébrale judicieusement effectuée. Ces éléments s'opposent à la palpation de l'articulation postérieure, dont le contact osseux est dur et qui n'a aucune raison de disparaître après traitement.

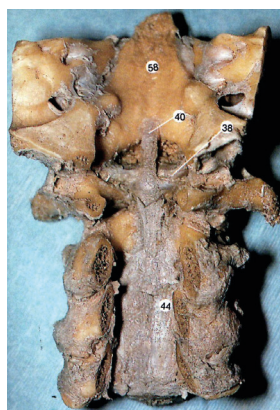


Figure 1 : Coupe frontale du rachis cervical ligne des épineuses avec la massif articulaire postérieur en dehors et la gouttière para-vertébrale entre les deux.

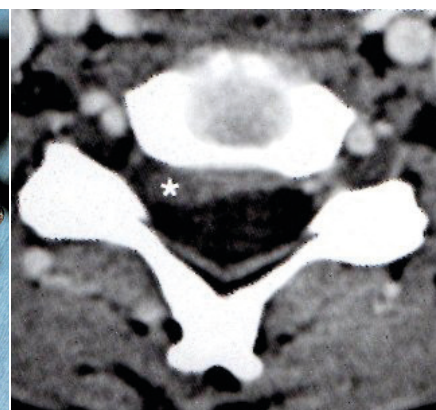


Figure 2 : Masse des muscles intrinsèques.

Ce point para-vertébral correspond à la contracture des petits muscles inter-vertébraux dont la tuméfaction se transmet plan par plan jusqu'au doigt palpateur, ce qui explique mieux sa disparition après manipulation. La logique plaide en faveur du court rotateur, du fait du caractère segmentaire de cette tuméfaction, de sa forme et de la mise en tension en rotation permettant sa manipulation et sa disparition. Il ne peut s'agir des plans musculaires situés au-dessus, qui sont constitués de muscles longs, qui ne peuvent présenter ces caractéristiques, que ce soit de la surface à la profondeur le trapèze, le splénius de la tête et le semi-épineux de la tête. Quant au semi-épineux du cou et au multifidus, ils n'ont pas le caractère segmentaire. Le scanner cervical de la figure 2 montre bien la masse des muscles intrinsèques entre l'épineuse et l'articulation zygapophysaire.

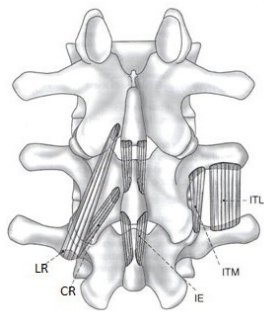


Figure 3 : muscle court rotateur

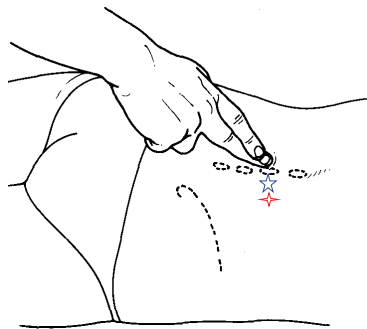


Figure 4

Il en est de même de la tuméfaction palpable en lombaire, parfois visible à jour frisant. La figure 3 représente ce muscle court rotateur en lombaire. Là aussi, il convient donc de bien distinguer ce point para-vertébral du point articulaire postérieur, décrit par Robert MAIGNE, de contact dur, osseux à la palpation, situé en lombaire à deux voir trois travers de doigt (en L5S1) de la ligne des épineuses, alors que le point para-vertébral se situe à un travers de doigt, dans la gouttière. Sur la figure 4, le point para-vertébral est en bleu, le point articulaire postérieur en rouge.

L'examen segmentaire fait partie du syndrome Cellulo-Téno-Périosto-Myalgique

L'examen segmentaire est l'expression axiale du syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique.

Robert MAIGNE a regroupé sous ce vocable des signes

décrits isolément par différents auteurs, mais qui ont comme particularité de traduire des « modifications de sensibilité et de consistance des tissus qui peuvent être mises en évidence dans le métamère correspondant au segment vertébral douloureux ». C'est ainsi que :

- La dermocellulalgie correspond au dermatome de ce métamère,
- Les cordons indurés musculaires sont la traduction de l'irritation du myotome,
- L'hypersensibilité du périoste et des insertions tendineuses et ligamentaires témoignent de celle du sclérotome.

Dans les écrits de Robert MAIGNE et, en conséquence dans l'enseignement, il est coutume de séparer l'examen segmentaire du syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique, alors que l'examen segmentaire est la traduction axiale, rachidienne, de ce syndrome.

a. La douleur à la pression axiale témoigne d'une irritation du sclérotome par la mise en tension du ligament inter-épineux, et la pression sur le périoste,

b. La douleur à la pression latérale témoigne d'une irritation du myotome, la rotation induite mettant en tension les muscles inter-vertébraux, mais aussi du sclérotome par pression sur le périoste ; cette sensibilité périostée est bien mise en évidence en contrariant la rotation de la vertèbre par un appui controlatéral sur l'épineuse.

c. Il en est de même pour la pression contrariée, avec mise en jeu des muscles intrinsèques lors de la rotation du joint inter-vertébral concerné (myotome), mais l'existence d'une douleur, certes moins intense, au testing de l'autre joint, du fait de l'appui latéral sur l'épineuse (sclérotome) ; par exemple, dans une dysfonction L2L3, avec douleur seulement à la pression latérale de L2, le testing L2L3 sera douloureux, mais le testing L1L2 réveillera une douleur moindre correspondant à la sensibilité périostée de l'épineuse de L2.

d. La friction de l'espace inter-épineux, et donc du ligament inter-épineux, met évidemment en jeu le sclérotome,

e. La palpation du point para-vertébral intéresse le myotome, puisqu'il s'agit d'une palpation des muscles inter-vertébraux,

f. Quant au point articulaire postérieur, sa douleur à la palpation dépend du sclérotome (articulation zygapophysaire et sa capsule, périoste).

CONCLUSION

Ainsi, sans remettre en cause les remarquables descriptions réalisées par Robert MAIGNE, il est possible d'affiner encore l'examen segmentaire et de préciser que celui-ci fait partie du syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Beauthier JP, Lefevre Ph. Traité d'anatomie. Tome 3. Bruxelles : De Boeck Université ; 1993.
2. Le Corre F, Rageot E. Atlas pratique de médecine manuelle ostéopathie. 2e éd. Paris : Masson ; 2005.
3. Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale : comprendre, diagnostiquer et traiter. Paris : Elsevier Masson ; 2006.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

CLINIQUE PATHOLOGIE

EFFET MAGIQUE DE LA RÉDUCTION DE LA MICRO-SUBLUXATION DE L'ARTICULATION SACRO-ILIAQUE (MSASI)

MAGICAL EFFECT OF REDUCING MICRO-SUBLUXATION OF THE SACROILIAC JOINT (MSSIJ)

Dr Patrick ILL*, Dr Jean Louis SALVAGNAC**

RÉSUMÉ : Dans la prise en charge initiale du patient, il est intéressant de pouvoir montrer le bénéfice immédiat d'une technique de médecine manuelle, qui permettra ensuite de faciliter l'adhésion du patient aux techniques utilisées ultérieurement lors de la consultation. La micro-sublaxation de l'articulation sacro-iliaque (mSASI), qui fait partie des dysfonctions fréquemment observées en médecine manuelle, mérite toute notre considération dans cet objectif, du fait de la perception possible de son impact notamment sur les mobilités passives de la hanche du patient(e) avant et après traitement. En effet, la mSASI peut être aisément appréciée, en complément du test d'antéflexion du tronc assis (Test de Piedallu) ou debout (Spine Test), par de la réalisation de tests physiques additionnels comme proposés dans la description initiale de 2006 (7). Il s'agira ici de se concentrer sur le test de recherche des rotations passives de la hanche, qui est réalisé en décubitus ventral et vise à rechercher l'impact de la mSASI sur les rotations latérales et médiales passives de l'articulation coxo-fémorale, de façon comparative, à la fois par l'opérateur jugeant de l'angle de rotation obtenu, et également par le patient, percevant le positionnement relatif de ses membres inférieurs l'un par rapport à l'autre, partant d'une position neutre, obtenue en faisant fléchir passivement les genoux du patient tout en maintenant ses jambes à la verticale par les malléoles tenues en pince. En effet, l'hypothèse physiopathologique de la mSASI associe un déplacement postéro-supérieur de l'os coxal et une rotation latérale de celui-ci responsable d'une « fausse » limitation de mobilité de la hanche, notamment en rotation médiale de la hanche du côté de la mSASI qui sera potentiellement levée par la manœuvre de réduction de celle-ci. Une fois la manœuvre de réduction exécutée du (ou des) côté(s) où se retrouve la « fausse » restriction de la mobilité passive, la restauration de l'amplitude du mouvement de rotation passive est immédiate. La validation est à la fois visible par l'opérateur jugeant la récupération de l'angle de rotation médiale par rapport au côté sain et aussi par le ressenti du patient, qui perçoit comme par « magie », son membre inférieur tombant de façon comparable au côté opposé. La micro-sublaxation de l'articulation SI, fréquemment observée dans la prise en charge initiale des patients en médecine manuelle, permet lors de sa réduction de faire ressentir le bénéfice immédiat d'une technique manuelle, simple et indolore, presque de façon « magique ».

ABSTRACT: In the initial management of a patient, it is important to demonstrate the immediate benefit of a manual medicine technique, which will then facilitate patient adherence to the techniques used later during the consultation. Micro-sublaxation of the sacroiliac joint (mSSIJ), which is one of the dysfunctions frequently observed in manual medicine, deserves our full consideration in this objective, due to the possible impact on the patient's passive hip mobility before and after treatment. Indeed, the mSSIJ can be easily assessed, in addition to the seated or standing trunk anteflexion test (such as the Piedallu or Spine Test), by performing additional physical tests (7) as proposed in the initial description of 2006. Here, we will focus on the passive hip rotation search test, which is performed in the prone position and aims to research the impact of the mSSIJ on passive lateral and medial rotations of the coxofemoral joint, in a comparative manner, both by the operator judging the rotation angle obtained, and also by the patient, perceiving the relative positioning of his lower limbs in relation to each other, starting from a neutral position, obtained by passively bending the patient's knees while keeping his legs vertical by the malleoli held in a pincer movement. Indeed, the proposed pathophysiological hypothesis of mSSIJ (7) associates a posterosuperior displacement of the coxal bone and a lateral rotation of the latter responsible for a "false" restriction of hip mobility, particularly in medial rotation of the hip on the side of the mSSIJ which will potentially be lifted by the reduction maneuver of the latter. Once the reduction maneuver is performed on the side(s) where the "false" restriction of passive mobility is found, the restoration of the amplitude of passive rotation movement is immediate. Validation is both visible by the operator judging the recovery of the medial rotation angle compared to the healthy side and also by the patient's feeling, who perceives as if "magical", his lower limb falling in a comparable way to the opposite side. Micro-sublaxation of the SI joint, frequently observed in the initial management of patients in manual medicine, allows during its reduction to feel the immediate benefit of a simple and painless manual technique, almost in a "magical" way.

MOTS CLÉS : perception sensorielle, médecine manuelle, thérapie manuelle, proprioception, dysfonction sacro-iliaque, rétroaction sensorielle, subluxation

KEYWORDS : sensory perception, manual medicine, manual therapy, proprioception, sacroiliac dysfunction, sensory feedback, subluxation

**Dr Patrick ILL (Rhumatologue à Paris, DU Médecine du Sport (Saint-Etienne), DU de Statistique Appliquée à la Médecine (Paris 6), DU d'Évaluation Médicale et Économique (Bobigny), DIU de MMO (Créteil), SFR, SOFMMOOM, SFO). **Dr Jean Louis SALVAGNAC (Généraliste à Chaudes-Aigues en Aubrac, DU de Traumatologie du Sport (Paris 6), DU de Podologie du Sport (Paris 6), DU de Médecine Orthopédique et Physiothérapie Médicale (Paris 5), Capacité d'Hydrologie et Climatologie Médicale (Clermont-Ferrand), GEMMIF, SFO).*

INTRODUCTION

La prise en charge des douleurs et « restrictions » de mobilité, le plus souvent lombaires basses, associées à une dysfonction sacro-iliaque (DSI) représente un défi clinique courant en médecine manuelle, tout comme en médecine physique et rhumatologique (3). Parmi les dysfonctions de l'articulation sacro-iliaque, il apparaît important de pouvoir distinguer en médecine manuelle l'existence d'une micro-subluxation de l'articulation sacro-iliaque (mSASI), très fréquemment retrouvée (soit chez près de 1 personne sur 2 dans une population présentant des troubles musculosquelettiques) (7) et retrouvée en pratique clinique de façon parfois plus fréquente encore, car retrouvée parfois chez des sujets peu symptomatiques, voire asymptomatiques. La mSASI est facilement identifiable par la réalisation de deux tests dynamiques et deux signes physiques, tels que décrits initialement (7). Le propos de cet article se limitera à juger de l'intérêt particulier d'un des deux tests physiques, celui de la recherche des mobilités passives des hanches (rotations médiales), permettant d'associer une validation visuelle par l'examineur et une perception directe par le patient du bénéfice d'une méthode réduction de la mSASI, simple et indolore, réalisée par une mobilisation du membre inférieur concerné. Il s'agira donc de rapporter l'effet immédiat d'une technique manuelle, permettant de restaurer une dysfonction à type de mSASI, dont la mise en évidence se fera par la restauration de la rotation médiale passive de l'articulation coxo-fémorale homolatérale.

Une particularité de cette approche réside dans l'importance accordée à la contribution du patient, non seulement en tant que sujet passif recevant le traitement, mais également en tant qu'acteur central dans l'évaluation de l'efficacité de la méthode de mobilisation utilisée. En effet, la perception sensorielle du patient, notamment sa capacité à distinguer une asymétrie de mobilité passive de l'articulation coxofémorale et à ressentir ensuite une restauration de cette asymétrie après le traitement, est un élément essentiel pour confirmer le succès de la technique et valider son bénéfice clinique potentiel. La perception consciente ou inconsciente de la position de la position

d'un segment ou d'une partie du corps dans l'espace est également nommée proprioception, se devra d'être considérée comme effective permettant à la fois une bonne perception de la localisation des parties de son corps dans l'espace, tout comme la conscience du soi, selon les déterminants des neurosciences actuelles (4,6).

Bien que le rôle de la perception sensorielle en médecine manuelle soit un domaine de recherche encore en développement, plusieurs études ont souligné son importance dans l'optimisation des techniques et l'amélioration des résultats cliniques (2). En effet, la rétro-action sensorielle du patient, incluant la description de ses sensations et perceptions, peut guider le praticien dans l'ajustement des paramètres du traitement (direction, amplitude, force) et permettre une prise en charge plus personnalisée et adaptée à chaque individu, conformément aux principes des soins centrés sur le patient.

Dans cette observation de pratique clinique, nous suggérons l'intérêt de tester l'impact de cette technique de réduction, en présence d'une mSASI, en accordant une attention particulière à la perception faite par le patient de l'asymétrie des mobilités passives de ses hanches, en position couchée en procubitus, avec les jambes demi-fléchies, avant (pré-test) et après le traitement (post-test).

MÉTHODES

La réalisation d'un test dynamique de flexion du tronc, s'effectue soit en position assise (Test de Piedallu), soit préférentiellement en position debout (Spine Test), en se positionnant au dos du patient, avec les pouces placés sous les épines iliaques postéro-supérieures (EIPS) et les index positionnés sur les crêtes iliaques postéro-latérales permettant dans un premier temps d'identifier la présence possible d'une dysfonction sacro-iliaque. Le résultat est considéré comme positif, si l'on observe à la fin de l'antéflexion une élévation de 1 à 2 cm du pouce du côté atteint, témoignant d'un mouvement de rotation antérieure de l'ilium (os coxal) dans la position assise du côté de la mSASI suspectée.

Utilisant ces mêmes repères osseux, la réalisation en position debout, du test en flexion coxo-fémorale, permet d'observer du côté atteint, à l'inverse, un abaissement du pouce de 1 à 2 cm, conséquence d'un mouvement de rotation postérieure de l'ilium (os coxal). Il faut noter que du côté sain, dans le cas d'une forme unilatérale, une élévation d'ensemble de l'os coxal témoigne d'une articulation sacro-iliaque (ASI) fonctionnelle.

La réalisation de ce test en position assise s'est révélée plus simple à intégrer dans un examen clinique sur table, avec l'aide d'un marche-pied permettant un appui sécurisé des deux pieds du patient, facilitant la flexion antérieure complète du tronc.

La poursuite de l'examen clinique en position assise permettra en outre de tester, de façon comparative, les rotations globales du rachis thoracique et lombaire, d'un côté puis de l'autre, permettant d'apprécier et noter dans ce pré-test, chacune des deux rotations passives.

Enfin, le patient est invité à se mettre en décubitus ventral sur la table, en lui demandant de positionner ses 2 pieds en dehors de l'extrémité de la table (20 cm environ), pour explorer les deux tests physiques suivants. Le premier consiste en une recherche d'une fausse-égalité de longueur des membres inférieurs, il suffit de rapprocher les pieds du patient après avoir effectué une flexion talo-crurale passive maintenue à 90° et de comparer la différence de positionnement des talons : du côté de la mSASI, le talon se présente avec un décalage en raccourcissement d'environ 0,5 cm (et parfois plus)(Fig. 1).

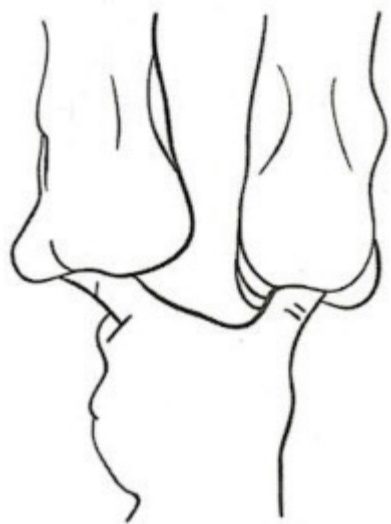


Figure 1 : Fausse-égalité des membres inférieurs en procubitus

Le deuxième consiste à la recherche des rotations médiales des deux articulations coxo-fémorales de façon comparative ; il s'effectue après avoir fléchi passivement les deux genoux du patient à 90°, en écartant les jambes délicatement tenues en pince au niveau des chevilles et en veillant, point essentiel, à accompagner la neutralisation des contractions excentriques, de façon à laisser tomber les jambes sur les côtés le plus naturellement possible, permettant au patient d'en apprécier l'amplitude de déplacement par proprioception et très souvent de corroborer le jugement de l'opérateur dans la diminution pouvant aller de 30 à 40° du côté de la mSASI ; l'étude des angles des rotations coxo-fémorales médiales passives s'effectue en comparaison avec le plan horizontal de la table d'examen (Fig. 2).

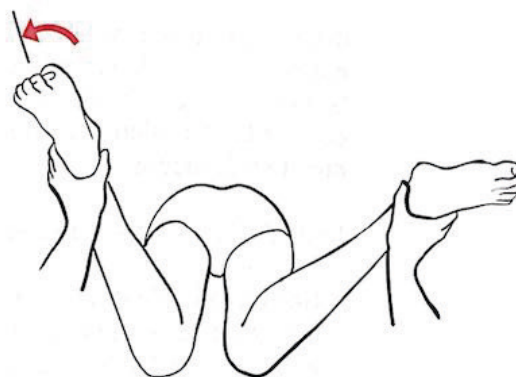


Figure 2 : - Limitation de la rotation médiale de la hanche gauche

Le guidage du patient est aidé par la description de ce que l'on observe lors des pré-tests au regard des limitations d'amplitude des rotations, mesurées en degrés, sur l'angle fait par la jambe par rapport au plan horizontal de la table d'examen.

La localisation de la mSASI suspectée est alors confirmée du côté où apparaît un faux-raccourcissement du membre inférieur et une réduction de l'angle de rotation médiale de l'articulation coxo-fémorale, par rapport au côté opposé.

