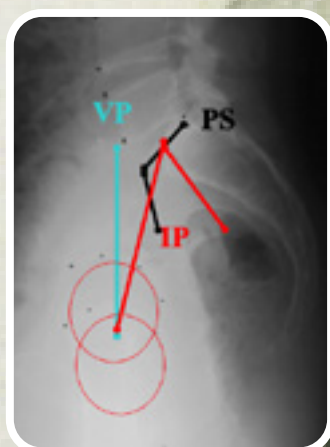




REVUE DE MEDECINE MANUELLE ORTHOPÉDIQUE ET OSTÉOPATHIE MEDICALE NUMÉRO 55



**Le complexe
Lombo Pelvien**



**Expertise et
Ostéopathie Médicale**



**Manipulation
Sacro-iliaque**

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 concerne tout article adressé à la Revue.

Disposition générale

Une première page de présentation comprenant

1. Le titre, en Majuscule, 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 ;
- 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'un * qui indiquera en fin de première page les noms, titres et qualités de ou des auteurs* l'adresse électronique (impératif) ;
2. L'indication des conflits d'intérêts liés au contenu de l'article pour chaque auteur comme précisé plus haut ;
3. De 3 à 6 mots clés MeSH (Medical Subject Headings) en français et en anglais (disponible sur <https://www.hetop.eu/hetop/>) ;
4. Un résumé structuré en français, l'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.

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. Il faut 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 fonc-

tion 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.

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 6 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.

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 e chiffre Arabe (tableau 1, 2..)

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

S O M M A I R E



EDITORIAL

Le comité de rédaction - Docteur Marc Rozenblat
Page 4

ANATOMIE

Le segment lombopelvien - Docteur Dominique Bonneau
Page 5

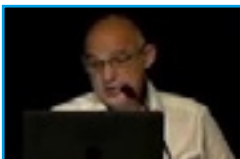
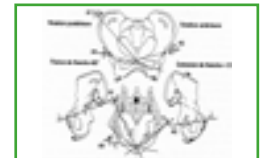


CLINIQUE- PATHOLOGIE

Spondylolisthésis - Docteur Marc Rozenblat Page 11
Hernies discales lombaires hautes - Docteur Marc Sabourin Page 16

FICHE TECHNIQUE

Manipulation Sacro Iliaque en Trois Temps - Docteur Olivier DUMAY
Page 18

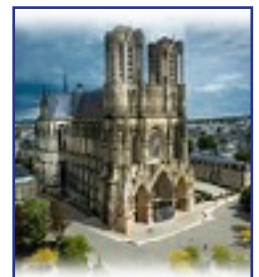


TRIBUNE LIBRE

La Compagnie des Experts de Justice en Ostéopathie Médicale
Docteur Olivier DUMAY
Page 21

RUBRIQUE JUDICIAIRE CONGRES REIMS

Ostéopathie Sport et Santé, le médecin d'abord
Maîtres Serge et Michel Pautot - Docteur Olivier Dumay Page 23
Ostéopathie - Art 75 et Loi 2002 les médecins tirent la sonnette d'alarme
Docteur Olivier Dumay - Maître Joliff - Maîtres Serge et Michel Pautot Page 27
Méthodologie de l'Expert de justice
Docteur André Monroche-Docteur Lhuillier Page 33



UNIVERSITAIRE

Recherche - Professeur Arnaud Dupeyron Page 34
Comité de Lecture Page 36

PROFESSIONNEL

Information Syndicale - Docteur Antoine Guinoiseau Page 38
Congres Internationaux Page 38
Congres SOFMMOM Journée Robert Maigne Page 39
Agenda-Formations Page 41



EDITORIAL

Chers Sociétaires, chères Consœurs, chers Confrères et cher(e)s ami(e)s,

La revue de la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique (SOFMMOO) se publie de nouveau sous format papier depuis décembre 2022. Vous en avez ici un exemplaire dans vos mains. La publication papier a été interrompue depuis 2013 pour n'être que digitale durant ces dernières années. Merci au Docteur Norbert Teisseire et au comité de rédaction pour leur investissement à maintenir la revue numérique avec ses dix numéros présents sur le site www.sofmmoo.org. Le format numérique perdurera.

La nouvelle gouvernance de la SOFMMOO, élue en juin 2022, profite de l'organisation de la journée de l'Expertise en Ostéopathie Médicale du 09 décembre 2022 et de la Création de la Compagnie des Experts de Justice en Ostéopathie Médicale pour relancer sa revue papier.

En effet, il nous semble pertinent que chacun puisse avoir une référence papier des communications et des articles scientifiques en Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale. Cette revue restera sur votre bureau et dans votre bibliothèque. Les travaux ainsi publiés resteront des références pour tous et notamment pour les médecins en formation initiale et continue en Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale dont la terminologie a été entérinée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2020.

Les rubriques de cette nouvelle parution nous semblent attractives. Elles peuvent bien sûr évoluer. Les communications scientifiques prévues pour le Congrès de l'Union Européenne et Méditerranéenne de Médecine Manuelle Orthopédique nous permettent d'aborder des sujets du complexe Lombo pelvien que vous trouverez dans cette revue.

Vous y trouverez : Une rubrique «Judiciaire» qui vous permettra d'être informé régulièrement des avancées dans ce domaine, une rubrique «Anatomie descriptive et fonctionnelle», capitale pour la compréhension de notre approche diagnostique.

La rubrique «Clinique et Pathologie», avec ses tests spécifiques, socle de notre activité professionnelle quotidienne de médecin de médecine manuelle qui aura une grande place dans notre revue. Elle permettra de transmettre notre savoir aux générations médicales futures dans notre spécificité du diagnostic médical des pathologies de l'appareil locomoteur et musculo squelettique.

Des «Fiches techniques» et des «Fiches de pertinence» élaborées par le groupe de travail «Etudes et Recherche» de notre société savante afin d'harmoniser nos pratiques et proposer des recommandations pour la Haute Autorité de Santé Française.

Enfin, la parole est à vous : la «Tribune libre» vous permet de vous exprimer sur une thématique de votre choix. N'hésitez pas à envoyer vos articles scientifiques (selon recommandations) et vos suggestions. Le comité de lecture les étudiera avec attention avant publication.

Vous aurez également l'«Agenda» des différentes réunions de médecine manuelle en France mais également à l'étranger.

Dans ses aspects pratiques, elle propose aussi pour chacun(e) la possibilité de faire passer des «petites annonces» sur des opportunités d'installation, de remplacement mais aussi sur le don ou la vente de matériel spécifique à notre activité.

Notre société savante qui désormais s'appelle la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale (SOFMMOOM), poursuivra donc ses missions à diffuser les informations de la Médecine Manuelle Orthopédique et d'Ostéopathie Médicale dans ses aspects diagnostiques, thérapeutiques et préventifs.

La SOFMMOOM, maison mère de tous les médecins de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale publie sa revue pour tous : cette revue est la vôtre, ne vivra que pour et par vous. Longue vie à ce renouveau papier de la revue SOFMMOOM.

Surement à bientôt.

Bien chaleureusement



Dr Marc Rozenblat
Président de la SOFMMOOM
Directeur de publication de la revue
rozenblat.marc@gmail.com

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 Norbert TEISSEIRE,
Rhumatologue, Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale, Ancien interne des hôpitaux universitaires. Ex président de la SOFMMOO, Secrétaire général de l'UEMOM

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

ANATOMIE

LE SEGMENT LOMBO PELVIEN

Docteur Dominique BONNEAU

Institut Supérieur de Thérapeutique Manuelle - Spécialiste en Médecine Physique et réadaptation - Médecine du Sport - Diplômé de Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale - Docteur es science du mouvement humain-anatomiste à l'institut de Biomécanique humaine Georges Charpak de l'Ecole Nationale supérieure d'arts et Métiers de Paris (ENSAM)

MOTS CLÉS

Anatomie - Biomécanique Humaine - Equilibre sagittal lombopelvien

Résumé : L'observation du pelvis humain et son analyse biomécanique, se sont enrichies des données récentes apportées par les moyens modernes d'investigations en imagerie médicale. Conçu pour permettre à l'homme d'évoluer sur notre planète en position de bipédie permanente, il recèle des trésors d'ingéniosité. Son étude attentionnée procure un sourire amusé, à l'écoute des fâcheux affirmant péremptoirement que la discopathie de la jonction lombo-sacrée est une preuve de la mauvaise adaptation de l'homme à la station verticale... Il n'en est rien. Plus qu'une vertèbre pelvienne, chère à Jean Dubouset, le bassin est un chapiteau reposant sur le membre inférieur, s'adaptant à sa statique et sa dynamique autant qu'à ses déformations. Il est aussi un socle qui supporte le squelette axial et, par son intermédiaire, l'extrémité céphalique, véritable «boîte à capteurs», imposant des stratégies de compensation pour la maintenir horizontale. Enfin il est le réceptacle qui contient l'appareil génital et les extrémités de l'appareil urinaire et digestif. Les liens entre ces différentes composantes sont fonctionnels, musculaires, ligamentaires, articulaires, viscéraux, neurologiques et embryologiques, et qui sont autant de lieu d'action des thérapies manuelles.

I LE PROGRAMME FONCTIONNEL DU MEMBRE INFÉRIEUR

Ainsi, il est fondamental de comprendre le programme fonctionnel du membre inférieur de l'homme et de connaître les solutions mécaniques retenues par le concepteur.

Le quadrupède change de direction durant la marche grâce à sa colonne vertébrale, en regard de la jonction thoraco-lombaire et plus particulièrement autour de la vertèbre dite diaphragmatique de Vallois, ce qui rend inutile un col du fémur allongé, comme vous pouvez l'observer lors de la dégustation d'un gigot d'agneau.

Les primates inférieurs comme les singes ont la capacité d'avoir une station verticale et une marche bipèdes, mais en cas de danger, ils ne peuvent fuir en courant sur leurs deux pattes car l'absence de cambrure lombaire les rend dépendants d'un appui sur les membre supérieurs, ou membres thoraciques et plus particulièrement sur la face dorsales des phalanges de leurs doigts médians.

Chez l'homme, primate supérieur, la présence d'une lordose lombaire, indispensable à un équilibre rachidien dynamique, libère le rachis de ce programme directionnel l'autorisant à la bipédie permanente, le différenciant ainsi des autres membres de cet ordre. Ainsi il est capable de marcher et de courir sur ses

deux «jambes» en permanence. Il peut aussi grimper aux arbres et nager mais moins bien qu'un singe ou un dauphin. C'est donc un excellent généraliste de la locomotion.

Du fait de cette différenciation, la hanche va prendre en charge cette fonction de changement directionnel afin d'orienter le pas. La solution biomécanique repose sur le choix d'une liaison de type sphérique qui autorise trois degrés de liberté articulaire autour de trois axes de travail.

Le mouvement initial est la rotation latérale ou externe, préférable à la rotation interne qui se solderait par une butée du membre inférieur sur son homologue.

Ce mouvement de rotation doit s'effectuer quelle que soit la position du fémur dans le plan sagittal. En effet le bras de levier de chaque muscle varie selon la position du fémur par rapport à l'axe du mouvement, au centre de la hanche. C'est ainsi que l'on dénombre six muscles rotateurs latéraux, possédant souvent une composante accessoire d'écartement ou d'abduction.

Ainsi en position de flexion maximum de la hanche, le muscle piriforme ne peut assurer une rotation latérale, et sera donc supplanté par les obturateurs interne et externe ainsi que les jumeaux et le carré fémoral.

Le franchissement des obstacles est possible grâce au genou qui raccourcit le membre grâce à une liaison pivot. Plus qu'une simple charnière, la morphologie de ses surfaces articulaires lui autorise des mouvements accessoires de rotation axiale et de latéralité lorsqu'il est déverrouillé en flexion.

L'adaptation de la pièce terminale, qu'est le pied, au terrain accidenté et aux irrégularités du sol est dévolue à une structure articulaire sophistiquée, constituée d'une mosaïque osseuse amortissant les contraintes. Mais son architecture mérite une attention particulière, car la partie antérieure ou distale est de type horizontal, prenant la forme d'une palette ou clavier métatarsien doté de rayons mobiles sur les bords et d'une âme centrale semi-rigidifiée par les mortaises inter-cunéenne et inter-métatarsienne. L'arrière pied, quant à lui, est constitué d'un empilement osseux vertical, dont les liaisons osseuses assurent l'adaptation au terrain accidenté et le déroulement du pas. Ces deux parties sont reliées par un couple de torsion harmonisant les efforts et répartissant les contraintes.

Ainsi la prise en charge thérapeutique en médecine manuelle se doit de tenir compte de cette spécialisation des articulations qui subissent les contraintes dues à l'opposition de la force gravitaire et de réaction du sol. Les os sont des leviers osseux semi-rigides, car ils possèdent une certaine élasticité et une certaine déformabilité. Ils constituent le squelette du membre inférieur et méritent une attention particulière du fait de leur architecture. En effet ils ne sont pas rectilignes, mais ont une structure torsadée afin d'absorber les contraintes tri-dimensionnelles.

Les activateurs unidirectionnels que sont les muscles, sont mono ou poly-articulaires (c'est à dire qu'ils mobilisent une à plusieurs articulations). Ils possèdent un à quatre corps musculaires en fonction du mouvement à générer et des amplitudes autorisées par l'articulation qu'ils mobilisent. En effet, la possibilité de raccourcissement du muscle est constante de l'ordre de trente pour cent de la longueur de la fibre contractile. La partie «charnue» se prolonge par une zone non contractile et hypo-élastique, le tendon, qui se fixe sur le levier osseux à une distance précise du centre de rotation de l'articulation à mobiliser selon le but recherché (en terme d'amplitude de mouvement et de puissance à développer). L'obturateur interne possède un corps musculaire de taille importante par rapport à son tendon de terminaison. En outre il est doté d'une poulie de réflexion au niveau de l'ischion pour en favoriser son glissement.