Le choix de la technique de réduction de la mSASI pour cette présentation est inspirée de la méthode de réduction décrite en 2006 et réalisée en décubitus ventral, profitant de la position utilisée pour les tests physiques précédents (7). L'opérateur est alors placé du côté de la mSASI, à l'extrémité de la table d'examen, saisit le MI du patient, une main (proximale) au niveau du cou-de-pied, l'autre (distale) placée en regard du tendon calcanéen, il porte ensuite le membre inférieur en extension (20°) et légère abduction (20°), puis exerce une traction progressive d'environ 5 à 10 kg vers l'arrière, pour délivrer une minime impulsion par une traction caudale (vers l'arrière) ; simple, rapide c'est la technique la plus utilisée. Pour cette mobilisation, il est essentiel d'obtenir un relâchement complet du membre inférieur, pour permettre une réduction simple et indolore.

Il est nécessaire d'informer et rassurer le patient concernant la séquence et la méthode de mobilisation utilisée. Cette manœuvre est renouvelée une fois par sécurité, en veillant à réaliser une mobilisation du bassin, indiquant que l'effet de levier du membre inférieur sur l'os coxal a été ainsi correctement exploité, sans résistance qui pourrait être occasionnée par des contractions asymétriques et involontaires du patient, au niveau des muscles de la hanche.

D'autres techniques sont néanmoins disponibles dans l'ouvrage de référence de 2006 (3), d'intérêt en particulier chez les sujets en surpoids ou ceux ayant bénéficié d'une prothèse de hanche ou de genou : soit en se positionnant à hauteur du tronc du patient du côté de la mSASI, l'opérateur exerce une pression progressive d'environ 5 à 10 kg avec le talon de sa main sur la crête iliaque postéro-latérale, en direction caudale, vers le genou du patient, puis y ajoute une minime impulsion ; soit il fait le choix d'une technique combinée : le genou fléchi passivement à 90°, sa main distale saisit le 1/3 inférieur de la cuisse qu'il porte en extension (20°) et légère abduction (20°), le bord thénarien de sa main proximale se place sur la crête iliaque postéro-latérale, puis il délivre simultanément une pression dirigée vers le genou du patient avec sa main proximale et une traction caudale progressive pendant 2 à 3 secondes par sa main distale, de même ordre de grandeur que dans les 2 cas précédents mais sans avoir recours à une double impulsion.

La validation du bénéfice de la mobilisation (technique de réduction) se fait par la répétition des tests physiques précédents (post-tests) recherchés dans la même position de décubitus ventral, en vérifiant dans un premier temps l'impact possible sur la fausse-inégalité des membres inférieurs, avec disparition complète ou partielle du pseudo-raccourcissement du membre inférieur du côté de la mSASI ; le petit décalage vers le haut du côté de la mSASI n'est plus retrouvé confirmant ainsi, qu'il s'agissait bien d'une « fausse » inégalité de hauteur de 2 Mls. Dans un deuxième temps, la récupération de la rotation médiale (pouvant aller jusqu'à 30 ou 40°) est immédiatement identifiable par l'opérateur et très souvent perçue par le patient qui a l'impression que son MI du côté où siégeait la mSASI « tombe littéralement », du fait de l'importance du gain d'amplitude retrouvé ; un « sentiment de magie » exprimé souvent spontanément par le patient se dégage alors, eu égard à la relative simplicité ou banalité de la mobilisation effectuée pour résoudre son problème physique.

Le passage en position assise permet à l'opérateur de réitérer (en post-test) l'examen des rotations thoracolumbaires passives et de constater avec le patient une levée importante des restrictions qui existaient précédemment, tout comme la répétition du test de Piedallu avec une symétrie retrouvée de la position des pouces.

Enfin, le passage en position debout permettra de vérifier la normalisation des deux tests biomécaniques avec la disparition des décalages des épines iliaque postéro-supérieures du côté de la mSASI unilatérale.

DISCUSSION

L'apport de cette observation est de rappeler l'importance de l'accompagnement des gestes de médecine manuelle en général par une phase de pré-test, puis de post-test, en particulier lorsque l'on attend un résultat potentiellement perceptible par le patient. En effet, l'amplification des sensations de proprioception semble possible selon certains auteurs, par l'attention que l'on peut faire porter par le patient sur une position préalable de son membre inférieur dans l'espace lors du pré-test (4) qui permet renforcer la représentation centrale des changements de positions de son membre sur la « carte spatiale » en place au niveau cérébral en post-test. De plus, la confirmation de la réussite d'un geste technique par l'opérateur, sur un critère objectif, comme dans cet exemple : la mesure de l'angle de rotation médiale et son énoncé au patient lui donne plus facilement confiance pour la poursuite de l'examen clinique et la suite de la consultation.

Les limites de ce travail sont dans plusieurs champs, mais principalement au niveau méthodologique et au niveau nosologique. Concernant le niveau méthodologique, il s'agit dans le cadre de cet article de faire l'écho d'observations cliniques simples, non celui de travaux de recherche structurés. Pour autant, la récurrence de ces observations en pratique clinique, mérite d'être partagée dans la communauté de la médecine manuelle, de façon à pouvoir confronter les hypothèses de travail avec l'expérience d'autres praticiens. Cette fréquence de l'observation, fait écho d'une part à la fréquence des dysfonctions sacro-iliaques retrouvées dans les douleurs pelviennes et lombaires basses allant jusqu'à 30 % selon les séries (3). Et d'autre part, cela rejoint les observations plus récentes de l'auteur princeps et non encore publiées, retrouvant une prévalence d'au moins 2/3 chez les patients fréquentant un établissement thermal à orientation rhumatologique exclusive.

Par ailleurs, la physiopathologie de la douleur attribuable à l'ASI et l'existence de cette dysfonction à type de subluxation, restent encore en discussion.

Il ne semble pas possible aujourd'hui de pouvoir démontrer le rôle fonctionnel précis de cette articulation dans les complexes pelvi-fémoral et lombo-pelvien, voire plus loin au niveau thoracique. Malgré l'avancée des connaissances de l'anatomie descriptive et des notions de mobilités de l'ASI, comme relatées dans la littérature scientifique, la notion même de micro-subluxation articulaire doit donc restée prudente (11).

La terminologie semble rester pour autant bien justifier dès lors qu'il s'agit d'un blocage partiel de la fonction même du complexe ilio-sacré et réversible par une mobilisation seule (ou technique de réduction). Dans ce contexte, elle pourrait correspondre à un blocage en position vicieuse des surfaces articulaires (7), et faire appel à une mise en tension des ligaments, occasionnée le plus souvent par le micro-déplacement vers le haut et vers l'arrière de la facette auriculaire de l'os coxal, entraînant une rotation latérale de l'os coxal. Cette hypothèse ouvre la réflexion sur le concept de micro-subluxation, dans un champ innovant que l'on pourrait nommer la « micro-orthopédie », lui-même vraisemblablement applicable plus largement en lieu et place des « dérangements mineurs » articulaires jusque-là évoqués.

Le champ nosologique est aussi délicat du fait du débat existant concernant les tests physiques à proposer pour évoquer l'origine sacro-iliaque d'une douleur et de pouvoir distinguer une dysfonction simple d'une lésion pathologique de l'ASI. Même, si la reconnaissance de la combinaison de certains tests actifs et passifs permettraient de mieux orienter tout clinicien sur une atteinte de l'ASI, et cela quelle qu'en soit sa nature fonctionnelle, inflammatoire, dégénérative, infectieuse ou tumorale, il apparaît que la validation de la reproductibilité de ces tests ne peut pas être réalisée en l'absence de test de référence, rendant donc leur combinaison et voire même leur simple sélection contestable (12). Un consensus semble cependant se dessiner sur l'intérêt d'une combinaison de tests à faire systématiquement en cas de suspicion d'une origine sacro-iliaque de la douleur, celle-ci est alors retenue si au moins 3 tests sur 5 sont positifs parmi les suivants : le spine-test, le FABER, la pression sur les ailes iliaques, la pression axiale sur le sacrum et le test de Gaenslen (10). Pour autant, en cas de douleurs rebelles, non rattachables à une cause régionale facilement explorable par l'imagerie (à type de discopathies, arthrose articulaire postérieure, canal lombaire étroit, lésions traumatiques, infectieuses ou secondaires), alors seul un test de bloc « anesthésique » articulaire sacro-iliaque en serait le meilleur test de validation du diagnostic positif (1,9).

Dans ce contexte, il est intéressant de considérer le manque d'attention et d'intérêt sur l'importance de cette articulation, d'un certain nombre de médecins de médecine manuelle, contestant même son rôle dans la physiopathologie des désordres musculosquelettiques pelvi-fémoraux, en particulier du fait de sa très faible mobilité, au mieux entre 0,5° à 2° d'amplitude (11). Pour autant, d'autres auteurs lui attribuent un rôle de premier ordre sur le plan postural, faisant donc partie des anomalies fonctionnelles à dépister en premier lieu avant tout autre chose (8).

De nombreuses techniques manipulatives ont été décrites, certaines avec haute vélocité, d'autres sans, et sont indiquées dès l'observation faite d'une dysfonction sacro-iliaque par le Test de Piedallu, lui-même encore fréquemment utilisé dans la communauté des médecins manuels en France (12).

Le débat sur les techniques de manipulation spécifiques du traitement des dysfonctions sacro-iliaques est principalement lié à l'absence d'un degré suffisant de mobilité de cette articulation pour en justifier la manipulation. Par ailleurs, il est évoqué un impact vraisemblable des manipulations lombaires sur le complexe lombo-pelvien et de facto indirectement sur les ASIs, ne rendant pas nécessaire un geste dédié sur celles-ci (12).

Le débat reste également ouvert sur la rémanence possible de cette réduction de la mSASI. Aucune étude n'a été réalisée à ce jour de façon longitudinale qui permettrait d'y répondre, il nous faut donc se baser sur la seule observation clinique des patients porteurs de dysfonction, traités et suivis ; ceux-ci peuvent néanmoins montrer des récives possibles, non nécessairement du même côté ou même présenter une atteinte bilatérale justifiant d'autres développements ultérieurs ; mais pour autant le traitement des récives ne semble pas poser de problème particulier, la répétition du geste s'avère toujours possible avec un même indice de réussite ou de satisfaction. Enfin, le problème de la rémanence sera revu avec l'apport des techniques d'auto-réduction mises au point depuis la description initiale en 2006, dont le but est précisément d'en limiter les récives (7).

La technique de mobilisation présentée est simple et totalement indolore, si exécutée avec précaution, en prévenant le patient de ces modalités d'exécution, et notamment l'absence de geste brutal, il apparaît alors plus facile pour l'opérateur de préparer la mobilisation avec un relâchement musculaire global et d'interagir ensuite sur la dysfonction articulaire elle-même pendant la manœuvre de réduction. Ainsi avec la méthode en traction du MI jugée la plus simple, la plus rapide et particulièrement efficace, il importe (en l'absence de contre-indication) que l'opérateur place le MI du patient en extension ;

ce qui suppose d'avoir obtenu une relaxation musculaire préalable laquelle se prolonge ensuite naturellement, lors du contrôle des rotations médiales effectué après réduction (en post-test) ; la position du patient en décubitus ventral étant restée la même, elle profite du relâchement musculaire qui s'est installé avant la réduction et qui perdure après celle-ci. Cette situation est un vrai atout pour permettre au patient de ressentir directement, grâce à sa proprioception, un changement de position dans l'espace intervenu sur l'un de ses segments de membre inférieur.

La restauration en tout ou partie de la mobilité thoraco-lombaire globale après cette mobilisation SI de l'ASI en traction est une observation complémentaire, non détaillée dans la description initiale ; son explication peut résider dans le rôle régional d'une ASI dans la biocinématique du bassin, du rachis lombaire et du rachis thoracique, associé à l'effet propre de la mobilisation en extension sur les récepteurs proprioceptifs des insertions des muscles érecteurs du rachis jouxtant les berges des articulations sacro-iliaques (11).

Une hypothèse physiopathologique « micro-orthopédique » pourrait être également rattachée au mouvement de rotation forcée vers l'arrière de l'os coxal (comme décrit lors du 2^e test biomécanique de la mSASI)(Fig. 3), qui celui-ci serait à l'origine de traction du ligament ilio-lombaire (ilio-lombal) sur le(s) processus transverse(s) de L5 et/ou de L4, notamment en position assise prolongée serait à l'origine d'une traction en rotation et inclinaison latérale du ligament iliolombaire (ilio- lombal) sur le(s) processus transverse(s) de L5 ou L4-L5.

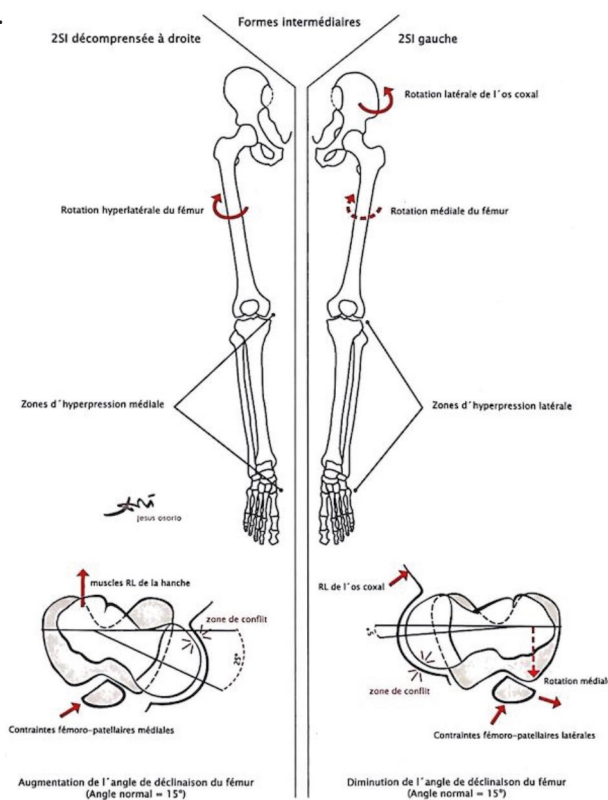


Figure 3 : Évaluation du retentissement des troubles statiques et dynamiques de la mSASI gauche au niveau des membres inférieurs

Dans le cas le plus fréquemment rencontré, l'exemple celui d'une mSASI localisée à gauche (dans environ 8 cas sur 10), c'est une rotation gauche du ou des 2 derniers segments mobiles lombaires qui est alors observée ; la conséquence en est une limitation diminution de la rotation thoraco-lombaire droite, qui sera immédiatement et partiellement réversible après la réduction de la mSASI. Par ailleurs l'inégalité de hauteur des MI, secondaire au changement de plan horizontal du cotyle, occasionne en position debout, une posture scoliotique qui théoriquement devrait disparaître en position assise. Vraisemblablement il n'en n'est rien : en position assise, le mouvement de rotation forcée postérieure (ou vers l'arrière) de l'os coxal est à l'origine d'un changement de plan horizontal du point d'appui de l'ischion gauche vers le haut ; ainsi il est vraisemblable que la posture scoliotique perdure et les contraintes musculaires avec celle-ci ; ces dernières sont à gauche pour les muscles obliques et le muscle transverse, en rapport avec le mouvement de rotation forcée postérieure de l'ilium (os coxal), elles sont à droite pour le muscle érecteur du rachis lombaire et le muscle longissimus du thorax dans sa partie distale, en rapport avec la concavité de la posture scoliotique.

Sur cette restauration des rotations thoraco-lombaires globales après réduction de la mSASI, on peut dire que la libération immédiate d'une partie du mouvement du rachis lombaire trouve une explication dans l'arrêt des contraintes exercées par le ligament ilio-lombaire qui permet à nouveau une meilleure rotation droite du rachis lombaire ; pour la libération d'une partie des rotations thoraciques, c'est potentiellement la suppression des contraintes musculaires exercées initialement par le mouvement de rotation postérieure forcée de l'ilium d'un côté et de l'autre, c'est l'abandon des contraintes musculaires après la suppression de la cause de la posture scoliotique retrouvée en position assise ; enfin toutes ces informations transmises et diffusées par le fascia thoraco-lombaire inséré sur le sacrum et les ASI, donnent à cette structure un rôle potentiel de facilitateur régional (5).

CONCLUSION

Dans ce retour d'expérience issu de la pratique clinique, nous suggérons l'intérêt de toujours tester l'impact d'une technique de médecine manuelle avant et après l'intervention (sous la forme de pré-test et post-test). En particulier face à une dysfonction sacro-iliaque, ce travail montre l'intérêt de porter une attention particulière à la perception faite par le patient de l'asymétrie des mobilités passives de ses hanches (ici des rotations médiales), testées en décubitus ventral, avec les jambes demi-fléchies, ainsi que de l'étude des rotations thoraco-lombaires globales en position assise avant et après mobilisation de l'ASI. L'intérêt de ce travail est aussi de pouvoir partager une technique simple de diagnostic clinique d'une dysfonction sacro-iliaque (à type de micro-subluxation) et de mobilisation permettant la réduction de celle-ci, avant d'envisager des techniques d'explorations plus invasives et/ou de proposer des mesures thérapeutiques plus agressives. Enfin, ce travail permet également d'ouvrir le débat sur une approche novatrice en médecine manuelle, s'intégrant dans le champ de la « micro-orthopédie » avec un focus sur la micro-subluxation de l'articulation sacro-iliaque (mSASI).

BIBLIOGRAPHIE

1. Berthelot JM, Laslett M. Par quels signes cliniques s'assurer au mieux qu'une douleur est bien d'origine sacro-iliaque (sensu lato) ? *Revue du Rhumatisme* 2009;76 :741–749.
2. Bialosky JE, Bishop MD, Price DD, Robinson ME, George SZ. The mechanisms of manual therapy in the treatment of musculoskeletal pain: A comprehensive model. *Man Ther.* 2009;14(5):481-489.
3. Cohen SP, Chen Y, Neufeld NJ. Sacroiliac joint pain: a comprehensive review of epidemiology, diagnosis and treatment. *Expert Rev Neurother.* 2013;13(1):99–116.
4. Dari Z, Lopez C. Understanding the neural bases of bodily self-consciousness: recent achievements and main challenges. *Front. Integr. Neurosci.* 2023;17:1145924.
5. Poilliot A. J. et al. A Systematic Review of the Normal Sacroiliac Joint Anatomy and Adjacent Tissues for Pain Physicians. *Pain Physician* 2019; 22:E247-E274.
6. Proske U. A reassessment of the role of joint receptors in human position sense. *Experimental Brain Research* 2023 ;241:943–949.
7. Salvagnac JL. Etude orthopédique de l'articulation sacro-iliaque. Ed. Montpellier, Sauramps Médical, 2006.
8. Steinmetz M. Traité d'ostéopathie posturologique. Guide pratique d'ostéopathie basé sur la théorie de la posture. Ed Sully ; 2023.
9. Szadek K.M. et al. Diagnostic Validity of Criteria for Sacroiliac Joint Pain: A Systematic Review. *The Journal of Pain* 2009;10(4):354-368.
10. Van der Wurff P, Buijs EJ, Groen GJ. A multitest regimen of pain provocation tests as an aid to reduce unnecessary minimally invasive sacroiliac joint procedures. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:10–4.
11. Vleeming A. et al. The sacroiliac joint: an overview of its anatomy, function and potential clinical implications. *J. Anat.* 2012 ;221 :537-561.
12. Winisdoerffer N., Vautravers P. Médecine manuelle-ostéopathie et articulation sacro-iliaque. *Revue du Rhumatisme* 2009;76 :806–812.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

ARTICLE ORIGINAL

QUAND PEUT-ON ÉVOQUER UN PROBLÈME POSTURAL FACE À UNE PATHOLOGIE AIGUË ?

Docteur Gérard HATESSE*, Congrès FEMMO 2025

RÉSUMÉ : Il semble judicieux d'évoquer une étiologie posturale face à une pathologie musculo-squelettique qui sort des cadres habituels de l'examen clinique en Médecine Manuelle. Le Syndrome de Désorganisation Posturale crée des conflits stratégiques neurologiques pour pallier les dysfonctionnements d'un ou plusieurs capteurs essentiels au maintien de notre posture érigée bipède de grand primate. Un test purement clinique, simple fiable et rapide, le TIM Test Inhibition Motrice, permet de confirmer d'orienter l'enquête diagnostique.