II LE CHAPITEAU PELVIEN

Le cahier des charges des articulations coxo-fémorales est avant tout d'orienter le pas, action permettant le changement de direction, déchargeant le rachis de cette fonction propre au quadrupède.

La solution mécanique est l'articulation de type sphéroïde, autorisant trois degrés de liberté articulaire autour de trois axes de travail. Mais ses possibilités d'excursion sont source potentielle d'instabilité pour le pendule inversé en position monopodale.

Ainsi le couplage de ces deux énarthroses par le chapiteau pelvien apporte stabilité à l'appui bipodal, restreignant ainsi les secteurs de mobilité dans le plan frontal et horizontal.

La structure en anneau brisé du pelvis permet d'identifier deux triangles, à sommet opposé (fig. 1)

- Le triangle de charge, à sommet supérieur en regard du disque lombo-sacré où s'applique la force gravitaire générée par la partie haute du corps et une base horizontale dont les angles adjacents reposent sur les têtes fémorales, point de focalisation de la poussée des forces de réaction au sol.
- Le triangle d'amortissement à sommet inférieur en regard de la symphyse pubienne, véritable amortisseur en compression, dont la base supérieure se situe entre les deux angles formés par les articulations sacro-iliaques, système d'amortisseur par friction.

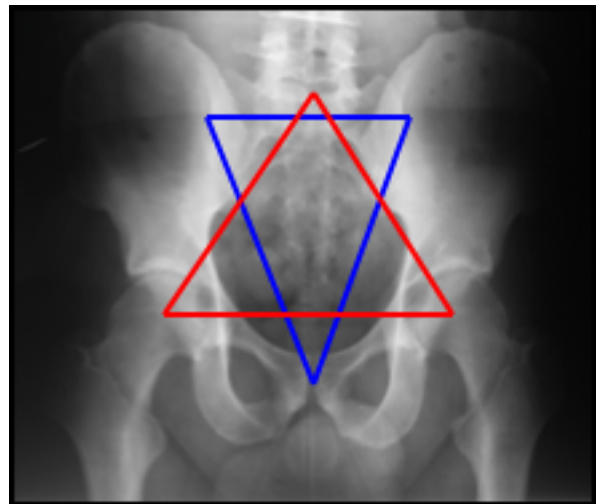


Figure 1 :

Les triangles de force et d'amortissement de l'anneau pelvien

Son analyse impose d'envisager les trois plans de l'espace.

Le système ligamentaire est conçu pour assurer le verrouillage de l'encastrement du sacrum entre les deux os coxaux lors de la verticalisation. Il est intéressant de regarder les activateurs musculaires qui participent à la rigidification de l'an-

neau pelvien en s'insérant tel l'iliaque, sur les deux pièces osseuses adjacentes que sont le sacrum et l'os coxal.

Ce chapiteau repose et s'ouvre sur les deux têtes fémorales par des cotyles dont l'orientation est savamment construite.

Une bascule sagittale, une inclinaison frontale et une ante version dans le plan horizontal sont les secrets de la réussite de la fonctionnalité locomotrice de l'homme. Cette orientation, couplée au nombre important de muscles rotateurs latéraux, autorise une mobilité importante dans le secteur externe.

Mais l'altération de l'un de ces paramètres sera à l'origine d'une usure précoce de la coxo-fémorale, le premier élément le plus vulnérable étant le bourrelet ou labrum.

En face, sur la rive fémorale, l'orientation de la tête, portée par le col, est apte ou non à répondre aux exigences de la fonction.

Une épiphysiolyse «avortée» peut conduire à la constitution à l'âge adulte d'une tête phallique dont les conséquences sur la fonction s'exprimeront par un effet de tenaille ou de came provoquant un vieillissement précoce du labrum ou la création de points de contrainte en regard du col ou du fond du cotyle. L'harmonie entre cotyle et col est donnée par l'évaluation de l'angle fémoro-acetabulaire obtenu par l'étude des clichés tomodynamométriques.

Cet angle semble être un facteur prédictif d'aptitude du complexe pelvi-fémoral aux sollicitations mécaniques propres à l'homme.

Une inégalité de longueur perturbera la statique mais aussi la dynamique de cet anneau brisé. Les muscles, répondant aux sollicitations neurologiques de compensation posturale, modifieront l'architecture fonctionnelle source de tensions potentielles qui retentiront sur le contenu pelvien.

De même, un trouble statique, tel un valgus calcanéen asymétrique, associée ou non à un pied plat, influencera l'équilibre pelvien. Le plus classique est la chute du medio-pied, associé au valgus calcanéen. Ce trouble statique génère un valgus calcanéen, surchargeant le genou. Mais cela crée aussi une rotation médiale de l'axe du membre inférieur. Le fut fémoral, son système de fixation ligamentaire et son animation musculaire, transmettent cette modification des forces et moments sur la statique pelvienne. Les muscles pelvi-trochanteriens sont des rotateurs latéraux du fémur en chaîne cinétique ouverte. Ils sont en nombre élevé pour permettre les changements de direction, quelque soit la position de flexion de l'articulation coxo-fémorale. En cas de chute du me-

dio-pied entraînant le membre inférieur en rotation interne (plan patellaire interne) ils vont entrer en jeu pour freiner cette rotation fémorale médiale en chaîne cinétique fermée, modifiant les contraintes au niveau de la ceinture pelvienne.

Un des principaux acteurs est le muscle obturateur interne (fig 3). Connue comme un rotateur latéral du fût fémoral en chaîne cinétique ouverte, il devient rétroverseur de l'os coxal en chaîne cinétique fermée, lui conférant une place importante lors de la copulation. Ainsi un trouble statique du pied retentit inéluctablement sur l'anneau pelvien, pouvant décompenser un fragile équilibre, justifiant le port d'orthèse plantaire. Ce retentissement se trouve amplifié par le lien mécanique de ce muscle et le releveur de l'anus, pour lequel il joue le rôle de tenseur actif.

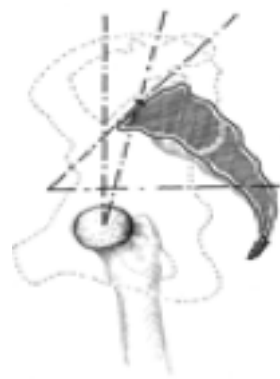


Figure 2:
Équilibre sagittal
lombo-pelvien:
pente sacrée et
version pelvienne.

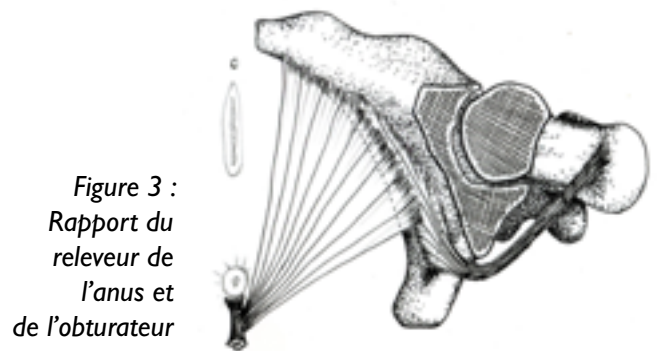


Figure 3 :
Rapport du
releveur de
l'anus et
de l'obturateur
interne

Le complexe glutéo-graisseur

Un autre muscle, fondamental dans l'animation du membre inférieur, exerce une action primordiale sur le plancher pelvien. Le grand fessier n'est pas seulement extenseur de hanche en chaîne cinétique ouverte et rétroverseur de l'os coxal en chaîne cinétique fermée, il participe à l'extension du rachis par ses liens fonctionnels avec le fascia thoraco-lombo-sacral. En outre, il comprime la fosse graisseuse ischio-rectale entretenant le galbe convexe vers le haut des muscles releveurs, compression statique potentialisée par l'activité dynamique lors de la

marche et plus particulièrement dans les montées, d'où l'intérêt de tonifier ce muscle dans la rééducation des algies pelvi-périnéales.

III LE SOCLE PELVIEN

Le bassin est à la base de l'équilibre rachidien. Le rachis possède un potentiel maximum de débattement dans le plan sagittal, notamment à l'étage lombaire, alors que les rotations et à un degré moindre les latéflexions sont reléguées à une place secondaire, voire accessoire.

Cette cinétique sagittale repose sur un système biomécanique de type «tige multi-segmentée et semi-rigide», raidie par les muscles profonds, les transversaires épineux, stabilisée par les muscles longs tel l'ilio-costal et le long dorsal, et mobilisée par les muscles à long bras de levier tels les abdominaux.

La jonction lombo-sacrée peut être analysée avec finesse et les travaux de nos maîtres «es-scoliose» sont une mine de connaissance.

L'évaluation de l'incidence, somme de la pente sacrée et de la version pelvienne, traduit l'aptitude à l'absorption des contraintes ascendantes et descendantes auxquelles est soumis l'homme.

Une diminution de la pente sacrée rigidifie la tige rachidienne pouvant s'exprimer par une dystrophie vertébrale de croissance chez l'adolescent, et des discopathies précoces chez l'adulte.

À l'inverse, une augmentation de ce paramètre sagittal majorera les contraintes sur les processus zygapophysaires, à l'origine d'une éventuelle lyse isthmique.

La version pelvienne traduit la capacité du bassin à répartir dans le plan sagittal les sollicitations mécaniques gravitaires opposées aux forces de réaction du sol.

Un excès de version majorera les contraintes sur l'anneau pelvien, usant prématurément les amortisseurs en compression (pathologie de la symphyse pubienne), ou à friction (les sacro-iliaques). Mais une des conséquences les plus néfastes est la verticalisation de la filière génitale.

IV L'ÉQUILIBRE SAGITTAL LOMBO-PELVIFÉMORAL

Si la sémiologie radiologique de l'atteinte dégénérative ou micro traumatique segmentaire rachidienne est bien connue du médecin, l'équilibre sagittal et le retentissement fonctionnel est parfois plus négligé. En effet, sur le plan biomécanique, il ne faut pas se contenter de regarder l'équilibre frontal du rachis

sur le socle pelvien, bien que l'inégalité de longueur des membres inférieurs soit souvent impliquée dans les surcharges mécaniques discales :

- La version pelvienne : c'est l'angle formé par la ligne reliant le centre des têtes fémorales au milieu du plateau sacré et la ligne verticale.
- La pente sacrée : il s'agit de l'angle formé par la ligne tangente au plateau sacré et la ligne l'horizontale.
- L'incidence pelvienne : décrite par Duval-Beaupère, angle constant pour chaque individu à la fin de la croissance, en admettant que les sacro-iliaques n'autorisent que des mouvements de très faible amplitude, elle correspond à l'angle entre la ligne unissant le centre moyen des têtes fémorales au centre du plateau sacré et la ligne perpendiculaire au centre du plateau sacré.

Il existe un rapport direct avec les précédents paramètres puisque l'incidence est la somme de la version pelvienne et de la pente sacrée (figure 2-4). Comme l'incidence est une valeur constante, une diminution de la pente sacrée de quelques degrés, comme on l'observe chez le sujet vieillissant, s'associe à une majoration équivalente de la version pelvienne dont les conséquences délétères touchent différents paramètres :

- verticalisation de la filière génitale, majorant les contraintes sur un diaphragme pelvien fragilisé par les accouchements par voie basse ;
- majoration du couple charnière défini par les bras de levier des points d'application des forces de réaction du sol ascendantes en regard des coxo-fémorales et la masse de la partie supérieure du corps qui s'applique sur les plateaux sacrés ; cela majore les contraintes sur les articulations de l'anneau pelvien, et en cas d'enraidissement de ces dernières sur les pièces osseuses

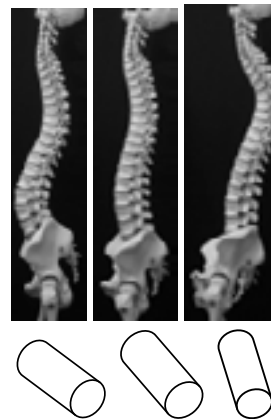


Figure 4 :Verticalisation de la filière génitale en fonction de la version pelvienne.

La lordose lombaire est proportionnelle à la pente sacrée. Plus la pente sacrée augmente plus la lordose est marquée et inversement.

Une diminution de la pente sacrée rigidifie la tige rachidienne pouvant s'exprimer par une dystrophie vertébrale de croissance chez l'adolescent, et des discopathies précoces chez l'adulte. À l'inverse, une augmentation de ce paramètre sagittal majorera les contraintes sur les processus zygapophysiaux, à l'origine d'une éventuelle lyse isthmique. La version pelvienne traduit la capacité du bassin à répartir dans le plan sagittal les sollicitations mécaniques gravitaires opposées aux forces de réaction du sol. Un excès de version majorera les contraintes sur l'anneau pelvien, usant prématurément les amortisseurs en torsion-compression (pathologie de la symphyse pubienne), ou à friction (les sacro-iliaques). Mais une des conséquences tout aussi néfaste est la verticalisation de la filière génitale. Roussouly et Berthonnaud (2003) ont proposé une classification des courbures lombaires liées à la pente sacrée (figure 5) et ont déterminé, selon les types, les altérations potentielles du segment mobile :

- le type 3 est dit standard ou normal ;
- le type 4 est potentiellement source de surcharge isthmique et de spondylolisthésis et a minima de contraintes zygapophysiales ;
- le type 2 majore les pressions discales ;
- le type 1, paradoxalement génère une hyperpression articulaire et isthmique.