ABSTRACT : It seems appropriate to consider a postural etiology when faced with a musculoskeletal pathology that falls outside the usual clinical examination framework in Manual Medicine. Postural Disorganization Syndrome creates strategic neurological conflicts to compensate for the dysfunctions of one or more sensors essential to maintaining our upright, bipedal, large primate posture. A purely clinical test, the MIT Muscular Inhibition Test, is simple, reliable, and rapid, allowing confirmation and guidance of the diagnostic investigation.

MOTS CLÉS : Capteurs posturaux, TIM, douleurs difficiles à classer, stratégies musculaires.

KEYWORDS : Postural sensors, TIM, unclassifiable pain, muscular strategies.

*Médecin retraité consultant et enseignant Hôtel-Dieu de Paris, CH Nemours, UPEC et Kremlin-Bicêtre.

INTRODUCTION

Oxymore ou vigilance ? Il ne semble pas très logique d'envisager d'emblée une cause posturale chez une personne consultant pour une pathologie aiguë. En effet, c'est le plus souvent la récurrence voire la chronicité qui caractérise une douleur d'origine posturale et seule une recherche orientée va permettre de retrouver des arguments en faveur de cette désorganisation de la régulation posturale. La "douleur posturale" ne rentre pas dans les cases habituelles, neurologiques, rhumatologiques, vasculaires, métaboliques ou orthopédique. Donc si on ne comprend pas grand chose à une douleur d'apparition récente, pensons à la posture !

Une désorganisation posturale (d'origine visuelle, dentaire, podale, cutanée ou musculosquelettique) induit des stratégies qui vont modifier le schéma corporel et sa géométrie programmée. Ces adaptations liées à une défaillance d'un ou plusieurs capteurs vont créer de nouvelles contraintes musculaires pour permettre de garder une motricité partielle ou dégradée. Nos actions et déplacements sont sources de déséquilibres à anticiper ou corriger. Ces contraintes initialement fonctionnelles avec myalgies ou fatigabilité deviendront tendinopathies et enfin arthropathies. Pour enrayer cette évolution lésionnelle, il faut tenter de réinitialiser certains capteurs. On dit souvent qu'un trouble postural unique peut déclencher un épisode douloureux, deux troubles des douleurs récidivantes et trois des douleurs constantes ... Mais tout commence par une première fois donc vigilance !

A. Notre motricité volontaire par des exemples :

Vous voulez saisir là-haut dans votre bibliothèque cet énorme volume "L'art d'être bref" 1800 pages et 3,4 kilos ! Vous commandez l'élévation du membre supérieur et la saisie manuelle du livre que vous regardez mais parallèlement vous stabilisez votre corps depuis vos orteils jusqu'à C0-C1, plus votre ceinture scapulaire en fixant votre regard puis enfin vous anticipez l'effort de soulèvement grâce à une mémoire gestuelle gravée dans vos programmes moteurs (trajectoires, sens haptique ...). Si par hasard, vous souffrez de votre épaule avec limitation d'élévation du bras vous allez mettre votre rachis en extension pour trouver une stratégie plus ou moins adaptée, nouvelle mais beaucoup plus coûteuse et rapidement douloureuse.

Une céphalée récente depuis le port de nouvelles lunettes, des cervicalgies depuis la pose d'une couronne dentaire ou des rachialgies depuis l'utilisation de semelles ont souvent une étiologie posturale. Comme toujours reprendre nos bases de Médecin. L'interrogatoire va rechercher une pathologie sous-jacente, une chronologie, des antécédents parfois récents, soins dentaires, orthèses plantaires, cicatrice, correction visuelle, traumatisme, risque iatrogène. L'examen clinique avec inspection : pieds, regard, attitude, verticalité, asymétrie, déformation, cicatrices. Puis la palpation, la mobilisation, les DDIM, la douleur des muscles phasiques, le testing musculaire, les asymétries posturales.

Au total, rien de bien original par rapport à notre activité quotidienne de Médecine Manuelle, mais sans oublier de s'aider du Test d'Inhibition Motrice ou TIM qui peut débusquer un problème postural en moins de deux minutes.

La contraction volontaire d'un groupe de muscles phasiques est un système complexe et coûteux sur le plan neurologique associant :

1. Une intention gestuelle,
2. Sa programmation puis son déclenchement cortical (Aire Motrice Primaire),
3. Parallèlement est émise une copie du message moteur, c'est la décharge corollaire adressée au cervelet, lui permettant d'en contrôler la bonne réalisation,
4. Les mécanorécepteurs musculaires, tendineux, capsulaires, articulaires et cutanés participeront à ce retour d'informations vers le cervelet. En cas de dysfonctionnements neurologiques, psychiques ou des capteurs posturaux, sensoriels. Le retour d'informations est défaillant.

Nos maîtres nous ont montré que la contraction musculaire volontaire et consciente s'accompagne de tout un cortège de petits ajustements musculaires automatisés et non conscients afin que la mobilisation se fasse dans le silence arthroceptif. Si un ou plusieurs capteurs liés à la gestion de notre posture bipède sont défaillants nous allons utiliser une stratégie de mise en jeu de ces petits muscles.

Nos maîtres nous ont montré que la contraction musculaire volontaire et consciente s'accompagne de tout un cortège de petits ajustements musculaires automatisés et non conscients afin que la mobilisation se fasse dans le silence arthroceptif. Si un ou plusieurs capteurs liés à la gestion de notre posture bipède sont défaillants nous allons utiliser une stratégie de mise en jeu de ces petits muscles.

Hélas ces muscles, phasiques sont vite fatigables et ne vont plus permettre une gestuelle fluide entraînant rapidement douleurs, myalgies, tendinopathies et enfin arthropathies dégénératives.

Le cervelet est donc le centre de contrôle essentiel de la motricité volontaire :

Sur le plan de l'organisation posturale du primate humain, le cervelet est aussi le grand intégrateur de notre station érigée bipède. Sur le cervelet aboutissent les voies des proprioceptions conscientes et surtout non conscientes musculo-squelettiques, cutanées dentaires et visuelles. La perturbation des informations issues de ces différents capteurs va désorganiser le "bon" fonctionnement cérébelleux et activer ses boucles inhibitrices. Le cervelet peut donc provoquer une action inhibitrice et perturber un mouvement volontaire.

La voie descendante inhibitrice diminue :

- le tonus d'action et pénalise la performance musculaire surtout des muscles antigravitaires et
- surtout dégrade le Réflexe Myotatique.

La consigne du TIM est altérée, la contraction des extenseurs du carpe moins efficace.

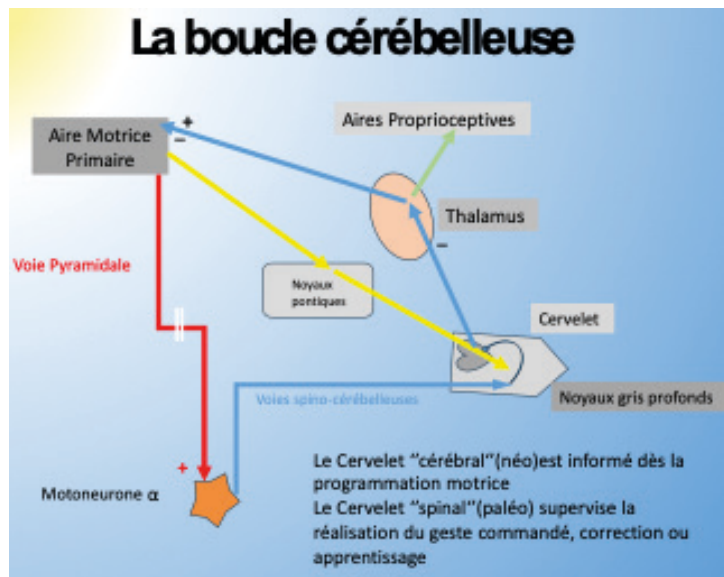


Figure 1 : Boucle cérébelleuse

Les Voies neurologiques perturbant la boucle du réflexe myotatique du TIM passent toutes par le cervelet, elles sont :

1. Corticales : aires motrices, proprioceptives et somesthésiques,
2. Mésencéphaliques : voies visuelles, oculomotrices, colliculus,
3. Pontiques : par le Trijumeau et les ganglions de la base,
4. Bulbaires : vestibules, formation réticulaire et le cervelet lui-même... grand coordinateur, intégrateur et inhibiteur de nos gestes,
5. Médullaires enfin : par les voies ascendantes spino-cérébelleuses, proprioceptives et descendantes extra-pyramidales cortico-rubro-réticulo-vestibulo-spinale.

D'où le rôle perturbateur de dysfonctionnements posturaux visuels, dentaires, vestibulaires, musculo-squelettiques, de la peau plantaire voire iatrogène ou toxique (alcool, psychotropes), tous susceptibles de positiver le TIM.

En étant très simplificateur : Quand tout va bien, le cervelet se fait oublier !

Mais, s'il reçoit des informations perturbantes ou non congruentes il va "exploiter" son activité hautement inhibitrice sur les noyaux gris et plus encore sur la Formation Réticulée Inhibitrice bulbaire.

Cette inhibition se retrouvera très nettement sur des fonctions "supérieures" hautement humaines tels : le langage articulé, l'oculomotricité, la régulation posturale fine et la motricité de la MAIN GRAPHIQUE.

B. Les tests :

Test d'Inhibition Motrice « TIM » : Ce test "TIM" peut aussi se positiver expérimentalement en provoquant volontairement un Syndrome de Déficience Posturale ou Proprioceptive (SDP). Il suffit pour cela de perturber la vision, l'occlusion ou l'appui au sol (port de lunettes inadaptées, cale inter-dentaire unilatérale, semelles à hauts reliefs). Autre intérêt du TIM les patients(es) ressentent parfaitement le déficit moteur

lié à l'inhibition motrice et sa disparition en corrigeant ou neutralisant le capteur en cause.

C'est un test purement clinique, rapide et fiable

- permettant d'orienter le praticien vers une possible étiologie posturale face à la douleur d'un patient,

- Il demande moins de deux minutes pour être réalisé,

- Sa reproductibilité inter-examineurs est bonne ($\kappa > 0,9$),

- Il est utilisable chez l'enfant dès 5 à 7 ans,

- Il permet de débusquer une entrée podale visuelle, occlusale voire musculo-squelettique ou cutanée,

- Il peut aussi être utile pour confirmer le caractère iatrogène de semelles, talonnettes corrections optiques ou déséquilibre occlusal.

La perturbation expérimentale d'un capteur positive le TIM en moins de 200 millisecondes !

Nous allons donc réaliser un testing musculaire sur les trois muscles extenseurs du carpe, main droite bien sûr chez un droitier. Ce test est réalisable dès 6-7 ans, toujours en comparaison avec la main NON graphique qui, elle, ne présente jamais d'inhibition.

Le TIM, sa positivité est anormale et elle affirme le Syndrome de Désorganisation Posturale SDP.



Figure 2 : SDP + INHIBITION :
contraction inefficace



Figure 3 : SDP - : contraction.

Dès le début de la mise au point du TIM au Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur (CETD du C.H. de Nemours), nous étions confrontés à un problème difficile à résoudre !

En effet le TIM repose sur un testing musculaire difficile à quantifier objectivement, même si l'inhibition Motrice est ressentie nettement par l'examineur ET par son patient...

Un grand merci donc à Pascal Morisse qui est parvenu à réaliser l'impossible en nous mettant au point un instrument capable d'objectiver l'inhibition! Le gant capteur mis au point par Mr Pascal MORISSE permet d'objectiver la force de pression exercée par l'examineur pour s'opposer à la contraction des

trois extenseurs du carpe de la main graphique de la personne examinée. Le gant Würth est placé sur la main de l'examineur (droitier ou gaucher). Le capteur de pression est placé sur la pulpe de son index ou de son médius, maintenu en place par un collier caoutchouc. On réalise le test en tirant progressivement le plus fort possible sur le carpe du patient qui doit résister au maximum afin d'éviter la flexion palmaire. On lit sur l'afficheur la pression exercée sur le carpe.



Figure 4 : TIM analyser 3.

Le **Test d'Alignement de Pouces (TAP)** permet de dépister cliniquement une asymétrie de correction optique en vision binoculaire (sur- ou sous-corréction d'un côté), source de céphalées, cervicalgies, scapulalgies.

C. La douleur liée à la posture est essentiellement musculosquelettique.

Robert Maigne nous a enseigné la mobilisation non douloureuse dans le sens opposé à la douleur et les manipulations. Jean-Marie Soulier nous a révélé le silence arthroceptif, les techniques non forcées et l'Amphothérapie. Sjef Rutte nous a apporté la notion de mouvements préférentiels. L'Atlas-thérapie agit, elle aussi, directement sur les chaînes posturales.

Vous utilisez donc en permanence dans votre exercice des techniques visant à réinitialiser le fonctionnement fluide et donc indolore d'un mouvement dégradé.

Deux conséquences :

- Et si cette douleur était d'origine posturale ?

Le TIM seul permet de l'affirmer en moins de 2 minutes

- Donc si je manipule, je mobilise sans impulsion, pousse le "shift" dans le bon sens ou libère la charnière occipito-vertébrale je vais réinitialiser un système neuro-musculaire. Mais cette réinitialisation fera disparaître provisoirement le TIM et le patient récupérera la force d'extension de son côté graphique... d'où l'intérêt d'y penser avant ! N'oublions pas qu'une douleur d'origine posturale est provoquée par des stratégies musculo-squelettiques palliant le dysfonctionnement d'un ou plusieurs capteurs.

Tant que ce dérangement du capteur ne sera pas pris en compte il redéclenchera la même stratégie douloureuse à plus ou moins long terme. Nous serons d'autant plus incités à utiliser le TIM

que notre patiente/patient portera des semelles, des corrections optiques ou présentera des problèmes d'occlusion, une cicatrice étendue récente voire des douleurs liées à la pesanteur.

CONCLUSION

Le Test d'Inhibition Motrice ne serait pas né sans le docteur Arlette HATESSE qui participa activement à sa "mise sur pieds". Ce test TIM purement clinique avait besoin d'un support indiscutable pour confirmer sa validité. Ce travail, remontant à plus de 20 ans, a été réalisé par notre ami Mr Pascal Morisse, chercheur en Optique Posturale, collaborateur pour les TIM et TAP. Il nous a permis une analyse objective de l'inhibition motrice par la création d'un gant capteur de pression (Le TIM Analyzer3) qui démontre le déficit moteur induit sur les extenseurs du carpe par un problème postural. Le TIM nous avait révélé sa facilité d'utilisation et sa fiabilité avec un kappa à 0,9. Chiffre obtenu sur une cohorte de plus de 1200 patients rencontrés au C.H. de Nemours, à l'Hôtel-Dieu de Paris et en consultation spécialisée d'Optique Posturale à Fontainebleau et Montereau. Le TIM Analyzer 3 nous a permis de confirmer définitivement la valeur diagnostique de notre TIM.

BIBLIOGRAPHIE

1. HATESSE G., le TIM analyser 3 et neurophysiologie du TIM, la commande motrice volontaire et son inhibition. Disponible sur le site 2026.
2. Site Posture www.posture.fr.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

THERAPEUTIQUE MANUELLE

LA COMPRESSION DIGITALE DE L'ANGLE STERNO-COSTO-CLAVICULAIRE GAUCHE PERMET PARFOIS LA DISSIPATION D'UN BON NOMBRE DE CÉPHALÉES

Docteur Gérard HATESSE*

RÉSUMÉ : La compression uni-digitale de la fossette située entre l'extrémité médiale de la clavicule, le sternum et la première côte permet de lever un certain nombre de céphalées non migraineuses. Ce geste peut être pratiqué par le médecin ou le patient lui-même.

ABSTRACT : The unidigital compression of the fossette located between the medial end of the clavicle, the sternum and the first rib allows to lift a number of non-migraine headaches. This can be done by the doctor or the patient himself.

MOTS CLÉS : Angle sterno-costo claviculaire gauche, Ganglion stellaire, Compression, Céphalées

KEY WORDS : Left clavicular sterno-costal angle, Star ganglion, Compression, Headache

* Médecin retraité consultant et enseignant CH Nemours- Université Saclay

Le ganglion stellaire (GSt) ou cervico-thoracique, formé par la fusion du ganglion cervical inférieur et du premier ganglion thoracique, est situé en arrière de la tête de la première et en avant de l'apophyse transverse de C7.

Les ganglions cervicaux sont une extension du tronc sympathique para-vertébral thoracique sous-jacent. Ils appartiennent au système sympathique de tête et du cou. (Figure n°1)

Ils sont un relais indispensable car les influx sympathiques venant de la moelle épinière, via les racines antérieures, n'existent pas au-dessus de T1. Ainsi, les ganglions cervicaux ne sont pas associés à des ramifications blanches communicantes. Les fibres pré-ganglionnaires montent donc du tronc. (Figure n°2)

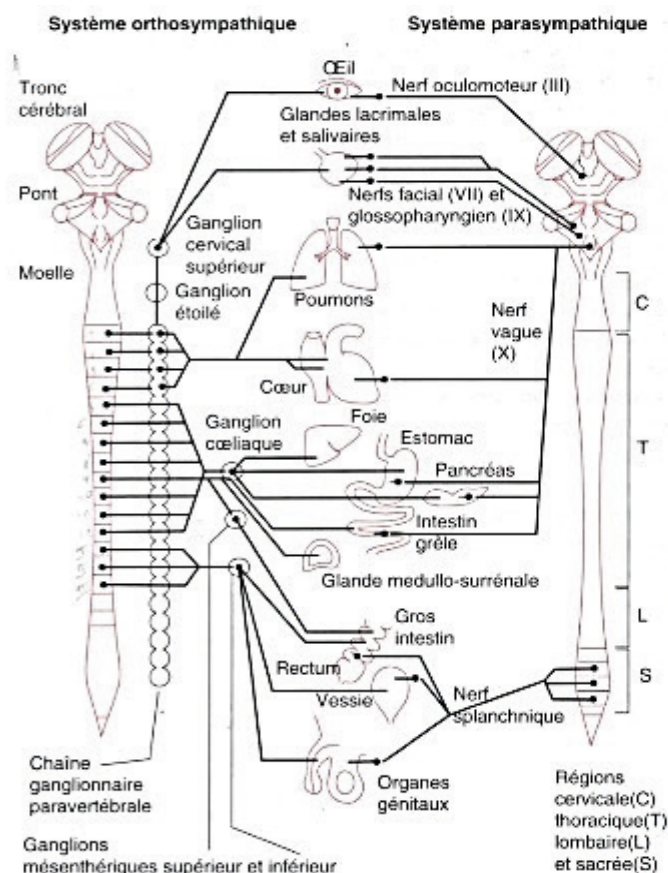


Figure 1 : Les Systèmes Ortho et Para Sympathiques
Docteurs Richard & Orsal Neurophysiologie, Dunod

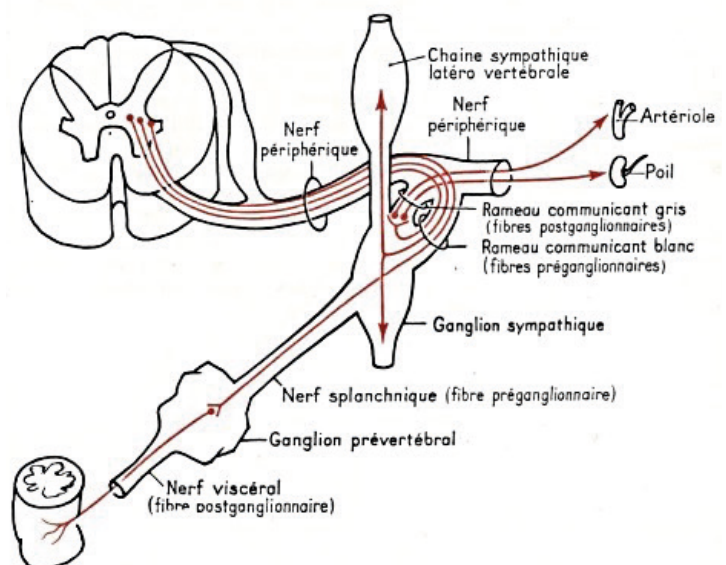


Figure 2 : L'innervation viscérale
Docteur André Delmas, Voies et centre nerveux, Masson