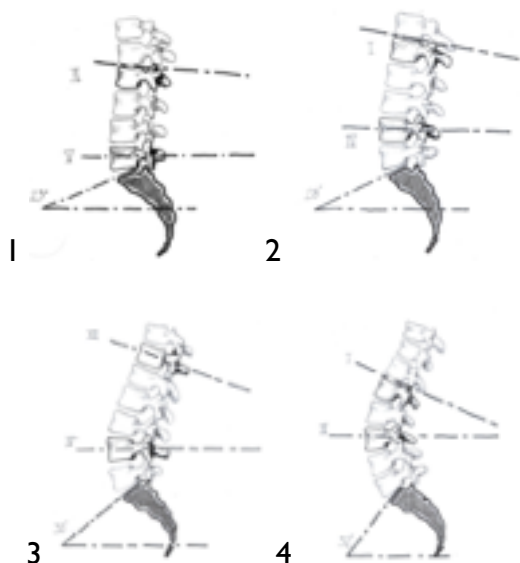


Figure 5:

Les courbures rachidiennes d'après Roussouly, de 1 à 4.

Il en découle des notions importantes pour la prise en charge des lombalgies. De nombreux courants ont influencé le mode de la rééducation.

- Cyriax a proposé dans les discopathies protrusives de renforcer la lordose pour bloquer la progression en arrière du disque.
- Williams conseille au contraire de favoriser la cyphose pour augmenter le diamètre des forams intervertébraux et la taille du canal rachidien pour les étroitesse canalaies.
- Mac Kenzie a apporté une grande rigueur pour réaliser une rééducation basée sur la lordose et l'importance de réhabiliter la partie dorsale, zygapophysiale, du tripode intervertébral pour la répartition des charges. La rigueur du protocole décisionnel est à souligner car elle apporte une grande précision notamment dans la prise en charge des lomboradiculalgies.

CONCLUSION

La souplesse du plan musculaire sous pelvien est impérative pour permettre le jeu harmonieux et tridimensionnel du socle pelvien. Il paraît ainsi logique de tester les modes de réadaptation et de les adapter à chacun de nos patients. Il paraît également logique de vérifier si une rééducation en cyphose est bien tolérée chez un patient avec une pente sacrée élevée et une pathologie zygapophysiale. De la même manière, un patient souffrant de discopathie avec une pente sacrée faible bénéficiera d'un essai de la rééducation en cyphose. Mais tout est affaire de personnalisation et d'adaptation, car dans une vie, selon les périodes il est parfois surprenant de voir que la rééducation en cyphose indiquée à 25 ans ne l'est plus à 50 ! Respiration, contrôle du diaphragme pelvien sont autant de facteurs complémentaires à intégrer à une prise en charge optimale et personnalisée. Si classiquement la raideur remplace la douleur en pathologie rachidienne, il est fondamental d'agir pour maintenir et préserver le mouvement autant et aussi longtemps que possible.

Bibliographie :

1. Bogduk N. Clinical anatomy of the lumbar spine.-3e ed. Edimbourg: Churchill Livingstone, 1997.- 261 p.
2. Bonneau D.,Thérapeutique Manuelle, Malakoff, Dunod, 2017. 960 p.
3. Bossy J., Base neurobiologiques des réflexo-thérapies et de l'acupuncture, Masson, Paris, 1983
4. Boulay C, Prudhomme M, Prat-Pradal D, Poudroux P, Duval-Beaupère G, Pélissier J. - Perineal descent predicted by a pelvic bone factor : the pelvic incidence angle. Dis Colon Rectum. 2009 Jan; 52(1):119-26.
5. Carvalho ., Lazennec J.Y., Sari-Ali, Saillant G. - Equilibre sagittal du rachis et du complexe lombo-pelvien :Quelles sont les données actuelles ? in :Le complexe lombo-pelvien, Sauramps Médical, Montpellier, 9-33, 2005.
6. Dubousset J. Importance de la vertèbre pelvienne dans l'équilibre rachidien.In :Pied , équilibre et rachis. Paris : Frison –Roche, 1998 . – p. 141-148.
7. Lazennec J.Y.et al,- Relations hanche rachis : conséquences fonctionnelles applications aux arthroplasties totales de hanche. in in :Le complexe lombo-pelvien, Sauramps Médical, Montpellier, 9-33, 2005 :115-152.
8. Legaye J. Duval-Beaupère G. Hecquet J., Marty C. - Pelvic incidence : a fundamental pelvic parameter for three dimensional regulation of spinal curves. Eur Spine J. 1998 ; 7 (2) : 99-103.
9. Nogier A., Laude F., Boyer T. - Le conflit fémoro-acétabulaire antérieur ou syndrome de Ganz. Revue du rhumatisme. 2007; 74: 219-224.
10. Panjabi M.M.,Vasavada A., White A.A.Biomécanique du rachis: éléments de stabilité. In : Le rachis. Paris: Masson, 1995. -p. 77-92.
11. Rabischong P. - Le programme homme. Paris, PUF,2003.
12. Rabischong P. Anatomie compréhensive de la stabilisation rachidienne.In : Pied , équilibre et rachis. Paris :Frison-Roche, 1998.- p. 21-34.
13. Roussouly P, Bertonnaud E. Dimnet J.- Analyse géométrique et mécanique de la lordose lombaire dans une population de 160 adultes asymptomatiques : essai de classification. Revue de Chirurgie Orthopédique, 2003 ; 89 : 632-639.
14. Vleeming A., Mooney V, Stoeckart R.Movement, stability and lumbopelvic pain. Edinburgh, Churchill Livingstone, 658 p. 2007
15. Willard F.H.,Vleeming A, Schuenke M.D., Danneels L. Schleip R.The thoraco lumbar fascia : anatomy, function and clinical considerations. J.Anat, 2012, 221, pp507-536

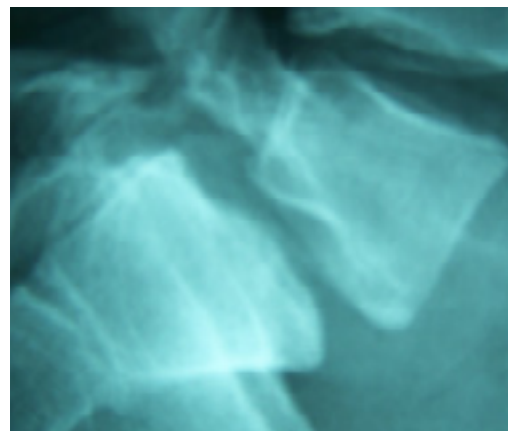
Conflits d'intérêts : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt professionnel, personnel ou financier.

CLINIQUE PATHOLOGIE

SPONDYLOLISTHÉSIS, SPONDYLOLYSE ET MÉDECINE MANUELLE (Test d'Hyperlordose Lombaire Dynamique en Décubitus Ventral)

Docteur Marc Rozenblat

Médecin du Sport et de Médecine Manuelle - Directeur Pédagogique de l'Enseignement en Médecine Manuelle & Ostéopathie Médicale à la faculté de Médecine de l'Université Paris Saclay - Président de la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale
rozenblat.marc@gmail.com



RÉSUMÉ : Le diagnostic d'une spondylolyse ou d'un spondylolisthésis est avant tout clinique. Pour ces pathologies, l'IRM ne sert qu'à évaluer l'état des disques intervertébraux et le retentissement sur les articulaires postérieures. En 2022, pour une spondylolyse asymptomatique, il n'y a pas de limitation sportive. Il est généralement conseillé de porter le plus souvent possible des orthèses plantaires posturales et de pratiquer de la médecine manuelle et de l'ostéopathie médicale en travaillant surtout au niveau souplesse articulaire au-dessus et en dessous de la spondylolyse. Lorsqu'elle est symptomatique, un repos sportif adapté et de la rééducation sont prescrits. Exceptionnellement un corset plâtré sera gardé pendant au moins huit semaines. Pour les spondylolisthésis, l'I.R.M. permet un suivi. Là aussi un traitement orthopédico fonctionnel est fortement recommandé. La chirurgie est exceptionnelle. Le suivi est bien codifié lorsqu'il s'agit d'un grade 1 ou 2 asymptomatique : essentiellement une surveillance et une économie sportive de la jonction lombo sacrée avec des orthèses plantaires et de la médecine manuelle posturale au moins une fois par an. Lorsque le spondylolisthésis est symptomatique la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale ont toute leur place dans l'arsenal thérapeutique et le test d'hyperlordose en décubitus ventral pourrait être intéressant et de contribution diagnostic positive. Un corset plâtré sera proposé en cas d'échec au traitement fonctionnel bien conduit et un avis chirurgical sera demandé si la douleur persiste.

MOTS CLÉS : Spondylolyse (spondylolysis), Médecine Manuelle, - Ostéopathie médicale (Manual Medicine Osteopathy) - Test d'hyperlordose lombaire dynamique en décubitus ventral - Dynamic lumbar hyperlordosis test in prone position

I DEFINITION

Le spondylolisthésis nécessite une lyse isthmique bilatérale avec une pré fracture dont la traduction clinique se manifeste par une lombalgie.

La lyse isthmique est une solution de continuité de la pars inter-articularis alors que le spondylolisthésis nécessite le glissement de la vertèbre sus jacente par rapport à la vertèbre sous-jacente. Le rétrolisthésis est rare. L'antélisthésis est le plus fréquent.

La clinique évoque fortement le diagnostic.

II CLASSIFICATION

Les radiographies standards montrent, sur le cliché de trois quarts lombaires, la lyse isthmique avec la fameuse fracture du cou du petit chien coincé entre la patte avant du chien du dessus et l'oreille du chien du dessous. Parfois, il n'y a pas de solution de continuité mais un allongement de l'isthme vertébral qui permettra également le glissement vertébral et le spondylolisthésis. Plusieurs classifications sont retenues pour cette pathologie lombaire et notamment celle de **Newman** et **Wilste** (1-2).

Elle définit le **type 1** comme une dysplasie isthmique avec anomalie morphologique congénitale, une atteinte des facettes articulaires de S1 ou de l'arc postérieur de L5 alors que le pars inter-articularis est souvent gracile parfois très allongé. Il s'y associe des troubles neurologiques fréquents avec sur les radiographies un spina bifida occulta plus fréquemment rencontrées qu'à l'habitude.

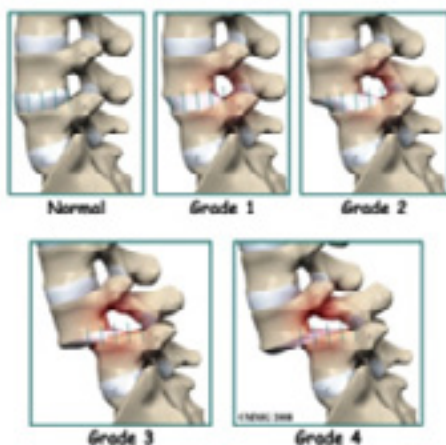
Le **type 2** est la réelle fracture de fatigue de la pars articularis avec la lyse isthmique. Cette lésion se retrouve essentiellement dans la région lombo-sacrée sur des patients à morphologie considérée comme normale. Nous verrons plus loin qu'il n'en est rien.

Le **type 3** concerne les traumatismes avec une fracture aiguë dans les suites d'un traumatisme violent : elles sont exceptionnelles mais sont souvent rencontrées dans le milieu sportif.

Le **type 4** est la dégénérescence loco-régionale de l'isthme vertébral qui ne se rencontre que chez l'adulte, plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, avec une atteinte privilégiée au niveau de L4-L5. Les processus hormonaux post-ménopausiques sont probablement responsables d'une laxité articulaire entraînant cette situation progressive du spondylolisthésis.

Une autre classification est fréquemment utilisée celle de **Roy-Camille (3)**. Il a défini le **grade 1** comme une dysplasie minimale de L5 associée fréquemment un spina bifida occulta. Le **grade 2** où le corps vertébral de L5 est de forme trapézoïdale ; la première vertèbre sacrée est en forme de dôme, le sacrum a un aspect d'hameçon et il existe fréquemment une dysplasie de l'arc postérieur de L5. Le **grade 3** est une dysplasie majeure avec un corps vertébral trapézoïdal de L5, des isthmes allongés, un aplatissement du dôme sacré et une dégénérescence discale associée.

La classification de **Meyerding (4-5)** complète la précédente : elle est en stades.



Elle tient compte de l'importance du glissement de la vertèbre sus-jacente sur la vertèbre sous-jacente

Le **stade 0** signifie qu'il n'y a pas de glissement

Stade 1 : glissement est inférieur à 1/3 du plateau vertébral de la vertèbre sous-jacente.

Stade 2 : glissement est compris entre 1/3 et 2/3

Stade 3 : glissement est supérieur à 2/3

Stade 4 : c'est la spondyloptose avec un glissement total de la vertèbre sus-jacente sur la vertèbre sous-jacente

III ETIOLOGIES-PREVALENCE

Les **étiologies** du spondylolisthésis ont été très bien étudiées par Newman (1) et Vaz (6).

Il s'agit initialement d'une dysplasie de la maquette cartilagineuse vertébrale avec des contraintes debout sur le pars inter-articularis entraînant des fractures de contraintes pas répétition de mouvements de flexion-extension notamment dans certaines activités sportives comme la gymnastique, l'haltérophilie ou l'équitation.

Il n'y a pas de fracture isthmique à la naissance et les pathologies de l'isthme vertébral sont une maladie de l'homme debout.

Or pour tenir debout, il faut sur le plan biomécanique que le corps vertébral de L3 soit à l'aplomb des hanches. En cas de dysplasie lombosacrée, seul le glissement de L5 sur S1 permettra cet équilibre postural. Il existe des formes familiales avec 35 % de dysplasie et des formes purement isthmiques qui ne représentent que 15 % des personnes atteintes.

Le spondylolisthésis est retrouvé dans 4 % de la population générale à 6 ans et 6 % de la population à 14 ans. Il n'est pas constaté d'aggravation de ce chiffre après quatorze ans.

La dégénérescence discale joue certainement le facteur déterminant dans l'aggravation du spondylolisthésis après la naissance.

De même, alors qu'il est constaté un nombre identique de spondylolisthésis chez les garçons et chez les filles avant la puberté, il existe plus d'hommes que de femmes adultes ayant une lésion de l'isthme vertébral. Cela est peut être lié aux contraintes de travail de force et de soulèvement de charges.

Les formes graves sont 4 fois plus fréquentes chez les filles. 90 % des atteintes se font en L5 ; 10 % en L4. Le spondylolisthésis n'a jamais été décrit sur le rachis dorsal et reste exceptionnel en cervical.

Il est constaté un nombre plus conséquent de spondylolisthésis chez les personnes de race blanche comparativement à celles de race noire.

Le Professeur Jouve (8) a confirmé ces propos lors de son enseignement à la SOFCOT en 2001. Il ne retrouvait jamais de spondylolisthésis à la naissance alors que quelques cas chez des nouveau-nés ont été publiés entre trois et quatre mois.

Avant cinq ans, le spondylolisthésis est toujours lié à une malformation du rachis.

Dans la population française, comme déjà évoqué, 6% a un diagnostic de spondylolisthésis entre 10 et 80 ans. Au niveau du sport, il est constaté dans plus de 60 % des cas une atteinte chez le rachis lombaire les haltérophiles et les plongeurs, 36 % pour la gymnastique, moins de 30 % pour d'autres sports.

IV CLINIQUE-PATHOLOGIE

1. Examen Physique : c'est l'examen clinique (9) qui est le plus précis pour déterminer la cause de la douleur lombaire contemporaine du spondylolisthésis. Il s'agit souvent d'une douleur projetée d'origine de la jonction thoraco-lombaire. Celle-ci est généralement non proportionnelle à l'importance du glissement. Elle peut être aiguë, subaiguë ou chronique. Elle s'y associe parfois avec une irradiation de L5 ou S1, mais peut aussi être totalement asymptomatique et de découverte fortuite. L'examen neurologique est normal avec des réflexes ostéo-tendineux tous présents, symétriques et un testing musculaire rassurant et non douloureux. Une sciatalgie est fréquemment associée par trois mécanismes au niveau du foramen latéral : un nodule de Gilles qui est présent au décours de la spondylolyse, un crochet osseux de l'articulaire postérieure qui vient irriter l'émergence de la racine nerveuse, une hernie discale généralement sus jacente mais exceptionnellement sous-jacente, plus rarement existe un syndrome de la queue de cheval. La recherche d'une vraie scoliose est un impératif et il faut évaluer l'équilibre sagittal du patient lorsque l'équilibre au fil à plomb est supérieur à 20 mm.

2. Test d'hyperlordose lombaire dynamique en décubitus ventral



fig2 test d'hyperlordose lombaire

Il y a plus de 25 ans, j'ai imaginé un test se rapprochant de certains mouvements de gymnastique. Je l'ai appelé **le test en hyperlordose lombaire dynamique en décubitus ventral** (10). Il consiste à bloquer le rachis avec une main et de soulever avec l'autre main les pieds du patient en décubitus ventral, pour monter les pieds au zénith. Plus récemment, ce test d'hyperlordose en décubitus ventral a été modifié puisque désormais la main se met au niveau de la jonction thoraco-lombaire puis l'hyperextension des membres inférieurs est réalisée. L'examen est dit positif s'il déclenche une symptomatologie douloureuse et inversement négatif dans les autres cas.

Sur 5000 tests personnels en 35 ans, 95 % a permis de confirmer la présence d'une spondylolyse et pour 62 % d'entre eux il a été confirmé un spondylolisthésis. Il est parfois trouvé des faux négatifs notamment avec des douleurs intermittentes lombaires mais non permanentes : cela représente environ 6 % des cas de lyse isthmique en L5.

HLDV	Clinique	Lyse Isthmique L5-S1	Spondylolisthésis L5-S1
Test +	Douleur	95% (p<0.001) *****	62 %
Test -	Non Douleur	6 %	-

fig.3 Tests

L'examen clinique doit tenir compte également des stades de Tanner qui permettent de déterminer le stade pubertaire mais aussi la recherche de signes d'hyperlaxité articulaires bénigne qui pourraient rendre plus difficile la prise en charge thérapeutique. La taille et le poids vont compléter le dossier afin d'évaluer la vitesse de croissance statur pondérale de l'enfant-adolescent mais également l'évolution pondérale des adultes.

3 Les examens complémentaires : C'est bien l'examen clinique qui donne le diagnostic mais il se fera toujours aider d'une évaluation radiologique avec au moins un cliché de face, de profil et en obliques droit et gauche afin de mieux visualiser l'émergence des racines de la queue de cheval au niveau des trous de conjugaison du rachis lombaire. Nous conseillons de faire ce bilan au moins une fois dans la vie du patient. **La radiographie standard de profil en prenant la hanche peut suffire (7)** Ainsi le spondylolisthésis va être diagnostiqué en stade là où la dysplasie va être évaluée en grade. **L'incidence pelvienne** va pouvoir être mesurée : elle consiste en un paramètre anatomique constant alors que pour l'inversion pelvienne et la pente sacrée, ces paramètres morphologiques sont adaptatifs. L'analyse

EOS peut compléter ce bilan avec des données objectives au niveau de certains critères d'évaluation et de mensurations du rachis lombaire.

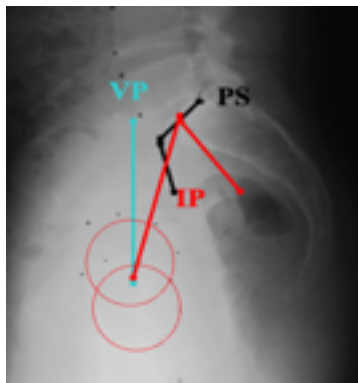


fig 4 incidence pelvienne

L'incidence pelvienne est un facteur de risque de faire un spondylolisthésis si elle dépasse les 60 degrés. L'évolution spontanée du glissement initial est très faible s'il est inférieur à 30%.

Cela permet de donner l'autorisation à pratiquer du sport. Par contre, au-delà de 30% de glissement, il faut être réservé et bien analyser la situation particulière de chaque patient. La décision se fait au cas par cas. L'exploration par des examens complémentaires permet de confirmer la spondylolyse. L'évaluation tomodensitométrie bien que très précise sur la solution de continuité de l'isthme ne peut rivaliser avec l'I.R.M. qui évalue l'état des disques et des parties molles et pour certaines situations d'effectuer des reconstructions tridimensionnelles. Les foramens sont ainsi parfaitement bien étudiés aussi bien le vertébraux que les latéraux. Mais l'I.R.M. permet également de définir la **classification en Modic** (Modic 1 Hypo 1 et Hypo 2 inflammation, Modic 2 Hyper 1 et Hyper 2 dégénérescence graisseuse, Modic 3 Hypo 1 et Hyper 2 fibrose locale).

V SPONDYLOLYSE EN GYMASTIQUE

Certaines fédérations sportives se sont intéressées à cette pathologie afin de limiter les processus chroniques lombaires. C'est le cas de la Fédération Française de Gymnastique qui s'appuie sur une réglementation fédérale disant que toute lyse isthmique avec ou sans listhésis est une contre-indication à la pratique de haut niveau de performance et à l'entrée en structure filière de haut niveau en France. Seuls les médecins fédéraux sont habilités à juger des cas exceptionnels pouvant poursuivre en filière de haut niveau. Nous allons en donner les grandes lignes pour leur décision. Car, que faire si l'on découvre de manière fortuite une déshydratation discale lombaire à l'I.R.M. Faut-il autoriser

la pratique au haut niveau ? Doit-on limiter et ne doit-on pas orienter ces sportifs que vers des sports moins contraignant pour le rachis lombaire ?

L'article de Muschik (11), en 1999, donnait déjà une idée de la prise en charge des spondylolyse et spondylolisthésis en milieu sportif.

Une étude rétrospective effectuée en 2008 (10) auprès de médecins fédéraux de la fédération française de gymnastique a permis de répertorier 61 cas de spondylolyse et de spondylolisthésis avec un suivi régulier de ces gymnastes. Les conséquences : certains ont dû arrêter le haut niveau, d'autres ont été orientés vers de la gymnastique de niveau moins performant et enfin quatre gymnastes se sont orientés vers d'autres sports alors qu'un arrêt total de la pratique sportive était recommandée.

Bien évidemment, ces gymnastes ont été pris en charge sur le plan thérapeutique. Globalement, 40 % des sportifs présentent une spondylolyse lorsque la douleur est chronique de plus de 3 mois. Cela est également retrouvé dans l'étude de Jackson (12) mais qui date de 1979. L'étage le plus fréquemment rencontré est L5-S1 dans plus de 90 % des cas et il existe parfois des morphologies atypiques associées notamment des dysplasies comme des spina bifida mais également des scolioses même chez des sportifs de très haut niveau. La surveillance clinique se fait régulièrement. Une grande majorité des médecins fédéraux revoit les sportifs au moins tous les deux mois, d'autres tous les trois mois.

VI LES TRAITEMENTS

Sur le plan thérapeutique, généralement, il n'y a pas de chirurgie. Sur plan chirurgical, les spondylolisthésis de grades 3 et 4 nécessitent généralement un traitement chirurgical.

Certaines équipes proposent des réparations de la fracture de l'isthme et parfois des arthrodèses postéro latérales ou antérieures de compression ou des réductions concernant la spondylolyse. Cela doit rester exceptionnel et être discuté en équipe médico-chirurgicale.

La médecine manuelle et l'ostéopathie médicale ont toute leur place en curatif des douleurs musculaires et surtout en préventif de récurrence. Le suivi est capital : il faut revoir le patient au moins deux fois par an. Concernant le spondylolisthésis, nous savons que la progression du glissement est rare après la croissance staturale.

Il faut s'en inquiéter s'il est symptomatique avant 10 ans. Il faut le surveiller cliniquement au moins annuellement après 10 ans.

En cas de lombalgie rebelle, un corset ou un plâtre lombaire peuvent être préconisés. Ils sont plus efficaces que les ceintures de soutien lombaire amovibles, car trop rarement portées. En pratique courante, lorsqu'elle la spondylose et le spondylolisthésis sont asymptomatiques, il s'agit uniquement d'une surveillance sans limitation du sport et de dialoguer avec la famille et l'entraîneur pour limiter les contraintes de la jonction lombo-sacrée. Lorsqu'elles sont symptomatiques, il est souvent proposé un corset d'immobilisation qui va être gardé au moins deux mois, parfois plus en fonction de la réponse au traitement.

La médecine manuelle et l'ostéopathie médicale a toute sa place sur le plan curatif en proposant des traitements orthopédico-fonctionnels et en expliquant surtout la stratégie à la famille.

La prise en charge préventive des lombalgies liées aux spondyloses et aux spondylolisthésis est capitale. Elle s'attache à assouplir le rachis cervico-thoracique notamment au niveau cervical par toutes les techniques classiques de médecine manuelle.

Elle s'attache aussi à travailler les assouplissements articulaires et l'étirement des muscles postérieurs de cuisse. Cette prise en charge globale permet de conserver une souplesse et de grandes amplitudes des mobilités du bassin et du rachis dans son ensemble afin de réduire les contraintes au niveau de la jonction lombo-sacrée qui présente une spondylose ou un spondylolisthésis.

CONCLUSION

Les spondyloses et les spondylolisthésis lombaires sont fréquents notamment dans la population sportive. Leur diagnostic est avant tout clinique et pourrait s'aider du test en hyperlordose lombaire dynamique en décubitus ventral. Les examens complémentaires, radiographiques et IRM servent à classer le diagnostic, réaliser un suivi et argumenter en complément de la clinique pour la prise en charge thérapeutique.

La Médecine Manuelle et l'Ostéopathie Médicale sont fortement recommandées car elles vont agir en compensant la lombalgie d'une spondylose ou un spondylolisthésis. Aucune manipulation vertébrale n'est recommandée au niveau lombo-sacré. Des techniques myotensives, d'étirements musculaires et articulaires suffisent généralement à soulager les douleurs liées aux spondyloses et spondylolisthésis. Une prise en charge préventive est capitale et doit être entretenue afin de ne pas évoluer vers une lombalgie chronique.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Newman Ph et col: The etiology of spondylolisthesis JBS Br 1963, 45; 39-59
- (2) Wilste LL et co, Classification of Spondylolysis and spondylolisthesis, Clin Orthop Relat Res 1976; 117 ; 23-29
- (3) Roy Camille R et Col : Spondylose, Spondylolisthésis et adolescent, in l'Enfant, l'adolescent et le sport, JS C. Benezis, L.Simon 1986, Masson, p100-107.
- (4) Meyerding H: Low backache and sciatic pain associated with spondylolisthesis and protruded intervertebral disc: incidence, significance and treatment. J Bone Joint Surg 1947. 23 p461-470
- (5) Meyerding H: Spondylolisthesis. Surg Gynecol Obst 1962 54-71
- (6) Vaz G, Roussouly P, et col: Sagittal Morphology and balance of the spine and pelvis Eur Spine J 2002; 1; 80-88
- (7) Legaye J, Duval Beaupère C et col: A fundamental pelvic parameter for three dimensional regulation of spinal sagittal curves, Eur Spine J 1998; 7; 99-103
- (8) Jouve JL et Col : Spondylolisthésis de l'enfant et l'adolescent. Conférence SOFCOT 2001
- (9) Rodineau J. : Traitement conservateur du spondylolisthésis du sportif. Actualités en médecine du sport 1995; 6; 159-165
- (10) Rozenblat M. et Col : Etude rétrospective effectuée auprès de médecins fédéraux : gestion des spondyloses et spondylolisthésis en gymnastique, Fédération Française de Gymnastique, 2008
- (11) Muschik M. et al: Competitive Sports and progression of spondylolysis and spondylolisthesis in the pediatric and adolescent population, in Pediatric and adolescent sports medicine, DL Stanitski Drez Editor 1999 p487-499
- (12) Jackson DW.: Low back pain in young athletes; evaluation of stress reaction and discogenic problems. Am J Sports Med, 1979, 7(6) p 364-366

Conflits d'intérêts : L'auteur ne déclare pas de conflit d'intérêt personnel, professionnel ou financier.