Le ganglion cervical inférieur (GCI) isolé ou accolé au premier ganglion thoracique (GT1) devenant par cette union le Ganglion Stellaire (GSt) est en relation avec :

- Le col de la première côte
- Le processus transverse et le corps vertébral de C7
- L'artère vertébrale
- Le tronc carotidien primitif
- Le scalène antérieur
- Le dôme pleural et ses ligaments. (Figure n°3)

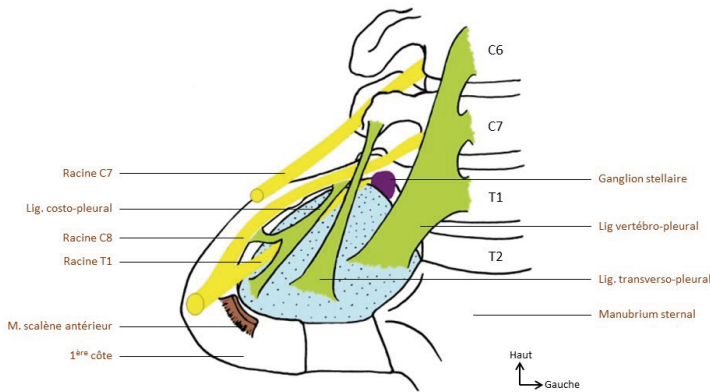


Figure 3 : Le ganglion stellaire
Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Lille

L'innervation sympathique du ganglion stellaire provient des septième et huitième nerfs cervicaux et du premier nerf thoracique. Ces afférences constituent les fibres pré-ganglionnaires. Les fibres post-ganglionnaires assurent une activité sympathique vers le cœur, les membres supérieurs, la ceinture scapulaire, la tête et le cou. (Figure n°4)

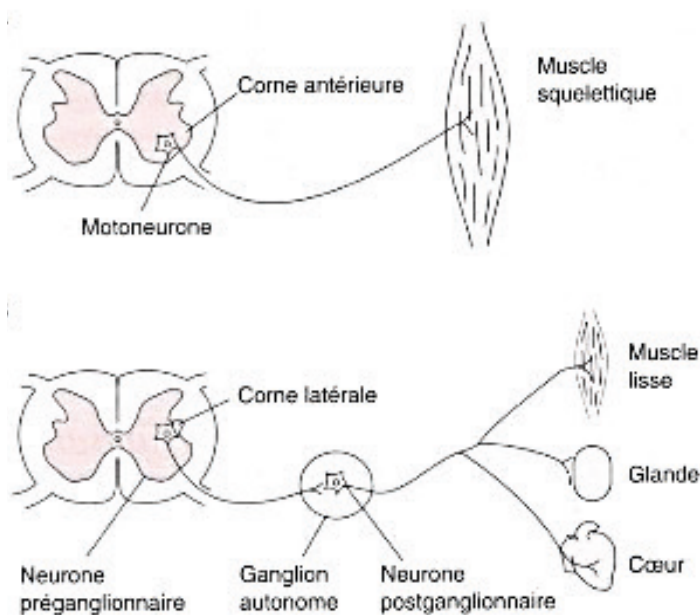


Figure 4 : Système somato-moteur et viscéro-moteur
Docteurs Richard & Orsal Neurophysiologie, Dunod

Les fibres pré-ganglionnaires de la région de la tête et du cou aboutissent aux ganglions cervicaux moyen et supérieur à travers le tronc sympathique cervical (TSC).

L'injection d'anesthésique local autour du ganglion stellaire interrompt le flux sympathique vers la tête, le cou et les membres supérieurs par inactivation des fibres pré-ganglionnaires et post-ganglionnaires. Elle peut modifier le rythme cardiaque et la vasomotricité locale.

L'injection d'anesthésique local autour du TSC n'entraîne qu'un blocage sympathique des régions de la tête et du cou.

Les afférences du GCI (composées par les ganglions sensoriels crâniens) relayent aussi des informations sensibles chimiques (teneur en O₂) ou de pression artérielle (chémo- et baro-récepteurs).

Ces informations convergent au niveau d'un centre intégrateur, le noyau du tractus solitaire, situé dans le système nerveux central. Celui-ci envoie des informations dans les voies efférentes pour modifier par exemple la vasomotricité.

Le ganglion cervical inférieur adjacent à C7 et T1 cible donc le cœur, le bas du cou, le bras et les artères crâniennes postérieures.

Le ganglion stellaire, la cible principale de notre étude, est aussi un centre important de l'innervation sympathique du cœur par connexion avec les ganglions thoraciques supérieurs. Il est connecté aux autres ganglions cervicaux par la chaîne ganglionnaire cervicale.

Le GCI ou le GSt et le GCM sont reliés par deux nerfs : l'anse ventrale et l'anse dorsale qui entourent l'artère sous-clavière. Il y a aussi un nerf vertébral qui accompagne l'artère vertébrale vers les centres supérieurs. Toutes les branches sont mixtes ; c'est-à-dire qu'elles contiennent des fibres afférentes et des efférentes.

Dans ces ganglions, les nerfs afférents pré-ganglionnaires contiennent des axones myélinisés : les rameaux communicants blancs. En effet, la myéline est blanche.

Les efférences post-ganglionnaires faites d'axones amyéliniques sont plus foncées : ce sont les rameaux communicants gris,

- un neurone pré-ganglionnaire innerve environ une vingtaine de neurones post-ganglionnaires,
- un neurone ganglionnaire innerve plusieurs effecteurs, notamment au niveau du muscle lisse.

Au total, le système orthosympathique est associé à une réponse au stress, il est dit Ergotrope. Les effets sympathiques sont la dilatation des pupilles et des bronchioles, l'augmentation du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire et de la pression sanguine. L'action du système sympathique est permanente mais amplifiée en situation d'urgence sur tous les muscles lisses.

A l'opposé le système nerveux parasympathique est dit Trophotrope (repos et digestion), il économise l'énergie et maintient les activités de base de l'homéostasie.

Il existe bien sûr différents types de céphalées parfois même intriqués. Nous éliminerons la vraie migraine avec son hémicrânie pulsatile, récurrente, d'origine génétique, inflammatoire ou hormonale.

La céphalée de tension, mal nommée, est liée à une hypertonie des muscles de la nuque et du cou. Mais une augmentation de la pression artérielle peut aussi être cause de maux de tête. Citons enfin les céphalées par surcharge médicamenteuse d'antalgiques qui apparaissent souvent au petit matin et les redoutables algies vasculaires de la face.

La compression digitale de l'espace sterno-claviculaire gauche, dans un premier temps puis droit en cas d'échec permet souvent une disparition rapide de la douleur (Figure n°5).

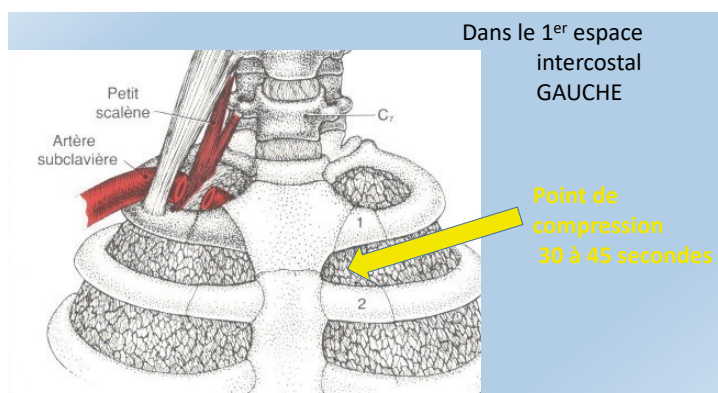


Figure 5 : Zone de digitopuncture
Appui profond, légèrement douloureux, en tournant et pompant

Au-delà d'une minute de compression, le patient doit ressentir une sédation de sa céphalée. On peut répéter la manœuvre du côté gauche puis du côté droit en cas d'échec. On a évoqué le rôle direct de cette compression sur le ganglion stellaire puisqu'un bloc sympathique de ce dernier agit de façon comparable.

La compression, réalisée avec la pulpe de l'index doit être profonde et vigoureuse, « à la limite de la douleur », pendant 40 à 60 secondes avec un petit mouvement de rotation de l'extrémité de l'index et ou des petites modifications de l'appui réalisant un pompage.

Les spécialistes de la digitopuncture proposent une rotation antihoraire pour "dispenser la douleur" mais ça marche aussi dans l'autre sens !

L'appui initial se fait à gauche, ce qui améliore significativement l'efficacité de cette compression. En cas d'échec ou de résultat insuffisant une compression de l'angle costo-claviculaire droit est parfois utile. La douleur, si la manœuvre est efficace disparaît ou s'atténue nettement en moins de deux minutes

Il faut signaler que le bloc du ganglion stellaire est parfois proposé dans le cadre des syndromes douloureux complexes de cette région. Par ailleurs on peut rapprocher ce geste de compression les appuis antalgiques que l'on pratiquait dans le cadre des sciatalgies sur les points de Valleix.

Enfin, cette compression locale, appuyée montre une efficacité auprès d'un grand nombre d'observateurs. Vu la proximité du ganglion stellaire, un effet direct sur ce dernier semble logique puisqu'il intervient sur le rythme cardiaque et la vasomotricité ... (Figure n°6)

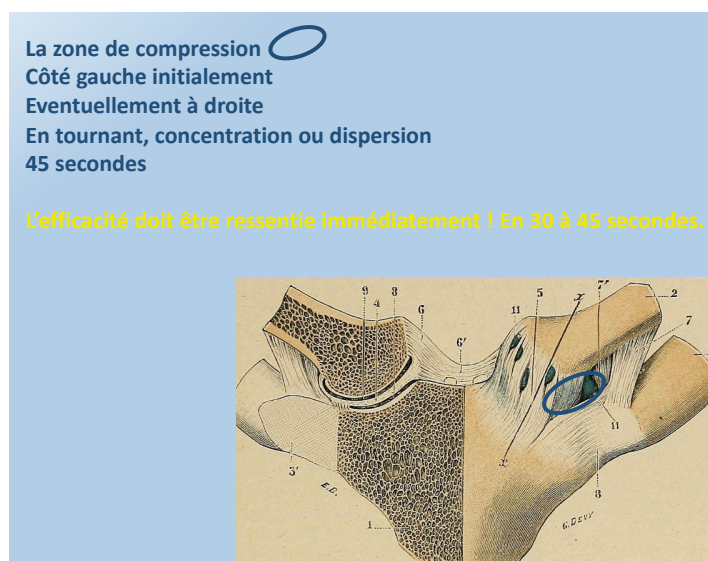


Figure 6 : Wikipédia

Toute augmentation de la pression artérielle stimulant les barorécepteurs entraîne une réduction du tonus vasoconstricteur, une vasodilatation réflexe et une bradycardie par augmentation du tonus vagal, mais est-ce la bonne explication ? Mais, fait essentiel "ça marche" souvent !

De plus ce geste est totalement inoffensif puisque pratiqué à distance du siphon carotidien.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bricot B. La reprogrammation posturale globale. Montpellier : Sauramps Médical ; 2009.
2. Delmas A. Voies et centres nerveux : introduction anatomo-physiologique à la neurologie. 10e éd. Paris : Masson et Cie ; 1974.
3. NYSORA. Bloc sympathique cervical. [En ligne]
4. Orsal D, Richard D. Neurophysiologie : organisation et fonctionnement du système nerveux. Paris : Dunod ; 2007.
5. Revel A. Innervation sympathique et hémodynamique cérébrale. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

FICHE TECHNIQUE

LES TESTS CERVICAUX

Docteur Olivier DUMAY*

RÉSUMÉ : Les manipulations vertébrales et les thérapeutiques manuelles du rachis cervical nécessitent par précaution des tests de sécurité. Les tests cervicaux décrits sont nombreux et la revue de littérature rapporte une hétérogénéité de résultats. C'est pourquoi, il m'a paru intéressant de proposer une simplification des tests utiles à effectuer pour la pratique clinique avant toute manœuvre thérapeutique en se basant sur la physiopathologie et leur valeur statistique. Nous pouvons ainsi différencier des tests à la recherche d'une pathologie organique différentielle (Mise en tension d'artère vertébrale, mobilité cervicale haute), des tests à la recherche d'une pathologie neurologique compressive par stimulation du rachis cervical (compression-distraktion) ou du membre de préhension (abduction et étirement).

ABSTRACT : Spinal manipulations and manual therapies of the cervical spine require precautionary safety tests. Numerous cervical tests have been described, and the literature review reports heterogeneity of results. This is why it seemed interesting to me to propose a simplification of the useful tests to perform for clinical practice before any therapeutic maneuver, based on pathophysiology and their statistical value. We can thus differentiate tests aimed at identifying an organic differential pathology (Vertebral artery tension, upper cervical mobility) from tests aimed at detecting compressive neurological pathology by stimulation of the cervical spine (compression-distraktion) or of the gripping limb (abduction and stretching).

MOTS CLÉS : Test cervicaux, Manipulation

KEY WORDS : Cervical tests, Manipulation

**Docteur Olivier DUMAY : Médecine Manuelle - Expert près de la Cour d'Appel d'Aix en Provence en Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale, Vice président de Compagnie des Experts de Justice en Ostéopathie Médicale, Responsable pédagogique du DIU de Médecine Manuelle de Nîmes-Montpellier. Praticien Attaché de Médecine Physique CHU Nîmes.*

INTRODUCTION

Les tests décrits et rapportés dans la littérature pour l'exploration clinique des cervicalgies sont nombreux et hétérogènes. Les symptômes en sont des douleurs neuropathiques, des paresthésies ou une faiblesse musculaire. Notre méthode de pratique clinique respecte « La non douleur », et à ce titre la reproductibilité d'une douleur exquise à la stimulation du rachis cervical reste une priorité pour les médecins de médecine manuelle.

Une première revue de littérature avait montré que les tests palpatoires de la mobilité vertébrale était très peu reproductible sauf s'ils sont associés à la provocation de la douleur.

Le test de précaution à la recherche d'une insuffisance vertébro-basilaire garde une valeur de précaution médico-légale par sa sensibilité mais reste scientifiquement insuffisant et nécessitent d'être complétés par d'autres tests : dans un premier temps, il faut éliminer l'urgence neurologique et traumatique, dans un deuxième temps rechercher une pathologie compressive du nerf rachidien. Les mobilités globales seront bien sûr examiner sans en limiter les amplitudes en les observant de manière attentive et précautionneuse. Ces limitations seront notifiées sur un schéma en Etoile de LESAGE et MAIGNE.

I. PREMIER TEMPS : IDENTIFIER L'ORGANICITE

Les tests 1 et 2 de sécurité nous orientent très rapidement sur une étiologie organique différentielle : une insuffisance vertébro-basilaire et/ou une lésion traumatique (directe ou indirecte). En cas de positivité, ils seront bien sûr affinés en urgence par des examens complémentaires (Angioscanner ou scanner cervical).

TEST 1 : MISE EN TENSION DE ARTERE VERTEBRALE CONTRO-LATERALE (TEST « Américain », Test de HAUTAN, KLEIN)



Figure 1 : de mise en tension de l'artère vertébrale

Patient assis, au cours de l'interrogatoire, effectue des mouvements combinés d'extension-inclinaison-rotation controlatérale, en amplitudes extrêmes, pendant 30 secondes. Il faut observer toute manifestation anormale

(conscience, mouvements oculaires, réactions du patient). Les contraintes exercées sont proportionnelles au mouvement et il faut retenir le caractère dynamique n'autorisant pas manipuler avant 15 jours s'il existe des manifestations. Ce test consensuel est très sensible, fondé sur l'anatomie : l'extension et inflexion latérale du rachis cervical diminue le flux vertébral opposé à l'inclinaison en regard de la région sous occipitale lors de son passage de C2 à C1, la rotation excessive provoquerait un étirement de cette artère vertébrale et aurait pour conséquence l'apparition d'une symptomatologie neuro-vestibulaire (instabilité ébrieuse, vertiges, malaise vagal).

TEST 2 : ELIMINER UNE LESION CERVICALE TRAUMATIQUE



Figure 2 : Test de Mobilité Cervicale Haute

Le praticien examine les mobilités cervicales hautes (C1C2), par acquiescement du patient(e) puis en effectuant une impaction pour limiter la mobilité du rachis cervical moyen, il examine les rotations cervicales hautes C1C2 comparatives.

Ces tests de mobilité cervicale haute permettent de rechercher un blocage Net uni ou bilatéral à la recherche avant tout d'une lésion structurale rencontrée lors de traumatisme de mécanisme indirect lors d'accident de la voie publique ou sportif ou physio-pathologiquement par des phénomènes d'inflammation des uncus (uncocervicarthrose). La vulnérabilité de l'apophyse odontoïde impose de ne jamais manipuler sans cliché radiologique, mais seul l'examen de la mobilité cervicale haute permettra à un clinicien initié de ne pas s'arrêter au seul cliché lorsqu'il s'agit d'un blocage net même avec un cliché standard (fig 3).

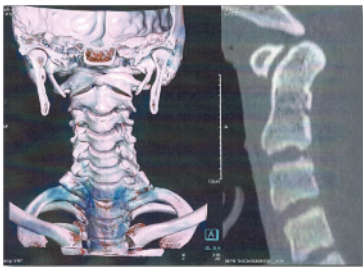


Figure 3 Cas Clinique : Chute de skate board, Passage aux urgences Radiographies Cervicales normale, Fracture de C2 identifier par un blocage de mobilité cervicale C1C2 Net avec une mobilité cervicale globale conservée.

Les tests de mobilité effectués par des praticiens diplômés de Médecine Manuelle initiés à la même méthode semblent avoir montré une reproductibilité inter-opérateur. Il est à noter que la reproductibilité du mouvement est plus significative lorsqu'on y ajoute une mise en tension douloureuse.

II. DEUXIEME TEMPS : IDENTIFIER UNE PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE COMPRESSIVE

Les tests suivants ont pour l'objectif d'identifier une pathologie de type compressive des racines nerveuses en reproduisant ou en améliorant les symptômes part un examen physique du rachis cervical. Sont décrits les tests suivants : Les tests de Spurling, test de compression-distraktion, test de mise en tension du membre supérieur (ULTT), test d'abduction de l'épaule (Shoulder abduction test), tests d'étirements du membre supérieur, test de compression du plexus brachial et cisaillement et d'instabilité. Une première revue de littérature^{1,10} avait montré que les tests palpatoires de la mobilité vertébrale étaient très peu reproductibles sauf s'ils sont associés à la provocation de la douleur. Le cluster de Wainer regroupe les tests sous jacents pour une sensibilité faible de 24% mais une spécificité forte de 99% si deux tests de compression-distraktion et d'étirements sont positifs (13).



Figure 4 : Test de Compression

TEST 3 : TESTS EN COMPRESSION

I. TEST A DE SPURLING : Le praticien exerce une pression appliquée sur la tête du patient en position assise. Ce test présente une faible sensibilité de 50% et bonne spécificité de 83% et un kappa inter-opérateur 0,6.

II. TEST B DE SPURLING : Il peut être complété d'une inflexion homolatéral du côté douloureux tout en maintenant une pression constante sur le sommet du crâne et reproduisant la douleur pour reproduire la douleur cervicale de type névralgique (brulure) ressentie comme un trajet jusqu'en T4T5. (Neck Tornado Test). Ce test présente une sensibilité de 85% et spécificité de 87%.

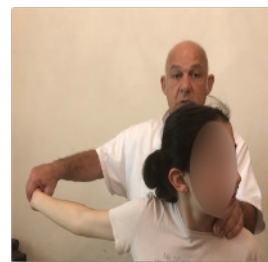


Figure 5 : Spurling Brachial

III. TEST DE SPURLING BRACHIAL :

Le test de spurling peut être sensibilisé par l'étirement du membre thoracique : Patient assis et la tête tournée du côté controlatéral, le bras homolatéral est placé en abduction à 90° avec rotation externe et rétropulsion, reproduction de la douleur.

TEST 4 : TEST EN DISTRACTION AXIALE



Figure 6 : Test en
Distraction axiale

Test en Distraction axiale : L'opérateur, placé derrière lui, avec une prise à trois doigts sur l'occiput, le temporal et le malaire. Il effectue une flexion cervicale et pré-traction assistée vers le haut, pendant quelques secondes qui par une traction douce est exercée sur la tête pour soulager temporairement la douleur radicaire. Ce test a une

sensibilité de 44% et spécificité élevée de 90 à 97% et un kappa inter-opérateur à 0,9.

TEST 5 : TEST D'ABDUCTION ÉPAULE HOMO-LATÉRALE



Figure 7 : Test d'abduction

Il s'agit du Test d'abduction de l'épaule (shoulder abduction test ou test de Davidson).

Le patient place son bras derrière la tête, ce qui peut soulager temporairement les symptômes. Ce test est positif lorsqu'il y a un soulagement de la douleur et présente une sensibilité de 43-50% et une spécificité, forte 80-100%, un Kappa inter-opérateur à 0,2.

CONCLUSION

Il paraît essentiel pour tout manipulateur ou thérapeutes manuels souhaitant effectuer des manœuvres de thérapie manuelle forcées ou non forcées de se prémunir de l'absence d'organocité d'une cervicalgie. Les tests reproductibles sont fondés sur la provocation de la douleur ou la mobilisation douloureuse. A la lecture de littérature concernant les tests cervicaux et de la physiopathologie, nous pourrions proposer ces cinq principaux tests :

1. Mise en tension de l'artère vertébrale,
2. Test de la mobilité cervicale haute,
3. Test de compression axiale combinée (B Spurling et Spurling brachial),
4. Test de distraction axiale,
5. Test d'abduction de l'épaule homolatérale.

La particularité également de cet article est la nécessité de tester la mobilité cervicale segmentaire haute à la recherche d'une pathologie lésionnelle de structure et ne pas se contenter des radiographies cervicales. La connaissance de l'anatomie palpatoire et de la biomécanique permettra également au praticien d'effectuer ces cinq tests assez facilement, ce qui, le drapeau vert hissé pourra permettre la perfection d'un geste médical ou d'une thérapeutique manuelle en toute sécurité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brugnoli G, Martini S. Reproductibilité inter-opérateur de quatre tests cliniques. Rev Méd Manuelle Ostéopathie. 2008;(25).
2. Chokrun-Delion S, Lavignolles A. Artère vertébrale et manipulation du rachis cervical. Rev Méd Manuelle Ostéopathie. 2010.
3. Cornelis P, Hatesse G. Examen clinique du rachis cervical. Rev Méd Vertébrale. 2010;(32).
4. Davidson M. The shoulder abduction test in the diagnosis of radicular pain in cervical extradural compressive monoradiculopathies. Spine. 1981;6(5):441-6.
5. Dumay O. Quelle valeur scientifique donner à un test de médecine manuelle? Rev Domage Corporel – Rev Méd Manuelle.
6. Hérisson C, Vautravers P. Manipulations vertébrales. Paris : Masson ; 1994.
7. Lecacheux J. Principes de base des manipulations cervicales. Rev Méd Vertébrale. 2002;(8).
8. Lemeunier N, da Silva-Oolup S, Chow N, Southerst D, Carroll L, Wong JJ, et al. Reliability and validity of clinical tests to assess the anatomical integrity of the cervical spine in adults with neck pain and its associated disorders. Eur Spine J. 2017;26(1):43-56.
9. Maigne JY, Chantelot F, Chatellier G. Interexaminer agreement of clinical examination of the neck in manual medicine. Ann Phys Rehabil Med. 2009 Feb 1;52(1):41-8.
10. Moreau G. Evaluation et traitement d'une occipitalgie. Rev Méd Manuelle Ostéopathie Médicale. 2023;(56):22-37.
11. Moreau G, Trouilloud P. Tests de sécurité de la jonction sous-occipitale. Rev Médecine Manuelle Ostéopathie. 2012;39.
12. Seffinger MA, Najm WI, Mishra SI, Adams A, Dickerson VM, Murphy LS, et al. Reliability of spinal palpation for diagnosis of back and neck pain: a systematic review of the literature. Spine. 2004 Oct 1;29(19):E413-25.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

RUBRIQUE JUDICIAIRE

OSTÉOPATHIE PÉDIATRIQUE : AVIS D'EXPERT

Docteur Olivier DUMAY*

RÉSUMÉ : Chaque année en France plus de vingt-cinq millions de consultations d'ostéopathie sont réalisées par des praticiens au cursus différent, des ostéopathes non professionnels de santé, des ostéopathes auxiliaires de santé et des ostéopathes médecins. Pourtant la question de la régulation du nombre et de la qualité de la formation n'est toujours pas tranchée. Nous rapportons deux cas de jurisprudences concernant l'ostéopathie pédiatrique, domaine privilégié avec le sport où les ostéopathes exercent sans contraintes ni exigences professionnelles. Les sociétés savantes rappellent par le décret de 2007 que l'ostéopathie n'est pas une profession de santé mais un titre partagé et alertent sur les dérives de la prise en charge systématique des nourrissons sans précaution médicale. La prise en charge des nourrissons en ostéopathie amène à considérer des situations à risque, et dans le respect de l'art médical et de la protection des usagers, à proposer des recommandations d'usage et des règles de bonne conduite.

ABSTRACT : Every year in France, more than twenty-five million osteopathy consultations are carried out by practitioners with different training backgrounds, including non-health professional osteopaths, allied health osteopaths, and physician osteopaths. Yet, the question of regulating the number and quality of training remains unresolved. We report two case laws concerning pediatric osteopathy, a privileged area alongside sports, where osteopaths practice without professional constraints or requirements. Learned societies remind us, through the 2007 decree, that osteopathy is not a health profession but a shared title, and they warn about the risks of systematically treating infants without medical precautions. Treating infants in osteopathy necessitates considering risk situations and, respecting medical practice and user protection, proposing usage recommendations and rules of good conduct.

MOTS CLÉS : Ostéopathie Pédiatrique, décret de 2007, Manipulations, Jurisprudences

KEYWORDS : pediatric osteopathy decree 2007,, manipulations, case law

* Docteur Olivier DUMAY : Expert près de la Cour d'Appel d'Aix en Provence en Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale, Vice président de Compagnie des Experts de Justice en Ostéopathie Médicale, Responsable pédagogique du DIU de Médecine Manuelle de Nîmes-Montpellier

A. LES SITUATIONS RENCONTRÉES PAR DEUX EXEMPLES

1. Le cas d'une consultation d'un nourrisson de sept mois amenée par sa mère chez un kinésithérapeute pour torticolis congénital prescrit par le pédiatre. Le kinésithérapeute ostéopathe déclare qu'elle souffrait d'un « syndrome de Kiss ».

Lors de la consultation, une manœuvre assistée de deux praticiens est effectuée sur le nourrisson en ramenant les genoux au niveau du visage à plusieurs reprises. Dans les suites immédiates, le souffle coupé apparaissent des pétéchies sur le visage, le cou, les épaules. Un certificat médical est effectué pour maltraitance. Une réponse est donnée considérant la manœuvre non invasive et déclarant un mécanisme « d'auto-défense ».

La manœuvre décrite : le nourrisson est couché sur le dos, la tête maintenue. Le praticien exerce des flexions du tronc de manière prolongée à plusieurs reprises. Sont apparus le jour même et constatés par un certificat médical émanant de deux praticiens différents des pétéchies des paupières, du visage, cou, épaules, abdomen.



Figure 1 : Équilibration bilatérale des iliaques

Cette manœuvre (fig1) parfois enseignée dans les écoles d'ostéopathie non médicale s'intègre dans un concept « crânio-sacré ».

Il s'agit d'une hyper-flexion des membres pelviens (les genoux ne touchant pas le torse) sur le bassin, technique dite « équilibration bilatérale des iliaques » dont l'objectif serait de percevoir une restriction de mobilité pour en obtenir sa résolution.

2. Le cas d'une fracture tassement vertébral de T12 dans les suites d'une consultation d'ostéopathie pédiatrique : Une mère consulte pour son nourrisson qui avait tendance à se jeter en arrière accompagnés de régurgitations.

Le praticien a effectué plusieurs manœuvres avec au préalable un test « d'hyper-extension » en saisissant le nourrisson par les cuisses, ses pouces dans le creux poplité et les doigts longs posés sur la face antérieure des cuisses de manière ferme puis soulève l'enfant en le décollant de la table à hauteur de ses épaules, nourrisson tête en bas en pendulaire pour voir s'il reproduit l'hyper-extension puis le repose.

Par la suite, trois autres manœuvres sont effectuées :

1. Une manœuvre de mobilisation : Le praticien assis sur un tabouret, positionne l'enfant semi-assis contre lui en regard de la zone médio-thoracique, ses mains de chaque côté du thorax et avec ses doigts, index en regard de la zone épigastrique, les autres doigts recouvrant chaque hémis-abdomen, vient « tester la mobilité viscérale, si ça bouge bien ou s'il y a un frein respiratoire », teste la mobilité avec ses doigts, par des manœuvres de pétrissage épigastrique.

2. Deux manœuvres de la sphère crânio-faciale (figure 2, 3) : le praticien se positionne assis en bord de table, les mains sur la base du crâne effectuant des ponctures de la base du crâne (prise temporale dite en « papillon » et basi-occipitale) puis une manœuvre endo-buccale.



Figure 2 : Manœuvres prise en papillon

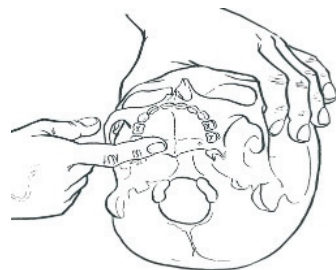


Figure 3 : Manœuvre endo buccal

B. DISCUSSION

1. Diagnostic : Le syndrome de kiss n'est pas un diagnostic médical

La réalité du « syndrome de Kiss » n'est pas établie scientifiquement et ne fait pas consensus. Ce diagnostic a été porté devant l'attitude en extension du tronc du nourrisson.

Le test dit « d'hyper-extension » du nourrisson tête en bas en pendulaire en saisissant le nourrisson par les cuisses pour voir s'il reproduit l'hyper-extension n'est pas un test validé scientifiquement et peut être assimilé à une manipulation du rachis cervical. La notion d'hyper-extension ostéopathique dite de la « Sphéno-basilaire » est une notion dogmatique, ne constitue pas un état physiologique, ne peut donc être considérée comme un test médical neurologique validé scientifiquement.

- **Un bilan neurologique initial, de tonus axial du nourrisson est indispensable.**

Il est à rappeler par l'examen neurologique du nourrisson que l'hyper-extension n'est pas forcément anormale. La recherche d'acquisitions motrices posturales par le nourrisson de sept à huit mois reste un processus physiologique mais nécessite son examen neurologique pour garantir de l'absence d'organicité. Le nourrisson est animé de mouvements d'extension et abduction des membres inférieurs pour permettre le retournement sur le ventre. L'évolution de la posture met en jeu des réactions de redressement anti-gravitaire à progression céphalo-caudale. Ces réactions sont suivies par la rotation axiale qui permet de latéraliser les appuis. L'évolution du redressement est céphalo-caudale et latérale.

- **Le diagnostic ne doit pas être porté exclusivement par une attitude mais un ensemble de symptômes d'ordre médical et ne peut être fondé sur des croyances.** Il incombe au professionnel de santé para-médical ayant acquis un pré-requis médical de communiquer avec le médecin prescripteur dans les limites de ses connaissances et compétences.

Une attitude comportementale chez un nourrisson peut déjà être révélateur d'une symptomatologie médicale.

- **Il faut rappeler également que la pratique de l'Ostéopathie ne constitue pas au sens du code de la santé publique, l'exercice d'une profession médicale et/ou paramédicale** et s'il y a transfert de responsabilité médicale dans le domaine de la santé, cette passation doit rester dans le champ médical à savoir respecter l'organicité. Le professionnel de santé kinésithérapeute se doit de communiquer avec le médecin prescripteur afin d'avoir un diagnostic médical et un traitement adapté.

2. Physiopathologie

- **La fracture vertébrale tassement de T12** est une fracture en compression sagittale par un mécanisme d'hyper-flexion du rachis. La tendance à se jeter en arrière positionne en distraction rachidienne. Cependant, un maintien de positionnement ferme sur un point pivot centré sur un segment vertébral assisté d'une distraction rachidienne du segment supérieur ne peut être écarté, ce d'autant plus, si simultanément une contrainte même modérée s'exerce sur un point pivot et est assistée d'une mobilisation du segment sus-jacent. La vigilance est de mise sur des techniques en compression même minime sur un point pivot vertébral en raison notamment d'une ostéogenèse imparfaite, ce d'autant qu'il n'existe aucune indication fondée de manipulation vertébrale chez le nourrisson.

- **Les pétéchies, ecchymoses** : Cette manipulation de hyper-flexion des membres inférieurs sur le thorax avec des pressions manuelles soutenues de la zone abdominale sous diaphragmatique, a pu provoquer des hématomes et des pétéchies. Les examens biologiques d'hémostase et de coagulation se sont avérés sans pathologie. Cette manœuvre dynamique présente une composante mécanique du tronc en regard de la zone thoracique basse avec un point d'appui pivot pouvant possiblement induire un mécanisme d'écrasement. Une composante cutanéomusculo-squelettique par des massages profonds sous diaphragmatique peut être stimulatrice d'une réaction neurovégétative incontrôlée.

3. Le Jugement

La constatation des lésions dans les suites immédiates de la consultation en fait un lien de causalité de siège et de temps. La prescription médicale a été établie pour soigner un torticolis congénital or les mobilisations en flexion du tronc ne sont pas en cohérence avec la prescription et la zone traitée, le praticien ne se limitant pas à ce qui est nécessaire et prudent. Également, dès lors que la flexion forcée des membres inférieurs n'est jamais citée dans les publications scientifiques comme traitement du torticolis congénital, cette manœuvre s'avère sans intérêt thérapeutique. Le praticien n'assurant pas de soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science. L'instruction ajoute le risque de décès, de rupture d'anévrisme, d'atteinte cardiaque ou oculaire. Le praticien n'a pas recherché le concours compétent. Conformément à l'article L 4113-14 du CSP mentionnant qu'un professionnel de santé qui expose ses patients à un danger (infirmité, état pathologique, insuffisance professionnelle du praticien) peut être suspendu par l'Agence Régionale de Santé relevant

du lieu d'exercice informant le conseil de l'ordre, ce praticien a été suspendu d'exercice professionnel. Son assistante non professionnelle de santé délivrant des conseils relevant de l'exercice de la masso-kinésithérapie s'expose à des sanctions pénales pour exercice illégal conformément à l'article 4321-78 du CSP.

C. RÈGLES DE BONNE CONDUITE

1. Les points fondamentaux

- o **La pratique de l'Ostéopathie n'est pas une profession médicale ni para-médicale au sens du Code de la Santé Publique.** Les dispositions des articles D4381-2 du code de la Santé Publique stipule que le haut conseil des professions para médicales doit être consulté sur les conditions d'exercice et non sur la qualité de leur formation ni du contenu de certains enseignement. Ces enseignements restent encore trop dogmatique et nécessiteraient d'être revisités pour être conformes aux données de la science acquise.

D'autre part, la pratique est restreinte sur ces actes et réglementée :

- o **Article 1** : les praticiens sont autorisés à pratiquer des manipulations musculo-squelettiques et myofasciales exclusivement externes et non forcées.

- o **Article 2** : les praticiens s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin sont tenus d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic médical.

- o **Article 3** : Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants sauf certificat de non contre indication médicale à l'ostéopathie : Manipulation du crâne et de la face et Manipulation du rachis cervical de moins de six mois.

- o **L'Ostéopathie pédiatrique, un fondement scientifique sans vraisemblance** : L'ostéopathie pédiatrique est née du concept crânio-sacré de Sutherland. Ces concepts sont passés du mouvement crânien osseux de Sutherland, à liquidien de Magoun, puis à l'impulsion rythmique de N.Sergueeff et enfin de posture de Busquet qui sont autant de concepts que d'art ostéopathique sans réalité ni vraisemblance scientifique conforme aux données actuelles de la science.

- o **Le toucher est un mode de communication et la peau est le plus grand organe du corps** :

Il est dommageable de restreindre des thérapeutiques manuelles à une vision irréaliste osseuse ou fluïdique du 19^e siècle, et de négliger les bienfaits du toucher et du contact humain. La particularité du toucher pédiatrique est un toucher fin, non forcé sur un organe qu'est la peau.

Négliger la peau, c'est négliger un organe et en l'occurrence le nourrisson est un « TOUT », c'est ce qui fait la difficulté. Le toucher est d'abord un mode de communication, non dénué de sens affectif et le nourrisson est à la recherche d'expériences sensorielles pour l'acquisition de son schéma postural sensori-moteur.

2. Avis d'Expert et Propositions de recommandations ?

Les propositions de recommandations tiennent compte du Décret de 2007 et des cas de jurisprudences rapportés afin d'apporter un éclairage technique aux magistrats. La particularité du traitement pédiatrique, met en évidence différentes situations pouvant être à risque pour une pratique encore trop peu conforme aux exigences des données acquises de la science et nécessite des recommandations d'usage.

1. Première recommandation : Le nourrisson ne peut être segmenté comme les pièces d'un puzzle. Un pré-requis médical est indispensable pour une connaissance et compétence dans ce domaine.

Un bilan neurologique préalable initial, de tonus axial du nourrisson est indispensable. Le diagnostic doit rester d'une vraisemblance médicale avant toute prise en charge thérapeutique. **Toute manœuvre effectuée chez un nourrisson doit être astreinte à un examen médical préalable.** Cette première recommandation rejoint l'article 2 du décret du 25 mars 2007.

2. Deuxième recommandation : La zone traitée doit respecter l'organicité musculo-squelettique.

Une manœuvre abdominale ou de la sphère crânienne ou sacrée n'a pas d'intérêt thérapeutique lorsque le motif de consultation est un torticolis congénital.

La zone traitée doit être en rapport avec le motif de consultation.

3. Troisième recommandation : Au vu de la particularité anatomique du tissu conjonctif et d'une ostéogénèse du nourrisson incomplète, **aucune**

manœuvre forcée des articulations vertébrales ou d'un segment corporel par rapport à un autre n'est indiquée.

Peuvent être considérée comme forcée, toute manœuvre effectuée d'un segment corporel à haute vitesse mais aussi toute manœuvre d'un segment corporel soutenue avec contrainte axiale et sagittale en compression sur un point pivot. Cette troisième recommandation rejoint l'article 3 du décret du 25 mars 2007.

4. Quatrième recommandation : Tenant compte de l'hétérogénéité de formation des ostéopathes non médecins, dont les enseignements ne sont pas tous conformes à la vraisemblance scientifique, **il ne serait pas légitime d'établir un certificat de non contre indication médicale à l'ostéopathie à un non professionnel de Santé pour des problèmes de responsabilité médicale.**

Le partage de responsabilité médicale entre professionnel de Santé s'effectuant naturellement dès lors que le patient est accepté par un autre professionnel de santé mais n'a pas lieu d'être avec un professionnel de soins de confort.