HERNIES DISCALES LOMBAIRES HAUTES

Dr Marc Sabourin

Chirurgie orthopédique / Chirurgie du Rachis
Hôpital Privé Paul d'Égine, 94500 Champigny sur Marne
dr.marc.sabourin@gmail.com

RÉSUMÉ : Les hernies discales lombaires hautes sont moins connues, et moins fréquentes qu'aux étages inférieurs. Le pronostic est également controversé.

MOTS CLÉS : MESH : Intervertebral Disc Displacement/surgery - Lumbar Vertebrae - Treatment Outcome

INTRODUCTION

La hernie discale est une pathologie très fréquente. Toutefois, la compréhension de sa physiopathologie reste encore partielle et la prise en charge reste délicate avec un résultat qui reste incertain, du fait du risque de récurrence et de la présence des discopathies sous-jacentes.

Au sein des hernies discales lombaires, les hernies lombaires hautes, c'est à dire L1-L2, L2-L3 mais également L3-L4, sont beaucoup moins fréquentes, mais présentent des caractéristiques spécifiques, sur le plan anatomique, clinique, et pronostic.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Sur les séries publiées, on retrouve essentiellement des hernies discales L4-L5 et L5-S1. La première description spécifique des hernies discales lombaires hautes a été faite en 1953 (1). Elles sont peu fréquentes, avec des incidences variables selon les diverses séries, de 1 à 10% (2) (3)(4)(5)(6).

L'incidence des hernies discales lombaires hautes augmente avec l'âge (7).

PRÉSENTATION CLINIQUE

Au rachis lombaire inférieur, la clinique est correctement corrélée à la compression préférentielle d'une racine, et la radiculalgie est le principal critère diagnostique. Les cruralgies L4, les sciatiques L5 et S1 sont clairement définies, reconnues, avec classiquement une bonne concordance radioclinique.

Concernant les hernies discales lombaires hautes, en revanche, la présentation clinique est bien plus variable d'un patient à l'autre, mais aussi d'une série publiée à l'autre. Les lombalgies sont les plus constantes, irradiant en direction de la taille et de la région sacrée (8). L'absence de dermatome bien défini a été démontré (9)

Les douleurs radiculaires suivant précisément le dermatome L2 ou L3 sont loin d'être systématiques, et on retrouve plutôt des douleurs diffuses de la cuisse voire des douleurs du tibia, de la cuisse du pied, et de fréquentes irradiations pluriradiculaires. Les douleurs bilatérales sont également très fréquentes. (5,8,10) . Les études les plus anciennes retrouvent des signes périméaux très fréquents, et une présentation déficitaire prédominante (4,8), ce qui est moins retrouvé dans les études « modernes ».

PRÉSENTATION RADIOLOGIQUE

Tous les types de hernie sont retrouvés aux étages supérieurs, en fonction de leur morphologie (contenues, exclues sous ligamentaires, exclues Trans- ligamentaires), ou de leur localisation.

Les hernies foraminales ou extraforaminales semblent toutefois plus fréquentes qu'aux autres étages (11).

Il est souvent retrouvé une discopathie associée à l'étage opéré, mais également aux autres étages, ce qui aura des conséquences sur les traitements proposés (5).

Anatomiquement, le canal lombaire étant plus étroit au rachis lombaire supérieur, les hernies intracanales peuvent fréquemment générer une sténose lombaire (12).

Une corrélation a également été retrouvée entre dégénérescence du multifidus et hernies lombaires hautes (13).

TRAITEMENTS ENVISAGEABLES.

En dehors du traitement médical qui reste le traitement de référence en première intention en l'absence de déficit moteur, les traitements habituels de la hernie discale peuvent être proposés. La référence reste la microdiscectomie à ciel ouvert ou mini invasive tubulaire.

Il est fréquemment réalisé un abord bilatéral et une laminectomie en cas de signes neurologiques périméaux, ou de sténose canalaire (12). On peut noter une fréquence plus importante d'arthrodèse, en lien avec la fréquence des discopathies sous-jacentes (5). Enfin, plusieurs séries de chirurgie endoscopique ont été publiées semblant montrer une efficacité comparable à la chirurgie conventionnelle, même s'il paraît difficile de conclure à la supériorité de ces techniques.(3)(14)

RÉSULTATS CLINIQUES

Le résultat postopératoire est multifactoriel, et va dépendre du statut neurologique, de l'âge, de la technique utilisée, du délai de diagnostic préopératoire, etc...

Classiquement, les résultats sont moins bons qu'au rachis lombaire inférieur du fait de ces différents éléments (5,8,12). Toutefois, cela ne se retrouve pas sur les travaux plus récents, possiblement du fait de la meilleure prise en charge actuelle avec la réalisation précoce d'IRM rachidiennes, et de l'amélioration de leur qualité (3,6). Il semble toutefois que la satisfaction des patients soit corrélée avec l'importance de la gêne et de la douleur préopératoire (15).

CONCLUSION

Les hernies discales lombaires hautes diffèrent donc significativement des autres. Toutefois, même si la présentation clinique n'est pas typique, il est raisonnable d'imaginer que la généralisation du recours à l'imagerie permet aujourd'hui d'éviter les retards diagnostics de plusieurs mois qui étaient classiquement décrits dans les séries historiques. La proximité du cône terminal doit conduire à orienter rapidement les patients en milieu chirurgical pour discuter d'une chirurgie précoce en cas de signes déficitaires..

BIBLIOGRAPHIE :

- Graf CJ, Hamby WB. Paraplegia in lumbar intervertebral disk protrusions, with remarks on high lumbar disk herniation. N Y State J Med. 15 oct 1953;53(20):2346-8.
- Hsu K, Zucherman J, Shea W, Kaiser J, White A, Schofferman J, et al. High lumbar disc degeneration. Incidence and etiology. Spine. juill 1990;15(7):679-82.
- Echt M, Holland R, Mowrey W, Cezayirli P, De la Garza Ramos R, Hamad M, et al. Surgical Outcomes for Upper Lumbar Disc Herniations: A Systematic Review and Meta-analysis. Glob Spine J. juin 2021;11(5):802-13.
- Albert TJ, Balderston RA, Heller JG, Herkowitz HN, Garfin SR, Tomany K, et al. Upper lumbar disc herniations. J Spinal Disord. août 1993;6(4):351-9.
- Sanderson SP, Houten J, Errico T, Forshaw D, Bauman J, Cooper PR. The unique characteristics of «upper» lumbar disc herniations. Neurosurgery. août 2004;55(2):385-9; discussion 389.
- Lurie JD, Faucett SC, Hanscom B, Tosteson TD, Ball PA, Abdu WA, et al. Lumbar discectomy outcomes vary by herniation level in the Spine Patient Outcomes Research Trial. J Bone Joint Surg Am. sept 2008;90(9):1811-9.
- Dammers R, Koehler PJ. Lumbar disc herniation: level increases with age. Surg Neurol. oct 2002;58(3-4):209-12; discussion 212-213.
- Pásztor E, Szarvas I. Herniation of the upper lumbar discs. Neurosurg Rev. 1981;4(3):151-7.
- Kido T, Okuyama K, Chiba M, Sasaki H, Seki N, Kamo K, et al. Clinical diagnosis of upper lumbar disc herniation: Pain and/or numbness distribution are more useful for appropriate level diagnosis. J Orthop Sci Off J Jpn Orthop Assoc. juill 2016;21(4):419-24.
- Kim DS, Lee JK, Jang JW, Ko BS, Lee JH, Kim SH. Clinical features and treatments of upper lumbar disc herniations. J Korean Neurosurg Soc. août 2010;48(2):119-24.
- Tamir E, Anekshtein Y, Melamed E, Halperin N, Mirovsky Y. Clinical presentation and anatomic position of L3-L4 disc herniation: a prospective and comparative study. J Spinal Disord Tech. déc 2004;17(6):467-9.
- Yüce I, Kahyao lu O, Mertan P, Çavuş lu H, Aydın Y. Analysis of clinical characteristics and surgical results of upper lumbar disc herniations. Neurochirurgie. août 2019;65(4):158-63.
- Liu C, Xue J, Liu J, Ma G, Moro A, Liang T, et al. Is there a correlation between upper lumbar disc herniation and multifidus muscle degeneration? A retrospective study of MRI morphology. BMC Musculoskelet Disord. 19 janv 2021;22(1):92.
- Wu J, Zhang C, Zheng W, Hong CS, Li C, Zhou Y. Analysis of the Characteristics and Clinical Outcomes of Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy for Upper Lumbar Disc Herniation. World Neurosurg. août 2016;92:142-7.
- Saberi H, Isfahani AV. Higher preoperative Oswestry Disability Index is associated with better surgical outcome in upper lumbar disc herniations. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. janv 2008;17(1):117-21.

Conflits d'intérêts : L'auteur ne déclare pas de conflit d'intérêt personnel, professionnel ou financier.

FICHE TECHNIQUE

Manipulation Sacro Iliaque en Trois Temps

Docteur Olivier DUMAY

Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale
Responsable Pédagogique Montpellier-Nîmes
Med. expert - Praticien Médecine Physique
CHU Nîmes

RÉSUMÉ : Nous vous présentons la technique de manipulation sacro iliaque dite «en trois temps». Cette manipulation doit être au préalable la résultante d'un démembrement différentiel et d'un diagnostic d'élimination pouvant parfois se compléter d'autres thérapeutiques. Tenant compte du concept biomécanique de LAVIGNOLLE (3), ce complexe autorise des mouvements de rotation, décoaptation et de translation. Ces mouvements autorisés s'organisent autour d'axes instantanés de rotation obliques et antérieurs par rapport au sacrum et convergent vers la symphyse pubienne, confirmant l'association fonctionnelle du complexe sacro iliaque et symphyse pubienne d'où les trois temps manipulatifs de ce complexe.

LE DIAGNOSTIC D'UNE SACRO ILIAQUE DOULOUREUSE PREAMBULE D'UNE MANIPULATION REUSSIE :

Les critères qui permettent de contribuer au diagnostic d'une douleur de type sacro-iliaque sont en priorité l'absence de signes lombo radiculaires, le signe de Fortin (le patient indique lui-même le point douloureux inféro latéral sacro-iliaque), la palpation douloureuse basse située en inféro latéral de l'interligne en regard du sulcus, la douleur à l'appui monopodal s'accompagnant d'un raccourcissement du pas et parfois associée d'une inégalité du membre inférieur douloureux. Parmi les nombreux tests décrits, seuls les tests de provocation par compression – écartement – cisaillement semblent avoir une bonne sensibilité et spécificité : le «Thigh Thrust Test» (fig. 1) (test de cisaillement homolatéral postérieur) a la plus haute sensibilité (80%), avec une très bonne spécificité (82%) (kappa de 0,88) : Le patient est en décubitus dorsal, on amène la coxo-fémorale à 90° de flexion et en adduction sur la ligne médiane ; on exerce alors une pression dans l'axe du fémur avec un contre-appui de la main opposé sur le sacrum provoquant ainsi une force de cisaillement dans la sacro-iliaque homolatérale. Deux autres tests peuvent contribuer au diagnostic le test

de Patrick, le test de Depoorter qui associe une flexion de 60-70° vers l'épaule controlatérale étire spécifiquement les ligaments sacro-iliaques.



fig. 1
Test de
compression
cisaillement

LA TECHNIQUE :

PRINCIPE : il s'agit d'une technique de manipulation indirecte traitant une articulation sacro iliaque douloureuse. L'orientation des surfaces de cette articulation, leurs reliefs et leurs inversions génèrent un égrènement articulaire complexe, surajouté d'un maintien ligamentaire puissant et riche en ligaments nociceptifs qui par leur amarrage assure un système autobloquant. Le principe est d'agir indirectement comme pour faire bailler cette articulation et pouvoir la mobiliser. On va faire bailler, mobiliser et agir sur ce complexe fonctionnel pour réinitialiser ces capteurs nociceptifs.

PREMIER TEMPS ILIAQUE :

POSITIONNEMENT :



fig. 2 Positionnement temps iliaque

extension complète et la position de son pied pointant vers le sol.

OPERATEUR :

L'opérateur cale la hanche entre ses cuisses et se positionne face à la sacro-iliaque à mobiliser, avant-bras caudal ou talon de la main sur l'aile iliaque.

RECRUTEMENT :



fig. 3 Recrutement - Mise en tension-manipulation

DEUXIEME CONTROLE : avant bras caudal ou talon de la main sur l'aile iliaque

MISE EN TENSION : (fig. 3)

L'opérateur fixe le membre pelvien et accentue en même temps le maintien scapulaire, l'appui iliaque et la pression sur le genou dans le but de favoriser l'ouverture sacro-iliaque.

IMPULSION MANIPULATIVE : (fig. 3)

L'impulsion s'effectue en fin d'expiration aidée par le poids du corps en genou flexum dans l'axe fémoral vers le bas, impulsion brève et sèche dans l'axe du fémur avec un maintien iliaque (talon de main ou avant-bras caudal) et le jeu corporel.

PATIENT (fig. 2) : en décubitus latéral le côté douloureux positionné en haut et en dé lordose lombaire, pied dans le creux poplité, inclinaison à 45° membre inférieur controlatéral en

DEUXIEME TEMPS SACREE :

POSITIONNEMENT : (fig. 4)

PATIENT : le patient est en décubitus latéral côté douloureux sur table, hanche entre les cuisses de l'opérateur.

OPERATEUR :

L'opérateur cale le membre pelvien entre ses cuisses et repère l'articulation douloureuse en se positionnant au dessus de l'articulation à traiter.

RECRUTEMENT :

PREMIER CONTROLE :

L'opérateur efface l'épaule.



fig. 4 Positionnement temps sacrée

DEUXIEME CONTROLE : (fig. 5)

Puis l'opérateur enfourche le membre pelvien du patient pour cyphoser le bassin. Pour se retrouver à l'aplomb du niveau à traiter.