5. Cinquième recommandation : les praticiens non médecins sont habilités à effectuer des manœuvres myofasciales et musculo-squelettiques externes (Article 1 décret 2007). Concernant les manœuvres crâniennes ou dites crânio-sacrées, les données actuelles de la science acquises ne rapportent pas de vraisemblance scientifique fiable des concepts d'ostéopathie crânienne, de mouvement respiratoire primaire ou fluide et énergétique. **Les manœuvres doivent se limiter au toucher fin (pulpaire, effleurage, pression glissée non soutenue), externe (pas de toucher intra buccal, ni pelvien).** Concernant les manœuvres dites « viscérales », les données actuelles de la science acquises ne rapportent pas de vraisemblance scientifique fondée des concepts de motilité viscérale. **Il conviendrait de respecter la peau et son système neuro-sensoriel et végétatif, de ne pas le stimuler ou solliciter à de très nombreuses reprises par des massages profonds (pétrissages) de la zone périombilicales et thoraco-abdominale.**

CONCLUSION

Les dogmes de l'ostéopathie crânienne et de l'ostéopathie pédiatrique ne peuvent servir de référentiel pour une méthode de soin : le parcours de l'utilisateur impose un diagnostic médical partagé basé sur une vraisemblance scientifique. La particularité d'un traitement pédiatrique, met en évidence différentes situations pouvant être à risque. Dans ce domaine, il est à retenir que la peau est l'organe essentiel du corps véhiculant tout notre système neurovégétatif et sensorimoteur, et que toute attitude comportementale du nourrisson doit être considéré prioritairement du champ organique et non fonctionnel nécessitant un examen neurologique et médical. Malgré les restrictions d'actes du décret de 2007, un éclairage technique de certaines règles de bonne conduite pourrait être utile pour les instances judiciaires et la protection des usagers.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anzieu D. Le moi-peau. Paris : Dunod ; 1995.
2. Andrieu B. Le toucher. Paris : Les Belles Lettres ; 2008.
3. Amiel-Tison C. Démarche clinique en neurologie du développement. Paris : Masson ; 2004.
4. Bonneau D. Institut Français de Médecine Manuelle. Paris ; 2007.
5. Bourdiol RJ. Neurothérapie céphalique réflexe. Paris : Maisonneuve ; 1987.
6. Bossy J. Bases neurobiologiques des réflexothérapies et de l'acupuncture. Paris : Masson ; 1983.
7. Bossy J. Anatomie clinique. Paris : Springer-Verlag ; 1990.
8. Captier N, Leboucq M, Bigorre F, Canovas F, et al. Étude clinico-radiologique des déformations du crâne dans les plagiocéphalies sans synostose. Paris : Elsevier ; 2003.
9. Code de la santé publique. Article R.4321-1 et suivants. Paris : Légifrance.
10. Conseil d'État. 4e et 5e chambres réunies, décision du 23 mars 2016.
11. Décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie. Journal Officiel de la République Française. 2007 ; texte n° 70.
12. Delmas A. Voies et centres nerveux. 10e éd. Paris : Masson ; 1974.
13. Dumay O. Diplôme de Médecine Manuelle. Institut Supérieur d'Ostéopathie ; 2005–2006.
14. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Appareil locomoteur : fractures et luxations du rachis thoracolumbaire ; classification Watson-Jones, Nicoll. Paris : Elsevier-Masson ; 1972. (Réf. P15829A.)
15. Hovelacque A. Le système sympathique. Paris : Doin.
16. Journal Officiel. Assemblée Nationale : question parlementaire écrite n° 3576. J O de la République Française.
17. Jurisprudence. Chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins – Occitanie ; décision 2021.
18. Jurisprudence d'expertise pénale. [France] ; 2024.
19. Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né. Montpellier : Sauramps Médical ; 2004.
20. Lazorthes G. Le système nerveux périphérique. Paris : Masson ; 1971.
21. Montagu A. La peau et le toucher. Paris : Seuil ; 1979.
22. Magoun HW. Osteopathy in the cranial field. 3rd ed. Kirksville (MO) : The Cranial Academy ; 1976.
23. Méi N. La sensibilité viscérale. Paris : Éditions EMI ; 1998.
24. Upledger JE. Étude histologique des sutures crâniennes. 1975, 1987.
25. Sergueef N. Thérapie crânio-sacrée chez l'enfant. Paris : Éditions SPEK ; 1988.
26. Sergueef N. Approche ostéopathique des plagiocéphalies avec ou sans torticolis. Paris : Éditions SPEK ; 2004.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.



RUBRIQUE JUDICIAIRE

COMMENT DEVENIR SAPITEUR OU EXPERT EN OSTÉOPATHIE MÉDICALE AUPRÈS DES TRIBUNAUX FRANÇAIS ?

André MONROCHE *, Frédéric GENET, Emeric BRIDE, Serge PAUTOT**

RÉSUMÉ : L'expert judiciaire en tant que technicien de justice est appelé à ce titre à éclaircir le juge. Il peut se faire aider par un sapiteur dans un domaine échappant à son savoir tel un électricien pour un architecte, voire un expert-comptable (articles 278 du CPC et 162 du CPP). Il existe différents types d'expertise en matière judiciaire. Elles sont toujours effectuées en contradictoire tant sur le plan administratif, civil que pénal. Ce n'est pas toujours le cas dans d'autres domaines relevant de la Sécurité Sociale ou d'Assurances privées par exemple. Il n'en est pas moins que les patients victimes d'affections diverses doivent bénéficier d'un statut d'égalité devant le handicap. Dans ce cadre, l'expertise médicale ne correspond pas à un acte médical ou de soins ou même de diagnostic... Le sapiteur est un adjoint technique d'une autre spécialité et dans le cadre d'une expertise, c'est l'adjoint technique de l'expert principal sur un point, une question échappant à la spécialité de l'expert. Le sapiteur est désigné spécialement pour cette compétence.

ABSTRACT : The judicial expert, as a justice technician, is called upon in this capacity to enlighten the judge. He may be assisted by an assistant expert in a field beyond his own knowledge, such as an electrician for an architect, or even an accountant (Articles 278 of the CPC and 162 of the CPP). There are different types of expertise in judicial matters. They are always carried out in an adversarial manner, both administratively, civilly, and criminally. This is not always the case in other areas, such as Social Security or private insurance, for example. Nevertheless, patients suffering from various conditions must benefit from equal status in the face of disability. In this context, medical expertise does not correspond to a medical act, care, or even diagnosis... The assistant expert is a technical assistant of another specialty, and in the context of an expertise, he is the technical assistant to the principal expert on a point or issue beyond the principal expert's specialty.

MOTS CLÉS : Sapiteur et Expertise

KEYWORDS : expertise and expert opinion

*monroche@sport-medical.org@

**serge.pautot@ff-boxe.com

Communication en Plénière du 28 juin 2025 - 6^e journée Robert Maigne – Hôtel Dieu - Paris

Compagnie des Experts de Justice en Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale

OBJECTIFS

L'objectif principal d'une expertise médicale est de rechercher des preuves en évaluant le dommage médical avec éventuellement la mise en évidence d'une faute, voire d'un aléa. L'expert est par conséquent au service du juge qui n'est toutefois pas obligé de suivre son avis technique. Rappelons que le magistrat représente la société. Sa mission essentielle est de faire en sorte de compenser un dommage au mieux une victime d'un dommage sous la forme d'indemnisations. C'est dans ce cadre que l'expert se sert d'outils médicaux cliniques et para-cliniques afin de préciser les préjudices physiques, psychologiques, voire socio-professionnels.

Quelques précisions

Secret médical : le médecin expert ou sapiteur ne peut utiliser des informations qu'avec l'accord de la victime. La loi du 04 mars 2002 précise toutefois qu'en cas de refus de communication du dossier médical, la victime en est rendue responsable.

L'expert, imposé par le juge à partir ou en dehors d'une liste officielle doit rappeler les caractéristiques de la mission qui figure dans le jugement ou l'arrêt.

Procédure contradictoire : chaque partie a le droit de prendre connaissance de l'ensemble du dossier de façon loyale.

Expert médical (formation mixte : médicale et juridique).

Un rapporteur est délégué par une compagnie d'experts de justice afin d'étudier le dossier d'un candidat expert en vue d'être reconnu par une juridiction.

Le sapiteur qui est sous la responsabilité de l'expert n'a pas d'obligation de formation médico-juridique. Il doit donner son avis purement technique.

Un dire en droit est une « observation formulée par les parties auprès d'un expert judiciaire, voire d'un sapiteur ». Les dires doivent figurer dans le rapport d'expertise dans sa version définitive avec si possible une réponse dans le corps de l'expertise.

Pré-rapport c'est un projet de rapport soumis aux différentes parties afin de leur permettre éventuellement d'en contester le contenu à l'aide de dires.

Co-expert : à la différence du sapiteur, le co-expert rédige un rapport en parallèle avec un autre expert de spécialité différente, par exemple un psychiatre, un chirurgien-orthopédiste ou un rhumatologue

CAHIER DES CHARGES POUR LA NOMINATION D'EXPERTS DE JUSTICE MÉDICAUX

Une demande motivée doit être effectuée auprès du Procureur de la République du lieu de la résidence du demandeur ou du Président du tribunal administratif. Il est nécessaire d'être titulaire d'un doctorat en médecine validé par le conseil de l'ordre des médecins. Le conseil de l'ordre des médecins précise et valide les qualifications notamment les types de spécialités et les exercices particuliers. Des conditions de moralité sont exigées dans le cadre d'une enquête administrative. Loi n° 71 498 du 29 juin 1971, Décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004, Décret n°20-23-468 du 16 juin 2023.

NOMENCLATURE DES EXPERTS DE JUSTICE

Une nomenclature officielle a été publiée par arrêté au JO du 08 décembre 2022 déterminant les différents types d'experts reconnus sur le plan judiciaire. Cette nomination distingue des branches telles que l'agriculture, l'électricité, la santé... et des spécialités dans chaque branche. Il en est ainsi de la médecine générale, la psychiatrie et même de la médecine manuelle et ostéopathie médicale (F1.20) en différenciant les masseurs-kinésithérapeutes, (F8.5) et les non professionnels de santé bien être (F12), les chiropracteurs (F12.1), et les ostéopathes non-médecins ni auxiliaires médicaux (F12.2). Quelles que soit les circonstances, l'expert est une personne choisie en fonction de ses connaissances pour donner son avis sur une question d'ordre technique. Rappelons que le magistrat n'est pas obligé de se référer à la liste officielle. L'expert de justice exécute avant tout un mandat de justice. Il n'exerce pas ce faisant une profession. Il est investi à titre temporaire d'une mission de service public.

QU'EST-CE QU'UN SAPITEUR ?

Un sage, un savant, une personne qui sait sans être un sachant ? sa spécialité est distincte de celle de l'expert nommé par la juridiction (article 278 du code de procédure civile). Son rapport est intégré dans celui de l'expert désigné. Il peut faire aussi l'objet de dires adressés à l'expert à l'issue de l'envoi de son pré-rapport.

Le sapiteur est nommé soit par l'expert missionné, soit par le Tribunal. Rappelons qu'en matière administrative, c'est le juge qui a le choix du sapiteur (article R 621-2), en compétence, technique et indépendance.

Pour la médecine manuelle, le médecin ostéopathe ne peut nommer un sapiteur ostéopathe. En revanche, un chirurgien peut être amené à faire appel à un sapiteur en médecine manuelle, voire un spécialiste en médecine interne non qualifié en médecine manuelle. A noter enfin qu'un kinésithérapeute non-ostéopathe nommé expert pourrait aussi demander un avis de médecin ostéopathe reconnu par la compagnie des experts de justice ou médecine manuelle orthopédique et ostéopathie médicale. Seuls les Tribunaux administratifs reconnaissent le terme de sapiteur (article R 621-2).

Le sapiteur en médecine manuelle comme l'expert désigné donne un avis technique et doit se limiter à fournir des informations, voire des explications, sans apporter de jugement en respectant la règle du contradictoire. Le rôle d'un sapiteur est à distinguer de celui d'un co-expert par exemple un médecin rhumatologue ostéopathe et un psychiatre, association non rarissime.

Point de procédure concernant les Sapiteurs (du latin SAPERE / SAVOIR).

DROIT CIVIL	DROIT ADMINISTRATIF	DROIT PENAL
Article 278 du Code de procédure civile : « L'expert peut prendre l'initiative de recueillir l'avis d'un autre technicien, mais seulement dans une spécialité distincte de la sienne ».	Article R. 621 – 2 du Code de procédure administrative : « lorsqu'il apparaît à un expert qu'il est nécessaire de faire appel au concours d'un ou plusieurs sapiteurs pour l'éclairer d'un point particulier, il doit préalablement solliciter l'autorisation du président du Tribunal administratif ou de la Cour administrative d'appel ou au Conseil d'Etat du président de la section du contentieux. La décision est insusceptible de recours ».	Article 162 du Code de procédure pénale : « si les experts demandent à être éclairés sur une question échappant à leur spécialité, le juge peut les autoriser à s'adjoindre des personnes nommément désignées, spécialement qualifiées par leur compétence ».
L'expert n'a pas à solliciter d'autorisation du juge pour s'adjoindre le concours d'un technicien.	On relève que le mot « sapiteur » est visé comme tel au présent article, et non dans le Code de procédure civile qui vise le terme de « technicien » (en réalité, le sapiteur). L'expert doit demander l'autorisation du Tribunal pour la désignation du sapiteur à	Il appartient au seul juge de l'autoriser, les désigner
Aucun texte n'exige que le spécialiste consulté soit lui-même inscrit sur la liste des experts.		Le 2 ^{ème} et 3 ^{ème} expert auquel le juge assigne une mission particulière pour éclairer les experts échappant à leur compétence relève de l'article 162 et le rapport de cet expert figure dans le rapport d'ensemble.
L'expert ne peut recueillir que l'avis d'un technicien et non que ce dernier remplisse sa mission d'expert.		

HONORAIRES ET FRAIS D'UN SAPITEUR, BUDJETISATION

Selon les juridictions, l'état des frais peut faire partie des honoraires de l'expert nommé et peut être soumis à l'accord du juge sous la forme de « provisions » (allocation prévisionnelle). Dans tous les cas, le sapiteur reste subordonné à l'expert mais l'expert reste responsable du paiement de son sapiteur. La rémunération peut intervenir avant la fin de l'expertise.

L'expert n'est pas obligatoirement présent lors des opérations du sapiteur même si cela reste hautement souhaitable en matière médicale. Seul l'expert en titre est qualifié pour recevoir des dires mais les réponses à ses dires peuvent être rédigées par les ou le sapiteur (cf tableau).

LES PRÉCAUTIONS

Quelques précautions valables pour un expert de justice ou un sapiteur

1° Éviter sauf accord des parties et en toute connaissance de cause de répondre à des sollicitations de journalistes surtout pour des affaires non encore jugées.

2° Ne pas se lancer dans les traitements locaux de type ostéopathique pour des sacro-coccygodynies sans explication au préalable et sans lettre d'accompagnement explicative au médecin traitant.

3° Répondre toujours de façon adaptée et rassurante à des patients présentant par exemple des douleurs réactionnelles à une séance d'ostéopathie de façon à éviter une surenchère provoquée par l'entourage du patient émanant parfois du monde médical...

ANNEXE

Article 263 : « L'expertise n'a lieu d'être ordonnée que dans le cas où les constatations ou une consultation ne pourraient suffire à éclairer le juge ».

Article 278-1 : « L'expert peut se faire assister dans l'accomplissement de sa mission par la personne de son choix qui intervient sous son contrôle et sa responsabilité ».

Article 262-2 : « Il n'est commis qu'un seul expert à moins que la juridiction n'estime nécessaire d'en désigner plusieurs. Le président du tribunal administratif ou de la cour administrative d'appel, selon le cas, ou, au Conseil d'Etat, le président de la section du contentieux choisit les experts parmi les personnes figurant sur l'un des tableaux établis en application de l'article R.221-9. Il peut, le cas échéant, désigner toute autre personne de son choix. Il fixe également le délai dans lequel l'expert sera tenu de déposer son rapport au greffe.

Lorsqu'il apparaît à un expert qu'il est nécessaire de faire appel au concours d'un ou plusieurs sapiteurs pour l'éclairer sur un point particulier, il doit préalablement solliciter l'autorisation du président du tribunal administratif ou de la cour administrative d'appel ou, au Conseil d'Etat, du président de la section du contentieux. La décision est insusceptible de recours ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté du 5 décembre 2022 relatif à la nomenclature prévue à l'article 1er du décret n° 2024-1463 du 23 décembre 2004. Journal Officiel de la République Française. 8 déc 2022.
2. Code de procédure civile. Article 232. Paris : Légifrance.
3. Concours Médical. Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. Paris.
4. Gazette du Palais. Le sapiteur et la Cour de cassation. 2001 ; p. 662.
5. Lettre du CNCEJ. Conseil National des Compagnies d'Experts de Justice. [En ligne] ; [adresse électronique : info@revue-experts.com].
6. Harichaux M, Monroche A. Droit de la santé : dictionnaire commenté. In : Le droit médical en pratique. Paris : Masson ; 2003.
7. Monroche A, Lhuillier JP. Méthodologie de l'expert de justice. Cinésiologie. Article scientifique ; 2022.
8. Monroche A, Dumay O, Bride E, Genet F, Pautot S, M V. Cahier des charges pour figurer sur une liste d'experts près les tribunaux en ostéopathie médicale. Rev Méd Manuelle Ostéopathie Médicale. 2023;(56):71-74.
9. Revue Légisport. Bulletin d'information juridique sportive. [En ligne] : www.legisport.com.
10. Benayoun S. Introduction à l'expertise. J Orthop. 2023;90(4):4083-6.
11. Vannier P. Les institutions juridictionnelles en schémas. In : Le droit en schémas. Paris : Éditions Ellipses.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

UNIVERSITAIRE

LOMBALGIE, MANIPULATION ET LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Professeur Arnaud DUPEYRON*

RÉSUMÉ : Les recommandations internationales suggèrent d'avoir recours aux traitements non pharmacologiques, comprenant entre autres les exercices physiques, la rééducation et les thérapies manuelles dans la lombalgie. Cependant, la littérature scientifique n'apporte qu'un niveau de preuve faible à modéré de l'efficacité des thérapies manuelles utilisées en association avec d'autres traitements. Cette lettre évoque les raisons possibles de ce décalage entre évidence scientifique et pratique quotidienne imposant de poursuivre une recherche dans les règles, seule voie pouvant donner l'assise nécessaire à l'utilisation de la thérapie manuelle en général et des manipulations vertébrales en particulier dans la lombalgie.

ABSTRACT : International recommendations suggest the use of non-pharmacological treatments for low back pain, including physical exercise, rehabilitation and manual therapies. However, scientific literature only provides low to moderate evidence of the effectiveness of manual therapies when used alongside other treatments. This letter discusses possible reasons for the discrepancy between scientific evidence and everyday practice, emphasising the need for further research to establish the efficacy of manual therapy and spinal manipulation for low back pain.

MOTS CLÉS : : Lombalgie, Manipulation, Médecine fondée sur les preuves

KEYWORDS : low back pain, manipulation, Evidence based medicine

*Professeur Arnaud DUPEYRON

Service de Médecine Physique et de Réadaptation - CHU Nîmes - Université Montpellier.
Laboratoire EuroMov DHM, IMT Mines Alès, Université Montpellier.

INTRODUCTION

La lombalgie commune est une pathologie fréquente qui touche 60 à 80 % de la population active [1], résolutive en quelques semaines mais récidivant fréquemment [2], représentant le deuxième motif de consultation médicale en France et coutant près d'1,5 milliard € en France en grande partie due à la perte de productivité.

Les manipulations vertébrales (MV) représentent une option thérapeutique couramment utilisée en soins primaires et bénéficient d'un réel engouement auprès des patients. Cette popularité se traduit par un recours fréquent à ces traitements, que ce soit dans un cadre médical (médecine manuelle, ostéopathie médicale) ou non médical (thérapie manuelle, ostéopathie, chiropraxie). Les recommandations, récemment mises à jour par la HAS [3], proposent une hiérarchisation des interventions, montrant l'importance croissante des approches non médicamenteuses par rapport aux traitements médicamenteux. En effet, l'efficacité limitée des médicaments, notamment dans les formes chroniques, ainsi que les risques liés à leur utilisation— qu'il s'agisse des AINS ou des opioïdes (qui représentent près de 60 % des opioïdes prescrits aux États-Unis) — soulignent la nécessité d'envisager des thérapies

alternatives. Plus largement, les recommandations internationales préconisent le recours aux approches non pharmacologiques, telles que les exercices physiques, la rééducation et les manipulations vertébrales [4]. Cependant, si l'on se réfère à la littérature scientifique, les preuves d'efficacité restent discutables. Pourquoi ce contraste?