MISE EN TENSION :

la majoration de la rétroversion du bassin en cyphose facilite la mise en tension contrôlé par le talon de la main droite et l'effacement de l'épaule.

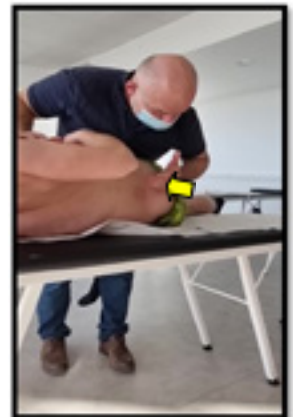


fig. 5 Deuxième Contrôle opérateur Temps sacrée

IMPULSION :

L'opérateur aidé par sa main caudale positionne son éminence hypothénar avec son pisiforme en regard de l'articulation douloureuse et effectue dans la règle de la non douleur une impulsion contrôlée brève et sèche comme un mouvement de vrille (ou de torc) en fin d'expiration, dirigée dans le sens dorso ventral (haut et avant) et crânio caudal (continuité de l'axe rachidien). Pour faciliter l'impulsion manipulative, l'opérateur s'aidera de son jeu corporel.

TROISIEME TEMPS PUBIEN : (fig. 6)

POSITIONNEMENT : PATIENT :

Le patient est en décubitus dorsal, jambes repliées, pieds légèrement écartés.

OPERATEUR :

Debout face au patient l'opérateur entrecroise ses avant bras et positionne ses mains en regard des faces interne des genoux respectifs.



fig. 6

VARIANTES :

Des variantes peuvent exister nombreuses car les morphotypes sont différents et il appartient à chaque manipulateur de s'adapter à son patient et à ses compétences. Les positionnements de la main scapulaire (céphalique) ou caudale peuvent varier avec plus ou moins de focalisation, mais doivent respecter ce désengrènement articulaire, ce baïllement qui va nous permettre d'agir indirectement sur ces ligaments nociceptifs. L'absence de mise en tension, d'enfourchement du membre pelvien ou de relâchement de l'appui sur l'épaule au moment de l'impulsion peuvent être des sources d'échecs.

MISE EN TENSION et IMPULSION NON FORCE :

L'opérateur fait réaliser sans force une ou deux adductions contrariées brèves et sèches en fin d'expiration.

BIBLIOGRAPHIE :

1. BONNEAU Dominique -Thérapeutiques manuelles-Dunod 2017
2. DEPOORTER AE-Techniques de Médecine Orthopédique et Manuelle-Bruxelles
3. LAVIGOLLE-An Approach to the fonctionnal anatomy of sacro iliaque- Anatomy Clinical 1983-5
4. MAIGNE R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne, une nouvelle approche. Expansion scientifique française, 1997.
5. NIBOYET JEH- La pratique de la Médecine Manuelle-ed Maisonneuve – 1968
6. LE CORRE-RAGEOT- Atlas pratique de médecine manuelle ostéopathique- Ed Masson
7. LESAGE- Manipulation de la ceinture pelvienne-Cinesiologie 1984
8. PIGANIOL G.– Les manipulations vertébrales-GEMABFC-1987
9. SAVELLI –Anatomie et Biomécanique des sacro-iliaques-Ed Sauramps 2007

Conflits d'intérêts : L'auteur remercie le docteur Nicolas Grégoire d'avoir accepté de participer à cette fiche technique. L'auteur ne déclare pas de conflit d'intérêt personnel, professionnel ou financier.

TRIBUNE LIBRE

LA COMPAGNIE DES EXPERTS DE JUSTICE EN OSTÉOPATHIE MÉDICALE

Docteur Olivier DUMAY

Médecin Expert et Diplômé de Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale

Directeur Pédagogique du Diplôme inter universitaire de la Faculté de Médecine de Montpellier - Nîmes

Enseignant au diplôme de réparation Juridique et du dommage Corporel de la Faculté de Médecine de Marseille

Praticien attaché au service de Médecine physique rééducation fonctionnelle CHU Nîmes - Montpellier.

RÉSUMÉ : Avec la reconnaissance ordinaire du changement de titre « d'Ostéopathie » en « Ostéopathie Médicale » et l'inscription par la Cour de Cassation d'une clé à la Nomenclature des rubriques judiciaires, la Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale retrouve ses lettres de noblesse.

Afin de pouvoir répondre aux besoins des juridictions civiles, administratives et pénales et d'assurer la protection des usagers dans le domaine de l'Ostéopathie Médicale, la Compagnie des experts de Justice en Ostéopathie Médicale propose de réunir et de dresser une liste de médecins experts de justice compétents en Ostéopathie Médicale et de sages-jurés et/ou de sachants conformément à l'article 278 du code de procédure civile et à la loi du 11 février 2004.

MOTS CLÉS : Loi de 2002-décret 2007- ostéopathie-Expertise Judiciaire - loi du 11 février 2004, code civil

Introduction : Le décret du 25 mars 2007 réglemente une pratique de soin dont le champ reste mal limité. Les restrictions de ce décret autorise des praticiens non médecins à établir des soins et d'en déterminer leur propre compétence posant la problématique des diagnostics et des actes effectués. S'agissant de soins primaires, les jurisprudences montrent les insuffisances fautives, puisque ce décret laisse un risque de dépassement des limites fixées, d'autant plus qu'il n'existe pas de code de déontologie ni de guide de bonnes pratiques.

Le congrès d'Angers en 2020 a permis un éclairage aux acteurs judiciaires sur le paysage ostéopathique : l'usage professionnel du titre partagé, entre praticiens professionnels de Santé et professionnels réglementés dont les devoirs et obligations ne dépendent pas des mêmes codes (3), maintien la confusion et l'ambiguïté pour tous les acteurs et auxiliaires de Justice.

La reconnaissance de notre spécificité à travers le titre d'Ostéopathie Médicale officialisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en octobre 2020 (8) confirme l'importance d'exercer la Médecine pour pratiquer l'Ostéopathie.

La publication du 31 août 2022 au Journal officiel de la nouvelle Nomenclature des rubriques judiciaires par la Cour de Cassation inscrit dé-

sormais la Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale avec une lettre clé judiciaire spécifique FI-20.

La distinction dans ce paysage d'une «Ostéopathie Médicale» pratiquée par des médecins diplômés de la spécialité médicale et d'une «Ostéopathie non médicale» exercée par des praticiens de confort et de bien être devient plus visible pour l'utilisateur dans le parcours de soins.

Afin de répondre aux besoins des juridictions civiles, administratives et pénales et d'assurer la protection des usagers, pourquoi la compagnie des experts de Justice en ostéopathie Médicale s'avère nécessaire ? Deux raisons nous l'expliquent, les situations de terrain et les jurisprudences. Des situations de terrain (cliniques et expertales) hors de bon sens existent quotidiennement entre des acteurs (recours, expert de justice) dont les compétences techniques ne sont pas adaptées à la mission et à l'exigence des conditions expertales requises dans ce domaine. D'autre part, trop de jurisprudences dans le domaine de l'Ostéopathie et des manipulations vertébrales montrent les insuffisances fautives (techniques et humanistes) mais aussi les insuffisances de la loi et l'esprit de la loi de 2002 à l'égard de l'utilisateur et de la qualité des soins.

CONCLUSION

La Compagnie des Experts de justice en Ostéopathie Médicale a donc pour objectif d'une part de réunir les médecins compétents de la discipline et respectant les statuts d'expert de Justice, d'autre part de dresser une liste de médecins experts de Justice compétents de Médecine Manuelle et Ostéopathie médicale pouvant être désignés auprès des juridictions civiles, administratives et pénales. **Une liste de sages et/ou de sachant** compétents dans ce domaine de la Médecine Manuelle et Ostéopathie médicale pouvant être désignés par un expert au principal lui-même inscrit auprès des juridictions civiles, administratives et pénales (5) ou par un juge (4) pourrait pallier une carence démographique au profit des tribunaux et des usagers. Dans ce paysage, il importe au médecin quelque soit la fonction attribuée de respecter la vraisemblance scientifique et la réalité biologique. Ce changement de situation avec «l'Ostéopathie Médicale» donne désormais toute latitude au législateur de réformer l'article 75 de loi du 4 mars 2002.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Article 75 et décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie
2. arrêt du Conseil d'état du 17 juillet 2013
3. Article L.4131-1, L 4161 -1, 4321-7 du Code de la santé publique
4. Article 232 du code de Procédure civile
5. article 278 du code de procédure civile
6. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007
7. Journal Officiel – Nomenclature des Rubriques Judiciaires –Décision du 31 aout 2022
8. Conseil National de Ordre des Médecins- Décision du 28 octobre 2020 du Titre du diplôme de Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale
9. Loi du 11 février 2004

Conflits d'intérêts : l'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt professionnel ou personnel.

RUBRIQUE JUDICIAIRE

OSTÉOPATHIE, SPORT ET SANTÉ : LE MÉDECIN D'ABORD !

Maitres Serge et Michel PAUTOT* - Docteur Olivier DUMAY **

* Docteurs d'Etat en Droit, Avocats au Barreau de Marseille, Legisport

** Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale et Traumatologie du sport - Médecin Expert
Directeur Pédagogique du diplôme inter universitaire de la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes

RÉSUMÉ : L'ostéopathie apparaît présente dans tous les domaines de la santé mais sa prédominance dans le milieu du sport est constante. Entre Comité Olympique, fédérations et manifestations sportives et à la veille de l'organisation des jeux Olympiques en France, quelles sont les dispositions médico légales actuelles concernant les ostéopathes pouvant intervenir dans les milieux sportifs ?

MOTS CLÉS : Loi 2002-art75 - Art 235-I Code du Sport - Ostéopathie - Profession de Santé - Sport

INTRODUCTION :

Il existe en France un certain nombre de professions qui sont règlementées par la loi avec pour effet la règle du monopole, par exemple, monopoles du notaire, monopole de l'huissier, de l'avocat, du pharmacien, du médecin ... Ce monopole a pour corolaire l'exercice illégal de celui qui pratique une de ces professions sans répondre à sa règlementation. La sanction est alors immédiate, c'est le délit d'exercice illégal de la profession. Si l'on prend l'exemple de l'exercice de la médecine qui est celui qui nous intéresse aujourd'hui, on commence par poser les questions :

- Qu'est-ce que le monopole médical, quelles sont les professions de santé et qu'est-ce qu'une profession de soin ?
- Ensuite on se posera encore la question : est-ce que parmi les professions de soins, dont celle de l'ostéopathie en particulier, quel est le rôle que lui attribue la loi et les règlements, notamment au regard de la pratique sportive et des problématiques posées ?

I – LE CADRE LEGAL DE L'OSTÉOPATHIE

I.- LES PROFESSIONS DE SANTE PAR LE CODE DE SANTE PUBLIQUE

Les professions de santé sont, en France, organisées par le Code de la santé publique. Or, sa quatrième partie, consacrée aux professions de santé, ne fait aucune référence à la profession d'ostéopathe, ni dans son livre I relatif aux professions médicales, ni dans son livre II sur les professions de la pharmacie ou encore dans son livre III concernant les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers.

Et l'élément constitutif du délit de l'exercice illégal de la médecine visé à l'article L4161-I du Code de santé publique (8), c'est l'exécution d'un acte médical qui est réservé, par la loi, aux médecins. Et ne peut être médecin que la personne qui est titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.4131-I du même code.

Ainsi, toute personne qui ne répond pas à ces conditions exerce illégalement la médecine en application de l'article L.4161-I. De même cet article réserve à ceux qui remplissent les conditions de

l'exercice régulier de la médecine deux catégories d'actes :

- L'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement ;
- Les actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du Ministre de la Santé.

Toute personne qui ne répond pas à ces conditions peut être taxée de l'exercice illégal de la médecine. Cependant, une catégorie d'actes médicaux est accomplie par des personnes qui ne sont pas médecins et la loi a fixé les limites et les prérogatives de ces personnes dont certaines sont considérées comme professions paramédicales. Ces pratiques ont donné lieu à un important contentieux au cours des dernières années, notamment pour les ostéopathes qui ne peuvent pas recourir au titre de médecin.

2.- LES LOIS ET DECRETS QUI REGLEMENTENT L'OSTEOPATHIE (1) (2)

La profession est réglementée. En effet, la reconnaissance et l'encadrement de la profession d'ostéopathe relèvent de plusieurs textes :

- L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- Le décret n° 2007-435 (modifié par le décret n° 2008-1441 du 22 décembre 2008 et le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010) relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie ;
- Le décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation.

Ces textes viennent organiser la formation, limiter et protéger l'usage du titre professionnel, définir les actes autorisés ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont appelés à les accomplir. Aussi, il ressort des dispositions nationales que l'ostéopathie est une profession réglementée, mais l'ostéopathie n'est pas une profession de santé.

Le décret n°2007-432 du 25 mars 2007 détermine les actes autorisés et les conditions dans lesquelles ils doivent être faits. Il existe

un certain flou sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, l'ostéopathe étant en quelque sorte «maître à bord» face à son client. Nous nous contenterons de citer pour mémoire les aspects juridiques posés par la pratique de l'ostéopathe :

- La législation liée à cette profession de soins
- Les formations de l'ostéopathe
- Les assurances de responsabilités civiles
- L'absence d'un ordre professionnel
- Le registre des ostéopathes

Sujets sur lesquels nous pourrions revenir au cours du débat et qui ont fait l'objet d'une étude complète de notre part lors du colloque du 10 janvier 2020.

II – L'OSTEOPATHIE PAR LE COMITE OLYMPIQUE ET SPORTIF FRANÇAIS ?