Les résultats des méta-analyses, qui regroupent les essais contrôlés randomisés, montrent généralement un effet modéré des thérapies manuelles à court terme. Dans ce résultat, il faut bien comprendre que l'effet est inconstant, souvent difficile à interpréter car noyé dans l'effet d'autres traitements ou bien isolé sur de petits échantillons. Ainsi, la méta-analyse de Paige et coll. retrouve un effet à court terme sur la douleur et la fonction dans la lombalgie aiguë [5]. Bagagiolo et coll. retrouvent les mêmes résultats en phase aiguë comme chronique [6]. Une méta-analyse de Rubinstein et coll. concernant près de 9000 patients conclut à un effet supérieur des thérapies recommandées (dont fait partie la thérapie manuelle utilisée en association) à 6 mois pour la douleur et à 1 mois pour la fonction [7]. Un article intéressant datant de 2001 précise même quelles thérapies manuelles il faut proposer en phase aiguë ou chronique de la lombalgie [8].

Il est clair que de nombreux essais donnent des résultats décevants comme cet essai de Thomas et coll. qui ne retrouvent aucune différence entre mobilisation et manipulation dans le traitement de lombalgie modérée chez l'adulte jeune. Ou bien cet autre essai négatif dans la lombalgie chronique [9]. Enfin, une méta analyse en réseau permettant de comparer le poids relatif de l'effet des thérapies manuelles comparé à d'autres traitement, Gianola et coll. [10] concluent à une efficacité supérieure des thérapies manuelles à 1 semaine contre traitement inerte mais pas contre la chaleur, les opioïdes, le paracétamol, l'acupuncture, l'éducation ou les enveloppements chauds. Seuls les exercices sortent significativement contre acupuncture, et l'éducation.

Si l'on revient aux recommandations internationales, les thérapies manuelles (sans précision) sont recommandées en association avec d'autres traitement dans la lombalgie [4]. Selon une revue systématique, les thérapies manuelles associées à d'autres traitements bénéficient d'une recommandation modérée, équivalente à celle de l'exercice physique supérieure aux médicaments [11].

Pour expliquer ce décalage entre recommandations et évidence scientifique plusieurs arguments peuvent être proposés. D'abord, la variété des techniques manuelles qui peuvent être utilisées seules ou en association et qui peuvent d'un opérateur à l'autre être réalisées (techniquement) ou organisées (combinées ou pas à d'autres) différemment.

Quand les manipulations vertébrales par exemple sont associées à d'autres stratégies (exercices, médicaments, rééducation...), cela limite l'appréciation d'un effet spécifique et ne peut conduire qu'à les proposer en association. L'évaluation d'un traitement repose sur des critères (douleur, médicaments, fonction, handicap) parfois inadaptés ou peu pertinents selon la situation ou le délai retenu. Si le délai d'observation est plus long que le temps habituel de guérison, les deux traitements sembleront identiques car tous les patients seront guéris. Par ailleurs, les études avec peu de participants ne fournissent pas de résultats fiables pour les cliniciens. Lorsque l'ensemble de ces éléments est appliqué avec rigueur et rapporté de manière adéquate, la démarche scientifique s'en trouve structurée, ce qui permet d'élaborer des protocoles conformes aux standards méthodologiques les plus exigeants. C'est seulement à cette condition que les thérapies manuelles pourront être intégrées (ou non) au traitement médical des lombalgies et éventuellement étendu à d'autres troubles musculo-squelettiques.

CONCLUSION

À ce jour, les études scientifiques soutiennent une efficacité modérée des thérapies manuelles dans le traitement de la lombalgie. Il reste donc essentiel de poursuivre des recherches rigoureuses afin de clarifier leur effet spécifique, de justifier leur usage en soins primaires, d'encourager une application plus large et de renforcer les recommandations pour les traitements non pharmacologiques de la lombalgie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*. 1999;354:581-5. doi: 10.1016/S0140-6736(99)01312-4.
2. Bagagiolo D, Rosa D, Borrelli F. Efficacy and safety of osteopathic manipulative treatment: an overview of systematic reviews. *BMJ Open*. 2022;12:e053468. doi: 10.1136/bmjopen-2021-053468.
3. Bailly F, Trouvin AP, Bercier S, et al. Recommandations et arbre décisionnel sur la prise en charge de la lombalgie avec ou sans radiculalgie. *Revue du Rhumatisme*, 2022 :89 ; 345-353.
4. Corp N, Mansell G, Stynes S, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain*. 2021;25:275-295. doi: 10.1002/ejp.1679
5. Gianola S, Barger S, Del Castillo G, et al. Effectiveness of treatments for acute and subacute mechanical non-specific low back pain: a systematic review with network meta-analysis. *Br J Sports Med*;56:41-50. doi: 10.1136/bjsports-2020-103596.
6. Klenerman L, Slade PD, Stanley IM, et al. The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1995;20:478-84. doi: 10.1097/00007632-199502001-00012.
7. Nguyen C, Boutron I, Zegarra-Parodi R, et al. Effect of Osteopathic Manipulative Treatment vs Sham Treatment on Activity Limitations in Patients With Nonspecific Subacute and Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2021;181:620-630. doi: 10.1001/jamainternmed.2021.0005
8. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>
9. Paige NM, Miake-Lye IM, Booth MS, et al. Association of spinal manipulative therapy with clinical benefit and harm for acute low back pain: systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2017;317:1451-1460. doi: 10.1001/jama.2017.3086.
10. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, Denberg TD, Barry MJ, Boyd C, Chow RD, Fitterman N, Harris RP, Humphrey LL, Vijan S. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017 Apr 4;166(7):514-530. doi: 10.7326/M16-2367. Epub 2017 Feb 14. PMID: 28192789. 5.
11. Rubinstein SM, de Zoete A, van Middelkoop M, et al. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2019;364:l689. doi: 10.1136/bmj.l689.
12. Thomas JS, Clark BC, Russ DW, et al. Effect of Spinal Manipulative and Mobilization Therapies in Young Adults With Mild to Moderate Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e2012589. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.12589.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

UNIVERSITAIRE

LE COMITÉ DE LECTURE A LU POUR VOUS

UN NOUVEAU MODÈLE D'ENSEIGNEMENT ET DE PRATIQUE DES THÉRAPIES MANUELLES

Dr Patrick ILL*

* Rhumatologue- Médecine Manuelle Paris

Un collectif d'experts britanniques et internationaux, incluant des physiothérapeutes, chiropracteurs, spécialistes de médecine et rééducation et chercheur en pédagogie pour adulte ont réfléchi depuis 5 ans sur les modèles de formation traditionnelle sur les thérapies manuelles.

Pour eux, les enseignements traditionnels sont jusque-là le plus souvent centrés sur les bases anatomocliniques supposées des approches thérapeutiques, sur les résultats théoriques des tests cliniques utilisés en pratique clinique (centrés sur le praticien) et un déroulé des techniques proposées pour y répondre. Après analyse des limites de cette perspective traditionnelle en matière d'enseignement et considérant le faible niveau de preuve et les débats scientifiques existant dans ces différents champs, les auteurs proposent de changer de perspective pour permettre de mieux valoriser la place et l'intérêt des thérapies manuelles en distinguant 3 dimensions clefs :

la sécurité, le confort et l'efficacité des thérapies manuelles selon des principes de communication et d'études d'impact (patient reported outcomes studies – PROMS), permettant de se concentrer sur une approche centrée sur le patient et mieux tenir compte de son contexte de prise en charge et de son environnement global (considérant le modèle biopsychosocial et une vision plus holistique du patient incluant la famille, l'entourage et l'espace socio-professionnel).

L'idée serait ainsi pour l'enseignant de mieux guider l'apprenant dans une perspective centrée sur le patient et sur les bénéfices que le patient peut attendre de sa prise en charge dans son contexte spécifique. Ce nouveau modèle est proposé pour ouvrir la réflexion, auprès des enseignants et maîtres de stage, sur de nouvelles modalités de partage des connaissances dans un mode plus interactif, permettant de pallier aux limites de notre modèle traditionnel de formation.

BIBLIOGRAPHIE

Kerry R, Young KJ, Evans DW, Lee E, Georgopoulos V, Meakins A, et al. A modern way to teach and practice manual therapy. *Chiropr Man Ther.* 2024:32.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

COMMUNIQUÉ OSTÉOPATHIE PÉDIATRIQUE

Pre Agnès LINGLART, Présidente de la Société Française de Pédiatrie, Pr Romain BASMACI, Secrétaire Général de la Société Française de Pédiatrie, Pre Christèle GRAS LE GUEN, Présidente du comité d'orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé des enfants

UN CONCEPT DOGMATIQUE SANS FONDEMENT SCIENTIFIQUE :

Pour l'évaluation d'un nouveau médicament, d'un nouveau dispositif médical, il est nécessaire de passer par des phases d'évaluation de l'efficacité et de la sécurité. L'ostéopathie crânienne reste un concept trop dogmatique sans explication compatible avec une vraisemblance scientifique. Les notions fausses de sutures déformables, d'os crâniens qui bougent ou encore de mouvements respiratoires « primaires », de « remettre dans l'axe ou restaurer la symétrie »

constituent une sémantique de nature à faire adhérer un public non médicalisé à un concept non démontré. C'est ce qui a conduit l'Académie de Médecine à préconiser « à l'instar des recommandations de l'Inspection générale des affaires sociales dans son rapport de 2021, que ces pratiques soient évaluées de façon objective par des spécialistes médicaux et chirurgicaux de la périnatalité avec une surveillance des effets indésirables des pratiques d'ostéopathie chez le nouveau-né afin de renforcer la sécurité des soins aux nouveau-nés ».

QUELQUES ESSAIS CLINIQUES DISPONIBLES

En 2021, l'équipe de néonatalogie du CHU de Nantes a rapporté les résultats de l'essai contrôlé randomisé NEOSTEO mené en maternité. Une population de 128 nouveau-nés à terme et présentant des difficultés d'allaitement ont été randomisés à l'aveugle des parents et des soignants (seul l'ostéopathe qui pratiquait ou non la séance connaissait le bras de l'étude). Le critère de jugement principal était le taux d'allaitement exclusif à 1 mois. Il était de 53% dans le groupe avec ostéopathie et de 66% dans le groupe témoin ($p=0,12$).

L'équipe du CHU de Montpellier a publié également une étude contrôlée randomisée portant sur les manipulations précoces d'ostéopathie et la prévention de déformations du crâne. 101 nouveau-nés âgés de 3 à 10 jours ont été inclus et randomisés dans un bras « soins habituels » ou dans un bras « ostéopathie ». Les séances de 20 à 40 min étaient réalisées jusqu'au 4ème mois post natal, moment choisi pour établir l'existence d'une déformation du crâne (critère de jugement principal). Ainsi, le risque relatif de présenter une brachycéphalie dans le groupe témoin versus ostéopathie était de 1,55 (IC95% : 0,38-6,39) $p = 0,54$

et le risque relatif de présenter une plagiocéphalie était de 1,64 (IC95% : 0,34-8) $p=0,54$. Il n'y a donc aucune influence des manipulations du crâne sur la forme du crâne d'un nourrisson. Ces deux rares études françaises contrôlées randomisées portant sur la pratique de l'ostéopathie néonatale n'ont ainsi pas montré l'intérêt de cette approche qui ne devrait donc pas être indiquée à la lumière de ces résultats. Les auteurs n'ont pas rapporté d'effets secondaires, ce qui est rassurant ! Mais le schéma de l'étude ne permettait pas de répondre à cette question (taille de l'effectif et puissance insuffisante pour un événement que l'on espère rare ...).

Dans ce contexte, la question de la non indication de l'ostéopathie du nouveau-né et de l'enfant par des non professionnels de santé n'est pas véritablement d'actualité car c'est bien avant tout celle de la pertinence de son indication qui se pose, voire celle de sa contre-indication formelle tant la balance bénéfice risque interroge à cet âge de la vie spécifiquement. La responsabilité du soignant lors de la réalisation d'un soin « de confort » ne devrait-elle pas reposer avant tout sur l'idée *Primum non nocere*.

BIBLIOGRAPHIE

1. Danielo Jauhier M, Boscher C, Roze JC, et al. NEOSTEO osteopath study group. Osteopathic manipulative treatment to improve exclusive breast feeding at 1 month. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2021 Nov;106(6):591-595.
2. Genelot C, Macioce V, Huguet H, et al. Early osteopathic manipulative treatment to prevent cranial positional deformities: A randomized controlled trial. Arch Pediatr. 2025 Jan 27:S0929-693X(25)00017-X

INTERNATIONAL

L'AVENIR DE LA MÉDECINE MANUELLE EN EUROPE : ANALYSE DES DÉVELOPPEMENTS ET DES DÉFIS ACTUEL

Docteur Bernard TERRIER*

*Fédération Internationale de Médecine Manuelle

RESUMÉ : Les sociétés nationales et les séminaires de médecine manuelle et musculo- squelettique jouent un rôle décisif dans la formation continue des spécialistes. L'efficacité économique de la médecine manuelle est l'un de ses principaux atouts et doit être préservée et renforcée compte tenu de la domination croissante des innovations technologiques dans le domaine de la santé. Des organisations faïtières telles que la Fédération Internationale de Médecine Manuelle (FIMM) et la Société Scientifique Européenne de Médecine Manuelle (ESSOMM) jouent un rôle clé dans l'harmonisation des normes de formation, la promotion de la recherche scientifique et l'intégration de cette discipline dans les soins de santé en Europe. Un élément central de ces lignes directrices révisées est la description détaillée des critères de qualité pour la formation des spécialistes. Un autre facteur essentiel pour l'avenir de la médecine manuelle et musculo- squelettique est la capacité d'innovation de la communauté professionnelle européenne en particulier.

ABSTRACT : National societies and seminars in manual and musculoskeletal medicine play a crucial role in the continuing education of specialists. The cost-effectiveness of manual medicine is one of its main strengths and must be preserved and reinforced given the increasing dominance of technological innovations in healthcare. Umbrella organizations such as the International Federation of Manual Medicine (IFMM) and the European Scientific Society of Manual Medicine (ESSOMM) play a key role in harmonizing training standards, promoting scientific research, and integrating this discipline into healthcare in Europe. A central element of these revised guidelines is the detailed description of quality criteria for specialist training. Another essential factor for the future of manual and musculoskeletal medicine is the innovative capacity of the European professional community in particular.

MOTS CLÉS : Médecine Manuelle et Musculo- squelettique, organisations, formation

KEYWORDS : Manual and Musculoskeletal Medicine, organizations, training

INTRODUCTION

La médecine manuelle est devenue une composante essentielle des soins médicaux en Europe. Son développement continu demeure crucial pour la santé et le bien-être de la population du continent. Les sociétés nationales et les séminaires de médecine manuelle et musculosquelettique jouent un rôle déterminant dans la formation continue des spécialistes. Ces organisations veillent à ce que les dernières avancées scientifiques et thérapeutiques soient intégrées dans la formation et la pratique quotidienne. Grâce à leur collaboration étroite avec les organisations faïtières, elles contribuent significativement à l'harmonisation des normes de formation en Europe et garantissent la qualité des soins médicaux.

Elles participent également activement aux travaux professionnels et politiques, plaidant au niveau national pour la reconnaissance de la médecine manuelle en tant que discipline médicale à part entière. Elles œuvrent à l'amélioration du cadre juridique et organisationnel de son exercice afin qu'elle soit reconnue non seulement comme une approche complémentaire, mais comme une composante intégrée des soins de santé.

EFFICACITÉ ÉCONOMIQUE ET PERTINENCE STRATÉGIQUE

L'efficacité économique de la médecine manuelle constitue l'un de ses principaux atouts, particulièrement face à la domination croissante des innovations technologiques dans le domaine de la santé. Elle permet de proposer des interventions thérapeutiques efficaces avec un recours limité à la technologie, ce qui est essentiel dans les régions à faibles ressources ou soumises à des contraintes budgétaires. Cette rentabilité doit être mise en avant dans les débats sur les politiques de santé, comme un avantage clé promouvant la médecine manuelle en tant qu'alternative efficiente et durable.

RÔLE DES ORGANISATIONS FAÏTIÈRES

Des organisations telles que la Fédération Internationale de Médecine Manuelle (FIMM) et la Société Scientifique Européenne de Médecine Manuelle (ESSOMM) jouent un rôle déterminant dans l'harmonisation des normes de formation, la promotion de la recherche scientifique et l'intégration de cette discipline au sein des systèmes de santé européens.

L'ESSOMM a contribué de manière décisive à ce développement. Sa conférence de consensus a permis d'élaborer un contenu scientifiquement solide pour la formation visant à acquérir des compétences supplémentaires en médecine manuelle. Ce contenu, publié en 2022 dans le « ESSOMM European Core Curriculum and Principles of Manual Medicine », définit les standards de qualification postuniversitaire pour les spécialistes européens. Une version abrégée avait déjà été adoptée en 2015 par le Conseil de l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS), soulignant ainsi sa pertinence et son influence au sein de la communauté médicale.

RECHERCHE, INNOVATION ET ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

L'évolution de la médecine manuelle et musculo-squelettique repose autant sur la qualité de l'enseignement que sur la recherche et l'innovation continues. Les progrès scientifiques et technologiques permettent d'optimiser l'efficacité et la sécurité des traitements, tout en favorisant leur intégration dans les systèmes de santé existants. Le développement de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques renforcera encore l'adaptabilité de cette discipline aux besoins individuels des patients.

La FIMM, en tant qu'organisation internationale à forte dimension européenne, a publié en septembre 2024 la deuxième édition de ses « Directives sur la formation, la sécurité, les preuves et la qualité ». Cette version révisée constitue une avancée majeure dans la normalisation et l'assurance qualité de la médecine manuelle. Elle comprend notamment des sections complètes consacrées aux données probantes et aux critères de qualité, assurant une base scientifique solide à la pratique clinique.

Un élément central de ces directives révisées réside dans la description détaillée des critères de qualité pour la formation des spécialistes. Ces critères comparent les avantages et les limites des programmes d'enseignement fondés sur les structures et processus, par rapport aux approches axées sur les compétences. Cette orientation vers l'acquisition des compétences garantit une formation d'excellence, homogène à travers l'Europe.

La deuxième édition des Directives de la FIMM, disponible en six langues et accessible en ligne, illustre l'engagement de la Fédération à garantir des normes éducatives élevées. Une publication parallèle dans la revue *Manuelle Medizin* favorise leur diffusion au sein de la communauté scientifique européenne.

VERS UNE ACADÉMIE EUROPÉENNE DE LA MÉDECINE MANUELLE

L'avenir de la médecine manuelle dépend également de la capacité d'innovation de sa communauté scientifique. L'intégration de nouvelles technologies, le développement de traitements personnalisés et l'adaptation aux découvertes émergentes seront déterminants pour son succès futur. La coopération renforcée entre les acteurs européens, soutenue par la FIMM et l'ESSOMM, permettra de mutualiser les ressources et d'atteindre des objectifs communs ambitieux.

Une avancée majeure dans la structuration académique de la discipline réside dans la création de programmes de maîtrise spécialisés, comme ceux récemment mis en place à l'Université de Valence et à l'Université des Technologies Numériques en Médecine et Dentisterie (DTMD) du Luxembourg. Ces formations marquent une étape importante vers l'académisation et la professionnalisation de la médecine manuelle en Europe. Elles offrent une formation scientifique approfondie et encouragent la recherche et l'innovation.

L'introduction de ces programmes témoigne de la reconnaissance académique croissante de la médecine manuelle. Ils assurent aux praticiens une formation fondée sur la science et orientée vers la pratique clinique fondée sur les preuves. En outre, ces cursus contribuent à renforcer l'attractivité de la spécialité et à susciter l'intérêt de nouvelles générations de professionnels. Si nous parvenons à bâtir une communauté européenne forte, unie par la confiance et une compréhension commune, la médecine manuelle pourra devenir une approche pleinement intégrée et reconnue sur tout le continent.