Le Syndicat national des ostéopathes du sport (SNOS) qui n'est pas le seul organe représentatif de la profession puisqu'il existe le registre des ostéopathes de France ainsi que diverses associations les regroupant, avait sollicité le Comité National Olympique Sportif Français (CNOSF) pour lui exposer son projet d'intégration au service des sportifs. Le CNOSF a rendu une étude fort complète sur la question en concluant qu'il ne souhaitait pas prendre le moindre engagement au sujet des ostéopathes dans le sport et de développer divers points qui méritent attention.

Dans cette étude du CNOSF (7), Comité National Olympique et Sportif Français, on peut lire tout d'abord que cette institution qui ne reconnaît pas les ostéopathes comme une profession de santé au visa de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 mais aussi des décrets sus-visés, verse à l'appui de cette constatation un arrêt du Conseil d'état en date du 23 janvier 2008 affirmant «*il résulte de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 précitée que les ostéopathes à titre exclusif, qui n'ont pas le statut de profession médicale tel que défini par les livres I et III de la quatrième partie du Code de la santé publique, ne sont pas placés dans une situation identique à celle des professionnels de santé.*».

Et encore, à l'occasion de la confirmation d'une

décision excluant les ostéopathes des maisons de santé, le Conseil d'Etat a rappelé «qu'il résulte de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 que les ostéopathes à titre exclusif n'ont pas le statut de professionnel de santé tel que défini par le Code de la santé publique»(3).

D'un point de vue fiscal, au regard de l'article 261-4-1° du Code général des impôts (6), l'ostéopathie est qualifiée d'activité de dispensation de soins aux personnes : «Les soins dispensés aux personnes par les membres des professions médicales et paramédicales réglementées, par les praticiens autorisés à faire usage légalement du titre d'ostéopathe...».

Et le CNOSF d'ajouter : «la définition de la profession d'ostéopathe apparaît comme insatisfaisante car incomplète, délimitant insuffisamment les contours de ce statut particulier et ne permettant pas d'obtenir les garanties de responsabilité et d'assurances indispensables à l'encadrement médical du sportif de haut niveau».

Et de conclure : «En conséquence, une solution satisfaisante garantissant l'éthique dans la pratique et répondant aux conditions de responsabilité et d'assurances nécessaires, pourrait être la pratique de l'ostéopathie auprès des sportifs de haut niveau uniquement par des médecins».

«En tout état de cause, le syndicat ayant saisi le CNOSF n'apparaît pas comme étant représentatif. Il n'apparaît donc pas opportun pour le CNOSF de prendre le moindre engagement à son égard ou à la situation des ostéopathes dans le sport».

Nous devons vous préciser qu'à ce jour, cette position n'a pas changé.

III – LA RESPONSABILITE DES FEDERATIONS ET ORGANISATEURS DE MANIFESTATIONS SPORTIVES EN MATIERE DE SANTE ?

Le Code du sport (5) impose aux fédérations de veiller à la santé de leurs licenciés et d'organiser la mise en place d'une surveillance particulière lorsque ceux-ci sont sportifs de haut niveau.

Article L.231-5 du Code du sport :

«Les fédérations sportives veillent à la santé de leurs licenciés et prennent à cet effet les dispositions néces-

saires, notamment en ce qui concerne les programmes d'entraînement et le calendrier des compétitions et manifestations sportives qu'elles organisent ou qu'elles autorisent.

Elles engagent des actions de prévention et d'éducation en lien avec le ministère chargé des sports ou dans le cadre du programme d'éducation défini par l'Agence française de lutte contre le dopage.

Elles développent auprès des licenciés et de leur encadrement une information de prévention contre l'utilisation des substances et procédés dopants avec l'appui des antennes médicales de prévention du dopage.

Les programmes de formation destinés aux cadres professionnels et bénévoles qui interviennent dans les fédérations sportives, les clubs, les établissements d'activités physiques et sportives et les écoles de sport comprennent des actions de prévention contre l'utilisation des substances et procédés dopants et des actions d'éducation contre le dopage».

Comme on le constate à la lecture de cet article et également d'autre figurant au Code du sport, la responsabilité des fédérations est grande dans le domaine de la surveillance médicale des sportifs et elles **ne peuvent pas confier à des professions de soins de confort leur rôle de surveillance médicale des sportifs**. Il en est de même pour les organisateurs de manifestations sportives où le rôle du médecin est prépondérant. Il convient de réaffirmer le rôle des médecins en ce domaine.

IV – LA PROBLEMATIQUE DE L'INTERVENTION DES OSTEOPATHES DANS LE SPORT ?

Cette profession d'ostéopathe qui n'est pas une profession de santé et dont les actes et interventions sont imparfaitement délimités n'est donc pas opportune. L'ostéopathe déterminant sa propre compétence au regard du champ déterminé par le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions de l'ostéopathie, il existe donc un risque de dépassement des limites fixées d'autant plus qu'il n'existe pas un code de déontologie ou de guide des bonnes pratiques.

Ce décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie définit les actes autorisés par l'ostéopathe, les actes non autorisés et les actes rendus possibles après diagnostic médical. Il prévoit également les cas où l'os-

téopathe doit orienter le patient vers un médecin. Enfin, les dispositions du décret permettent à l'ostéopathe d'être consulté en première intention puisqu'il n'est pas précisé qu'il ne doit intervenir que sur prescription médicale. Cette situation diffère de celle des auxiliaires médicaux qui n'exercent que sur prescription médicale (à l'exception des pédicures podologiques et des kinésithérapeutes et infirmière avancées pour certaines indications).

Cette position porte le risque que l'ostéopathe détermine sa propre compétence au regard du vaste champ déterminé par le décret. Il existe naturellement un risque de dépassement des limites

fixées, d'autant plus qu'il n'existe pas de code de déontologie ou de guide de bonnes pratiques.

Les textes renvoient à des «recommandations de bonnes pratiques» établies par la Haute Autorité de santé. Cependant, ces recommandations n'ont toujours pas été publiées, laissant l'ostéopathe sans l'encadrement que la loi estime nécessaire à la pratique de sa profession.

CONCLUSION

Le code actuel de la Santé Publique ne fait aucune référence à la profession d'ostéopathe comme profession de Santé, laissant le législateur règlementer cette profession selon l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 et les décrets décret n° 2007-435 du 25 mars 2007.

Le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie définissant les actes autorisés par l'ostéopathe, **ne garantissant pas de contrôle médical, porte le risque que l'ostéopathe détermine sa propre compétence au regard du vaste champ déterminé par le décret.**

Concernant le sport de haut niveau, **le Comité National Olympique du Sport Français a conclu que la définition de la profession d'ostéopathe ne permet pas d'obtenir les garanties de responsabilité et d'assurances indispensables à l'encadrement médical du sportif de haut niveau.**

Les fédérations sportives qui se doivent de respecter l'article de loi 231-5 du Code du sport, **ne peuvent pas confier à des ostéopathes non médecins leur rôle de surveillance médicale des sportifs.** Il en serait de même pour des organisateurs de manifestations sportives où le rôle du médecin est prépondérant. Dans le domaine du sport de haut niveau, à la lecture des textes y faisant références, il convient de réaffirmer le rôle des médecins formés en ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Loi de 2002-303 relative aux droits des malades et à la Qualité du système de santé
2. Article 75 et décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie
3. Arrêt du Conseil Etat du 17 novembre 2020 N° 332771
4. Arrêt du conseil d'Etat du 23 janvier 2008 N° 304478
5. Article 231-5 Code du sport
6. Article 261-4-1° du Code général des impôts
7. Note du Comité National Olympique et Sportif Français sur le Statut Ostéopathie du 24 janvier 2011
8. Article L4131 et 4161 Code de Santé publique

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt personnel, professionnel ou financier.

OSTÉOPATHIE - ARTICLE 75 - LOI DU 4 MARS 2002

Les médecins tirent la sonnette d'alarme !

Docteur Olivier DUMAY* - Maître Bertrand JOLIFF - Maître Serge et Michel PAUTOT*****

**Médecin Expert et Diplômé de Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale – Directeur Pédagogique du Diplôme inter universitaire de la Faculté de Médecine de Montpellier Nîmes*

Enseignant au diplôme de réparation Juridique et du dommage Corporel de Marseille

Praticien attaché en service de Rééducation fonctionnelle du Centre Hospitalo Universitaire de Nîmes

***Avocat à la Cour de Paris - bjoliff@bjmr.fr*

****Docteurs en Droit, Avocats au Barreau de Marseille*

RÉSUMÉ : L'ostéopathie est une profession règlementée et non une profession de Santé défini par le Code de la Santé Publique. Les difficultés rencontrées par les médecins de terrain que sont les médecins généralistes et spécialistes exerçant la Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale dans le paysage de la santé tel qu'il est défini actuellement par l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins et les décrets d'application contraignent ces médecins à tirer la sonnette d'alarme sur divers aspects négatifs quant on sait que l'intitulé de la loi est « les droits des malades et la qualité des soins ».

Tel qu'il est réglementé, l'usage professionnel du titre ne permet pas à l'utilisateur du système de soins de distinguer les professionnels de santé des non professionnels de santé.

En soins primaires, la reconnaissance d'une Ostéopathie Médicale délimite désormais pour l'utilisateur un champ médical et un champ de soins, de confort et de bien être, l'utilisateur pouvant distinguer les qualités, compétences et devoirs des praticiens permettant la qualité des soins. Cette situation rend désormais pouvoir au législateur de réformer l'article 75 du 4 mars 2002 pour en permettre de respecter son intitulé de droit des malades et qualité des soins.

MOTS CLÉS : Loi de 2002-Art 75- qualité des soins- usager-ostéopathie.

I – LES LOIS ET DECRETS QUI REGISSENT L'OSTEOPATHIE

I. LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (1)(2)(3)(4)

Les professions de santé sont, en France, organisées par le Code de la santé publique. Or, sa quatrième partie, consacrée aux professions de santé, ne fait aucune référence à la profession d'ostéopathe, ni dans son livre I relatif aux professions médicales, ni dans son livre II sur les professions de la pharmacie ou encore dans son livre III concernant les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers.

L'article L.4111-1 du Code de la santé publique est clair : « nul ne peut exercer la profession de médecin ...s'il n'est titulaire d'un diplôme, certificat ou autre mentionné aux articles L.4131-1, L.4141-3, ou L.4151-5 et inscrit à un tableau de l'Ordre des médecins ».

Article L.4131-1 : « Les titres de formation exigés en application du 1° de l'article L.4111-1 sont pour l'exercice de la profession de médecin :

1° soit le diplôme français d'Etat de docteur en médecine.... ».

En conséquence, l'élément constitutif du délit de l'exercice illégal de la médecine est défini par l'article L.4161-1 Code de la santé publique comme suit : « Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.4131-1 et

exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5.... ».

C'est l'exécution d'un acte médical qui est réservée, par la loi, aux médecins. Et ne peut être médecin que la personne qui est titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article ci-dessus L.4131-1 du Code de la santé publique.

Ainsi, toute personne qui ne répond pas à ces conditions exerce illégalement la médecine en application de l'article L.4161-1 du même code.

De même ce dernier article réserve à ceux qui remplissent les conditions de l'exercice régulier de la médecine deux catégories d'actes :

- L'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement ;
- Les actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du Ministre de la Santé.

Toute personne qui ne répond pas à ces conditions peut être taxée d'exercice illégal de la médecine.

Cependant, une catégorie d'actes médicaux est accomplie par des personnes qui ne sont pas médecins et la loi a fixé les limites et les prérogatives de ces personnes dont certaines sont considérées comme professions paramédicales. Ces pratiques ont donné lieu à un important contentieux au cours des dernières années, notamment pour les ostéopathes qui ne peuvent pas recourir au titre de médecin.

2. LE STATUT DE LA PROFESSION D'OSTEOPATHE (LOI ET DECRETS)

La profession d'ostéopathe est réglementée. En effet, la reconnaissance et l'encadrement de la profession d'ostéopathe relèvent de plusieurs textes :

- L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- Le décret n° 2007-435 (modifié par le décret n° 2008-1441 du 22 décembre 2008 et le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010) relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie ;
- Le décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation.

Ces textes viennent organiser la formation, limiter et protéger l'usage du titre professionnel, définir les actes autorisés ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont appelés à les accomplir. Aussi, il ressort des dispositions nationales que l'ostéopathie est une profession réglementée, **mais l'ostéopathie n'est pas une profession de santé.**

Le décret n°2007-435 du 25 mars 2007 détermine les actes autorisés et les conditions dans lesquelles ils doivent être faits. Il existe un certain flou sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, l'ostéopathe étant en quelque sorte « maître à bord » face à son client.

II - LA LOI du 4 MARS 2002 : LA QUALITE DE L'INFORMATION DU PRATICIEN A L'USAGER EST IMPARFAITE

I. USAGE PROFESSIONNEL DU TITRE D'OSTEOPATHE :

Tel qu'il est réglementé par l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, «l'USAGE PROFESSIONNEL DU TITRE D'OSTEOPATHE est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie (...) délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. (...) / Ces praticiens ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste dressée par le directeur général de l'agence régionale de santé de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations».

Il résulte de l'article 4 précité du décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie que, si l'usage professionnel du titre d'ostéopathe par les titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins est réservé aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, cet usage est en revanche ouvert à

toute personne titulaire d'un diplôme délivré par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans les conditions alors prévues par le décret du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation. En raison de la pénurie de médecins de terrain, les usagers actuels bénéficiant des soins primaires, et pour la majorité d'entre eux, s'adressent à des ostéopathes non médecins et non professionnels de santé croyant être traités pour des soins médicaux. Ce titre partagé, tel qu'il existe à l'heure actuelle, associé à un « D.O » de diplôme d'Ostéopathie et non de Docteur en Médecine autorise une pratique dont les usagers n'ont pas la connaissance de la compétence diplômante du praticien. Ce qui peut entretenir une véritable ambiguïté du soin délivré à l'utilisateur bénéficiant là d'un soin de confort et du bien-être et non médical.