CONCLUSION

La médecine manuelle en Europe repose sur des bases solides, consolidées par le travail continu des sociétés et organisations telles que l'ESSOMM et la FIMM. Cependant, son avenir dépendra de sa capacité à évoluer, à innover et à renforcer son ancrage scientifique. C'est notre responsabilité collective de soutenir activement cette dynamique afin de faire de la médecine manuelle un pilier essentiel des soins de santé européens modernes.

BIBLIOGRAPHIE

Terrier B. Die Zukunft der Manuellen Medizin in Europa – Eine Analyse der aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen. Éd. Springer, septembre 2024.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

INTERNATIONAL

RETOUR DE LA FIMM – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2025 – 60^{ÈME} ÉDITION VARNA - 17-18 OCTOBRE 2025

Docteur Patrick ILL*

*Délégué international pour la SOFMMOOM



L'Assemblée Générale de la FIMM, sous la présidence du Dr Henk Bultman (fin de mandat en juin 2026), s'est déroulée du 17 au 18 octobre 2025 à Varna en Bulgarie.

La première demi-journée a été consacrée d'une part à un échange sur l'intérêt de mettre en place des projets de recherche utilisant une méthodologie simple d'étude clinique comme celle des études de reproductibilité des tests diagnostiques, publiée en 2019 dans la revue *Manual Medicine* (1) et d'autre part à un partage de pratique en médecine manuelle, animé par les représentants de l'AAO (American Academy of Osteopathy) : Dr Michael Kuchera (Mobilisation cervicale inspirée de Stanley Schlowitz) et Dr Rébecca Giusti (Etudes sur le bénéfice de l'activation lymphatique sur la réponse immunitaire après la vaccination COVID-19 de Pfizer).

L'Assemblée Générale s'est tenue le deuxième jour, avec l'état des lieux des activités de la FIMM et les présentations des activités des délégations invitées, mais aussi celles des sociétés nouvellement entrantes : comme la Grèce, l'Australie et l'Autriche cette année. A noter, la formalisation de la constitution des nouveaux groupes de travail de la FIMM : le « Comité de Conseil Stratégique » sous la direction du Dr Henk Bultman (qui s'est réuni la veille et dont les réflexions seront communiquées ultérieurement) et l'Educational Board sous la direction de notre hôte à Varna Dr Ilya Todorov (dans lequel le Dr David Cypel représente la France) qui attend sa feuille de route 2025-2026. Une nouvelle édition en 2025 (v6.1) des Recommandations pour la Formation, la Sécurité, les Preuves, l'Éthique et la Qualité en matière de Médecine Manuelle, a été présentée incluant une actualisation des références sur le

niveau d'efficacité et de sécurité des techniques de médecine manuelle, et l'intégration d'un nouveau chapitre consacré aux enjeux d'éthique dans les pratiques de médecine manuelle (2). La recherche de nouvelles sociétés de médecine manuelle/musculo-squelettique, susceptibles d'intégrer la FIMM se poursuit, avec l'aide des contacts régionaux, désormais 29 nations sont représentées à la FIMM (sur 193), avec toujours un grand nombre de pays sans contact identifiable faisant se prolonger l'enquête internationale sollicitant les relais régionaux. A nouveau, chaque délégation a pu communiquer ses nouveautés (outils de communication, ouvrages de référence notamment aux Etats-Unis 3^{ème} édition de *Foundations of Osteopathic Medicine*), mais aussi ses enjeux (comme en Europe celui de la démographie vieillissante, associée à renouvellement de ses membres souvent difficile), alors que d'autres associations se maintiennent, voire grandissent comme la Suisse (1167 membres), la Corée du Sud (1370 membres) ou encore les Etats-Unis (1173 membres). Les perspectives de travail de la FIMM sont désormais d'avantage orientées vers la stimulation de travaux scientifiques, avec notamment la proposition de mettre en place des journées scientifiques d'échange avec des experts en méthodologie d'études adaptées à notre discipline lors de la prochaine assemblée générale. Par ailleurs, dans les projets européens, il est à noter la préparation d'un groupe de travail, type groupe Delphi, sous l'égide de l'ESSOM en collaboration avec la FIMM, visant une refonte de la classification internationale des syndromes douloureux lombaires, dans le but d'y voir inclure les douleurs fonctionnelles, mieux appréhendées par les médecins manuels et aujourd'hui manquantes dans les classifications ICH existantes (3).

Les communications, ainsi que les présentations seront disponibles sur le site de la FIMM (www.fimm-online.com) dans l'onglet « Events/General Assemblies/2025 ».

La FIMM est une fédération médicale internationale composée de 29 sociétés nationales individuelles partageant des croyances et des pratiques philosophiques similaires. FIMM est une organisation à but non lucratif. Par le biais de canaux scientifiques et éducatifs, ainsi que de recherches fondées sur des preuves, la FIMM vise à créer des normes constamment élevées dans la pratique de la médecine manuelle/musculo-squelettique dans le monde entier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Patijn, J. Reproducibility protocol for diagnostic procedures in Manual/Musculoskeletal Medicine. *Manuelle Medizin* 57, 451–479 (2019).
2. Guidelines on Training, Safety, Evidence, Quality and Ethical Principles. FIMM 3rd ed, 2025, version 6.1.
3. Terrier, B. ESSOMM international classification for low back pain. *Manuelle Medizin* (In Press).

CONFLITS D'INTÉRÊTS : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

ARCHIVES - ANCIEN ARTICLE

LA LOMBALGIE MANIPULABLE SELON CYRIAX

Docteur D. CYPEL*

RÉSUMÉ : Depuis la première parution de son ouvrage en 1947, James Cyriax a prôné l'usage des manipulations vertébrales dans le traitement des lombalgies et de certaines lombo-radicalgies. Les chiffres qu'il cite sont impressionnants : 2/3 des lombalgies et 1 /3 des sciatiques (toutes causes confondues) répondent aux manipulations. Aussi a-t'il enseigné ses méthodes diagnostiques et thérapeutiques à ses nombreux élèves, parmi lesquels le docteur Olivier Troisier et Robin McKenzie, allant jusqu'à instruire ses physiothérapeutes, car il avait remarqué que les lombalgiques étaient le plus souvent envoyés à ceux-ci, la plupart des médecins n'ayant ni le temps, ni le goût, ni même l'installation nécessaire pour manipuler eux- mêmes, et il recommandait la même conduite à toutes les écoles !

ABSTRACT: Since the first publication of his book in 1947, James Cyriax advocated the use of spinal manipulation in the treatment of lower back pain and certain lumboradiculalgias. The figures he cites are impressive: two-thirds of lower back pain and one-third of sciatica (from all causes) respond to manipulation. He also taught his diagnostic and therapeutic methods to his many students, including Dr. Olivier Troisier and Robin McKenzie, even training his physiotherapists, because he had noticed that patients with lower back pain were most often referred to them, as most doctors lacked the time, the inclination, or even the necessary equipment to perform manipulations themselves. He recommended the same approach to all schools!

MOTS CLÉS : Lomboradiculagie, Cyriax , manipulation

Keywords : Lumbosacral pain, Cyriax, manipulation.

* *Médecine physique, Service de médecine physique et de réadaptation - Hôtel-Dieu Paris*

INDICATIONS DES MANIPULATIONS

« C'est le simple diagnostic de déplacement discal, en l'absence de contre-indication ». Cyriax pense qu'il mobilise un fragment cartilagineux, à condition qu'il ne soit pas trop étendu ni trop latéral. Pour lui, le craquement qui accompagne l'amélioration des symptômes et des signes d'examen résulte de la réduction du fragment libre de cartilage. Il en veut pour preuve la disparition de l'empreinte vue sur une myélographie en position debout lors du passage à la position couchée. De même, il cite les travaux de J.A. Mathews, dont les épидurographies montreraient la diminution de la protrusion discale après manipulations (malheureusement son livre renvoie à des épидurogrammes pratiqués à l'occasion de tractions vertébrales), enfin il évoque un chirurgien Jirout qui fait réapparaître le déplacement discal qu'il avait réduit lors de l'intervention, par simple compression du segment intervertébral.

Qu'est-ce que ce fragment cartilagineux : pour Cyriax, il ne fait pas de doute qu'il s'agit de l'anulus, qu'il décrit comme du fibrocartilage rattaché à la plaque cartilagineuse, le corps vertébral et les ligaments vertébraux communs antérieur et postérieur.

Ce que reprend O. Troisier, rappelant que la dégénérescence discale est due à la métaplasie cartilagineuse de l'anulus, et montrant la déchirure anulaire radiaire, s'accompagnant d'un déplacement de l'anulus, après mouvement ou effort avec douleur lombaire brutale (fig.1).

Toute la difficulté réside donc dans la distinction entre le déplacement anulaire de cartilage, dur et accessible à une manipulation, et les protrusions de matériel nucléaire, molles, relevant elles des tractions. La seule exception concerne les petites et très récentes hernies discales, la technique privilégiée consistant

alors en une pression soutenue. Cyriax se fie à la sémiologie pour établir le diagnostic différentiel : quand le déplacement survient brutalement, s'accompagne d'un claquement, et entraîne un arc douloureux avec ou sans baïonnette passagère, ceci évoque un déplacement de cartilage, alors que si un des mouvements lombaires autre que la flexion déclenche une douleur dans la cuisse ou le mollet plutôt que dans les lombes ou la fesse, il s'agirait d'une protrusion nucléaire. Enfin, deux conditions sont exigées avant de manipuler : éliminer une névrose sous-jacente et s'assurer que le patient a la volonté de guérir, l'indication des manipulations dépendant ainsi non seulement du type de déplacement, mais aussi du profil du candidat.

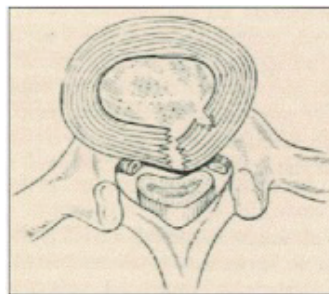


Figure 1 : déplacement de l'anulus (d'après Cyriax)



Figure 2 : Manipulation sacro-iliaque par Cyriax

CONDUITE DU TRAITEMENT MANIPULATIF

Pour être efficace, la manipulation ne doit pas seulement restaurer la position du fragment de cartilage déplacé, mais aussi le replacer à une distance où il ne pourra plus comprimer de structure sensible, ceci afin d'éviter les récurrences. Lors de la manipulation, le côté indolore doit reposer sur la table, car la rotation est censée ouvrir l'espace intervertébral du côté opposé. Les manipulations n'étant pas spécifiques d'un étage, c'est le segment intervertébral le plus limité qui reçoit l'impact de la manipulation. Cyriax note que les manipulations en rotation sont plus efficaces à l'étage L4-L5 (l'iliom homolatéral à la douleur devant être attiré vers l'avant), alors que les manœuvres en extension sur un patient en procubitus marchent mieux en L5-S1. Il n'y a pas de limite dans le temps pour manipuler sauf si la lombalgie est accompagnée d'une radiculalgie évoluant depuis plus de six mois chez un patient de moins de soixante ans. Une séance suffit s'il n'y a pas de déformation lombaire ; deux sont nécessaires en cas de baïonnette dynamique, et en cas de baïonnette permanente il faut de deux à quatre séances.

CONTRE-INDICATIONS DES MANIPULATIONS

L'indication des manipulations étant le déplacement discal, tout ce qui n'est pas d'origine discale est une contre-indication, y compris le syndrome facettaire, se traduisant par un schéma capsulaire avec latérorflexions limitées de façon symétrique et une flexion principalement réalisée par les coxo-fémorales. Cyriax élimine aussi les lombagos subaigus, les sciatiques bilatérales isolées, les suspicions de queue de cheval, le dernier mois de grossesse, et comme déjà vu, les syndromes névrotiques.

CONTRE-INDICATIONS DES MANIPULATIONS

Cyriax propose cinq contre-indications.

Protrusion discale trop importante

Ce diagnostic est subodoré s'il y a des signes neurologiques déficitaires aux membres inférieurs, une franche baïonnette ou une cyphose lombaire, et que leur tentative de réduction redéclenche la radiculalgie.

Protrusion nucléaire

Le tableau est alors différent : l'apparition est progressive, la douleur s'aggravant après la flexion ou la station assise, la latérorflexion homolatérale à la lésion étant souvent douloureuse. Cependant, après soixante ans, ces critères ne sont plus valides, car le nucleus ayant protrusion est devenue dure.

CONCLUSION : Pour Cyriax, les réductions par manipulations sont si régulièrement couronnées de succès dans les lombagos récents, qu'il faudrait toujours les essayer (en dehors des cas de non ou contre-indications), dans la mesure où la douleur du patient n'empêche pas la manœuvre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cypel D. La lombalgie manipulable selon Cyriax. Rev Méd Manuelle Ostéopathie. 2008;(23).
2. Cyriax J. Textbook of orthopaedic medicine. 7th ed. London: Baillière Tindall;1978.
3. Cyriax J, Cyriax P. Ilium : manual of orthopaedic medicine. 2nd ed. London: Butterworth-Heinemann; 1993.
4. Troisier O. Sémiologie et traitement des algies discales et ligamentaires du rachis. Paris: Masson et Cie; 1973.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Phénomène du champignon

Il intéresse les patients âgés chez qui la lombalgie et /ou la radiculalgie apparaît après environ dix minutes de piétinement, s'aggravant au fur et à mesure que la journée avance et disparaissant avec le repos nocturne, signant l'existence d'un bulgus discal d'un bulgus discal postérieur, s'auto-réduisant lors du décubitus prolongé.

Selon certains mouvement douloureux du tronc, avant 60 ans.

Quand la latérorflexion du côté où le patient repose est douloureuse ou quand n'importe quel mouvement du tronc autre que la flexion est douloureux dans le membre inférieur plutôt qu'au niveau lombaire ou quand la pression sur le rachis lombaire d'un patient en procubitus augmente la douleur du membre inférieur (car elle accentue la compression nerveuse).

Après laminectomie

DANGER DES MANIPULATIONS

Les seules complications que Cyriax souligne sont le risque d'aggravation et la fracture d'une apophyse transverse, dont il estime l'incidence à 1/10000.

EFFICACITÉ DES MANIPULATIONS

Les signes qui suggèrent que la manipulation sera efficace sont l'existence d'un lumbago subaigu, avec lors de l'examen certains mouvements douloureux seulement, en bout de course, et enfin si la douleur est médiane ou unilatérale, mais dans ce cas, lombaire basse ou fessière supérieure. Comme toujours, Cyriax réexamine le patient après chaque manipulation avant de poursuivre le traitement manipulatif. Selon ses critères, le bon tableau clinique, celui que la manipulation soulagera est le suivant :

Le bon cas manipulable selon Cyriax : la flexion du tronc est douloureuse, qu'elle soit limitée ou non, l'extension n'est que gênante, la latérorflexion du côté douloureux est indolore, la latérorflexion controlatérale est douloureuse, il y a un arc douloureux.



Figure 3 : Manipulation directe du rachis dorsal avec traction associée selon Cyriax

PROFESSIONNEL

INFORMATION PROFESSIONNELLE

Pre Agnès LINGLART, Présidente de la Société Française de Pédiatrie

Pr Romain BASMACI, Secrétaire Général de la Société Française de Pédiatrie

Pre Christèle GRAS LE GUEN, Présidente du comité d'orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé des enfants

La Société Française de Pédiatrie (SFP) et le syndicat des Médecins Ostéopathes de France se positionnent clairement pour contre-indiquer la pratique de l'ostéopathie chez les nouveau-nés et les nourrissons en l'absence d'évaluation d'efficacité, et surtout devant le risque auxquels sont exposés les nouveau-nés qui font l'objet de ces manipulations, au mieux inutiles. Un niveau d'exigence est pré-requis pour l'évaluation des pratiques d'ostéopathie adapté à l'importance de la santé des nourrissons ; cela ne peut passer que par la réalisation d'études qui permettront de répondre aux questions de l'utilité, de l'efficacité et de la sécurité des pratiques d'ostéopathie.

AGENDA - CONGRÈS

Congrès Coccyx – Docteur JY Maigne

4 - 5 juillet

ISTAMBUL

5TH INTERNATIONAL SYMPOSIUM

ON COCCYX DISORDERS

JULY 4TH & 5TH 2026



ISTM-Institut supérieur de Thérapeutiques manuelle.

12 - 14 Février 2026

1 - 3 Mai 2026

10 - 12 Septembre 2026

Avignon



SEMAINE OSTÉOPATHIE MÉDICALE

OCCITANIE SOMOC

(AMOPY, ISTM, GEMMLR)

13 - 17 avril 2026

TOULOUSE



GEMMLR NIMES
GESTES UTILES DU RACHIS
& ARTICULATIONS PÉRIPHÉRIQUES
6 Mars - 17 Avril 2026

Journée Robert MAIGNE - STATIQUE RACHIDIENNE
PARIS - HOTEL DIEU
SOFMMOOM 16 Mai 2026



EMPR - Entretien de Médecine Physique CORUM de
MONTPELLIER
18 - 19 - 20 mars 2026



SIMS - Actualités Imagerie
13 décembre 2025



POSTUROLOGIE
10 - 11 Janvier 2026
Ateliers pratiques de posturologie
15 - 16 mai 2026
Séminaire neurosciences
MONTPELLIER - Inscriptions :
l.et.a.formations@gmail.com

Queques dates supplémentaires
sous réserve de modification :
GEOPS Congrès 6 juin 2026
AMTMSE Septembre 2026
SOFMER du 23-25 Octobre 2026 à MARSEILLE

ABONNEZ-VOUS. Cette revue est la vôtre !

La revue de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale est la revue professionnelle française de notre discipline médicale. Elle représente l'organe scientifique de notre société savante (SOFMMOOM) auprès des universitaires et des praticiens au sein de cette discipline.

Elle constitue une source d'informations fondamentales pour notre discipline et une bibliothèque de références scientifiques dans le domaine de la Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale. L'édition au format papier reste un atout supplémentaire sur votre bureau pour justifier de la mise à jour de vos connaissances et de vos compétences.

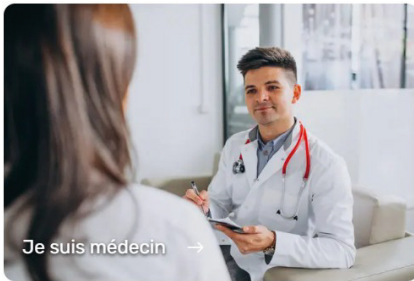
Votre contribution sera nécessaire à la continuité de cette revue papier pour pouvoir être visible lors des événements proposés par la SOFMMOOM, sur les lieux de formation initiale et continue mais aussi de nos instances et de nos tutelles.

Pour vous abonner vous pouvez retourner le formulaire d'inscription ci-dessous ou vous connectez sur le site de la SOFMMOOM : www.sofmmoom.org, ou en flashant le QR code ci-joint permettant de payer l'abonnement choisi selon votre statut (Membre ou Non-Membre), et en parallèle, merci de bien communiquer le formulaire complété à l'adresse suivante : docteurdumay@gmail.com



BULLETIN D'ABONNEMENT			
	Membre	Non-Membre	Nom
			Prénom
Abonnement 12 mois (1 revue + 1 brochure)	45 €	90 €	Adresse
		
			Code Postal Ville
			Pays
			Spécialité
			Email
Date			
Signature			

Remplir le bulletin en lettres capitales



CONFIGUREZ VOTRE TABLE EN 3D

**Une Table pour chaque soin,
Un Confort pour chaque patient.**

 Paramètres du cabinet



PLUS DE 50 MODELES DE TABLES

www.francofils.com



FRANCO & FILS

**CONCEPTION - FABRICATION
DE MATÉRIEL MÉDICAL ET PARA-MÉDICAL**

760 AVENUE DE PARIS

58320 POUQUES-LES-EAUX

Tél: 03.86.68.83.22 - info@francofils.com

Contact Grégory Bonnet : Tél : 06.75.38.21.23