La présence d'ostéopathes sur certaines plateformes d'accès aux soins, comme sont témoins les derniers exemples sur Doctolib avec les naturopathes ou autres « paths », ne fait qu'amplifier cette tromperie du consommateur de soin dans son parcours d'une demande de soins médicaux. Ce qui n'est pas sans conséquences sur le diagnostic et le suivi des pathologies du patient.

Ce titre partagé ne permet pas à l'utilisateur dans un système de soins primaires de distinguer les professionnels de santé des non professionnels de santé.

2. LA PERTE DE CHANCE POUR L'USAGER (11)(12) :

Ce titre partagé entre professionnel de santé et non professionnel de santé, entretient non seulement une ambiguïté et une confusion pour l'utilisateur mais aussi une perte de chance en raison d'un diagnostic médical non établi initialement, ce qui occasionne une perte de chance.

De nombreux retours de terrain font part de cinq ou six consultations de praticien réglementé non médicaux avant d'avoir un diagnostic médical et un traitement adapté. Des cas de sinistralité existent parfois gravissimes par manipulation vertébrale ou de pathologie médullaire sous jacente manipulé par défaut de connaissances médicales et dont l'incidence est bien plus coûteuse. **Le défaut d'infor-**

mation de l'utilisateur quant à la compétence du praticien et la perte de chance d'un soin de confort plutôt que d'un soin médical sont des éléments qui contribuent à une mauvaise prise en charge du parcours de soin du patient. L'usage professionnel d'un titre partagé sans information préalable du professionnel de Santé ou non professionnel de Santé altère la qualité des soins dans le respect de la loi du 4 mars 2002 dont il faut rappeler que l'intitulé concerne les droits des malades et la qualité du système de santé.

Il nous apparaît nécessaire que des recommandations soient faites dans l'esprit de cette loi et dans l'obligation de l'information du malade. La confusion entre l'exercice professionnel d'un médecin ostéopathe et l'exercice de certaines pratiques autorisées par décret doivent faire l'objet de davantage d'informations pour ne pas induire en erreur l'utilisateur. La distinction claire et nette entre les deux professions doit donc davantage être opérée.

III - LA REGLEMENTATION ET LES IMPERFECTIONS D'EXERCICES DE L'OSTEOPATHIE

Il apparaît tout à fait d'actualité que la réglementation doit évoluer pour clarifier l'exercice de la profession d'ostéopathe par rapport à celle de médecin.

I. LES DISPOSITIONS DU DECRET DU 25 MARS 2007 (1)(2)

Le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie définit les actes autorisés par l'ostéopathe, les actes non autorisés et les actes rendus possibles après diagnostic médical.

Article 1 : «Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques.

Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé».

Article 3 :

«I. - Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :

- 1° Manipulations gynéco-obstétricales ;
- 2° Touchers pelviens.

II. - Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants :

- 1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ;
- 2° Manipulations du rachis cervical.

III. - Les dispositions prévues aux I et II du présent article ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel».

Il prévoit également les cas où l'ostéopathe doit orienter le patient vers un médecin. Les dispositions du décret permettent à l'ostéopathe d'être consulté en première intention puis qu'il n'est pas précisé qu'il ne doit intervenir que sur prescription médicale. Cette situation diffère de celle des auxiliaires médicaux qui n'exercent que sur prescription médicale (à l'exception des pédicures podologues et des kinésithérapeutes et infirmière avancées pour certaines indications).

2.- LES ACTES ET CONDITIONS D'EXERCICE

Les articles du décret mentionnent le cadre d'exercice limité à des troubles fonctionnels, des manipulations et mobilisations de type myo-faciales non instrumentales exclusivement manuelles et externes et l'interdiction de manipulation gynéco-obstétricales, de touchers pelviens, de manipulation des nourrissons et des manipulations du rachis cervical.

Le rachis cervical fait l'objet de sollicitations régulières (8)(9), et relève d'une attention particulière car une simple mobilisation sur une pathologie vertébro-basilaire peut en induire une pathologie constitutive ce qui s'oppose à effectuer une mobilisation de cette zone sans diagnostic médical car rappelons que les troubles et symptômes peuvent se manifester avant toute pathologie installée ce qui en fait la difficulté sans véritable diagnostic médical.

Des cas de sinistres juridiques sont rapportés notamment des cas de manipulation vertébrale effectuée par professionnels de santé non médicaux sans certificat de non contre indication (9) respectivement à l'article 3 du décret du 25 mars 2007.

Des situations d'ordre juridiques et d'ordre civiles rapportent des cas de touchers pelviens effectués par professionnels de soins de confort pour une douleur externe basse du bassin, parfois médiatisés, parfois sous silence et il suffit d'aller sur le net et de se promener en ville pour observer des ostéopathes spécialisés dans tous les domaines de la Médecine (Ostéopathe périnatalité, Ostéopathe du sport, Ostéopathe Equin..).

3.- UNE OBLIGATION MECONNUE

Comme nous le soulignons ci-dessus, l'ostéopathe se doit d'appliquer les dispositions de l'article 3 du même décret qui édicte en son article 2 : « Les praticiens mentionnés à l'article 1er sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences ».

4. - L'ABSENCE D'UN ORDRE PROFESSIONNEL

Le registre des ostéopathes de France, association loi 1901, ne suffit pas à légiférer comme un ordre professionnel et à ce titre nombreux de publicités font part de l'ostéopathie dans beaucoup de pathologies médicales interférant avec l'organicité proprement défini comme Médical par l'article 75 et le Décret du 25 mars 2007. Il n'existe pas de code de déontologie de cette profession comme dans les Ordres professionnels.

En réalité, ce sont des syndicats qui se chargent de défendre, représenter la profession. Evidemment, le champ d'action d'un syndicat est limité car son rôle n'est pas le même que celui d'un Ordre professionnel. L'un concerne la défense d'intérêts catégoriels alors que l'Ordre organise, régleme et régit une profession.

Les conditions d'exercice de l'ostéopathie selon les textes doivent suivre des recommandations de la Haute Autorité de Santé qui ne sont toujours pas parus.

Cette position porte le risque que l'ostéopathe détermine sa propre compétence au regard du vaste champ déterminé par le décret. Il existe naturellement un risque de dépassement des limites fixées, d'autant plus qu'il n'existe pas de code de déontologie ou de guide de bonnes pratiques.

IV- LA RECONNAISSANCE D'UNE OSTÉOPATHIE MÉDICALE (10)(13)

La Médecine Manuelle ou Ostéopathie Médicale est une discipline médicale reconnue par l'Ordre des Médecins délivrant un diplôme Inter Universitaire.

Le fondement de cette discipline n'est pas dogmatique mais repose bel et bien sur un diagnostic médical et une thérapeutique adaptée aux pathologies de l'appareil locomoteur pour la qualité du parcours de soins.

Nous attirons votre attention sur le fait que de nombreux médecins généralistes, médecins du sport, rhumatologue, médecin de médecine physique, urgentiste diplômés d'un DIU

de Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale exercent leur métier dans une conscience professionnelle ne dérogeant pas à leur mission première mais que leurs compétences technique et diagnostic leur permet de distinguer des pathologies organiques et fonctionnelles, ne s'affirmant pas exclusif pour leur permettre cette mission première ce qui minore les pourcentages annoncés de médecins pratiquant la Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale au sein de ce paysage.

Une concertation efficace existe entre diverses instances dont la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale, le Collège des enseignants des Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale et le syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathie médicale travaillent de concert avec le Conseil National de l'Ordre des médecins afin de clarifier le paysage et les soins d'Ostéopathie Médicale délivrés à l'utilisateur.

Cette concertation a conduit le Conseil National de l'Ordre des Médecins à reconnaître un diplôme de Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale (13), distinguant ainsi les médecins ostéopathes des professionnels de Santé non médecins et des professionnels de autorisés.

Une concertation juridique existe également avec la publication le 31 août 2022 au Journal officiel (10) de la nouvelle Nomenclature des rubriques Judiciaires par la Cour de Cassation où la Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale gagne ses lettres de noblesse avec une lettre spécifique attribuée FI-20.

Ces concertations avec la reconnaissance d'une Ostéopathie Médicale et d'une Ostéopathie non médicale font apparaître que l'usage professionnel du titre tel qu'il est défini par l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 et nécessiterai d'être réactualisée.

CONCLUSION

L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 et le décret du 25 mars 2007 nécessitent une réactualisation car :

- l'article 75 et le décret du 25 mars 2007 ne correspondent plus à la réalité du terrain, autorisent une pratique réglementée dont les champs de compétence du praticien non professionnel de santé ne sont pas limités aux soins de confort,
- l'article 75 et le décret du 25 mars 2007 ne permet pas à l'utilisateur d'avoir un parcours de soins sécurisé par le défaut d'information des différents types d'ostéopathes et la perte de chance d'un soin de confort.

Enfin, la reconnaissance d'une discipline d'Ostéopathie Médicale par le Conseil National de l'Ordre des Médecins et la publication d'une rubrique judiciaire FI-20 de la Médecine Manuelle ostéopathie Médicale au Journal officiel structure désormais une Ostéopathie Médicale et une Ostéopathie non médicale, et permet à l'utilisateur une clarification du paysage par un champ médical pour les médecins établissant des actes et un champ non médical établissant des soins de confort et de bien être. Cette situation donne désormais toute latitude au législateur de réformer l'article 75 de loi du 4 mars 2002. Ces initiatives sont souhaitables pour permettre de respecter l'esprit et le contenu de la loi sur les droits des malades et la qualité des soins.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
2. Article 75 et décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie
3. Article L.4131-1 et L 4161 -1 du Code de la santé publique
4. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007
5. Arrêt du Conseil d'Etat du 17 novembre 2010, N°332771
6. Arrêt du Conseil d'Etat du 23 janvier 2008, N°304478
7. Jurisprudence Cour d'Appel de Paris 6 décembre 2013 et 8 juin 2017
8. Article 4321-7 Code de Santé Publique
9. Journal Officiel – Nomenclature des Rubriques Judiciaires – Décision du 31 août 2022
10. Jurisprudence Cour d'appel de Montpellier 28 février 2017
11. Jurisprudence Cour d'appel de Rennes 7 juin 2017
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins- Décision du 28 octobre 2020 du Titre du diplôme de Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt personnel, professionnel ou financier.

MÉTHODOLOGIE DE L'EXPERT DE JUSTICE

Docteur André MONROCHE et Docteur LHUILLIER

Experts de Justice

monroche@sport-medical.org - jp.lhuillier49@orange.fr

RÉSUMÉ : L'expert médical peut être nommé expert dans différentes circonstances : soit dans un cadre juridique, pour une expertise en droit civil ou en droit pénal avec une mission bien précisée dans le jugement ou l'arrêt, soit dans un cadre contractuel (compagnies d'assurance), soit à titre privé (défense d'une personne dans le cadre d'un litige concernant l'appréciation de différents dommages, suite à un accident, une maladie). Dans tous les cas, le déroulement de l'expertise médicale doit être réalisé avec méthode.

MOTS CLÉS : Expertise de Justice - Méthodologie

Il faut, tout d'abord, bien lire la mission et vérifier que l'expert peut l'accomplir. Exemples : conflit d'intérêts, patient déjà vu par le médecin expert ou mission ne relevant pas de la compétence du médecin expert.

1° **Le médecin expert doit pouvoir apporter**, dans le respect des règles déontologiques toute information nécessaire afin de mieux connaître la victime, tout en restant strictement dans le cadre de la mission demandée.

2° **Bien préciser les traitements et séjours** en milieu hospitalier en rapport avec l'accident ou la maladie considérée. Il convient d'insister sur le fait que le médecin expert n'a pas à apprécier le bien-fondé des traitements qui ont été prodigués à la victime...

3° **Le certificat médical initial** est la pièce essentielle du rapport et son libellé intégral doit être reproduit « avec si possible une photocopie » (quand cela est réalisable) du document initial. Il en est de même des courriers et des documents iconographiques en rapport exclusif avec l'accident ou la maladie faisant l'objet de l'expertise de façon à éviter la violation du secret médical, tels que des antécédents médicaux sans rapport avec l'objet de la mission. La reproduction intégrale de certains comptes-rendus iconographiques est à éviter si l'expert médical ne partage pas l'avis de l'interprétation...

4° **Les doléances** : la reproduction la plus fidèle que possible des plaintes est nécessaire en les faisant détailler par la victime et en la complétant par la liste des traitements prescrits et suivis.

5° **Etat antérieur** : ne doivent apparaître que les antécédents qui ont un rapport et qui peuvent avoir une influence sur le dommage ayant motivé l'expertise,

de façon à éviter là encore une violation du secret professionnel.

6° **Examen clinique** : l'examen doit être aussi précis que possible en ne retenant que les éléments en rapport avec la blessure et avec également dans la mesure du possible des mesures objectives, par exemple angulation, mensuration, données de l'examen neurologique...

7° **Discussion** : la discussion doit faire apparaître les points importants des chapitres précédents en apportant notamment un diagnostic aussi précis à partir de la reconstitution des lésions initiales et des séquelles constatées, la relation de cause à effets, entre ce qui revient au traumatisme lui-même et à un éventuel état antérieur doit être explicite.

8° **Imputabilité** : le médecin expert doit donner au donneur de la mission tous les éléments techniques permettant de faire relier directement ou indirectement l'état séquellaire avec les lésions initiales aussi bien aux lésions initiales faisant apparaître les séquelles temporaires ou définitives dans le cadre soit d'une mission type droit commun 1994 ou de droit commun 2006 issu de la nomenclature «DINTILHAC». A noter qu'en séquelles d'accident de travail, il n'existe pas de taux annexes en dehors du taux d'IPP. Il existe par ailleurs d'autres types de missions d'expertise médicale relevant de régimes spéciaux avec des barèmes spécifiques type barème des invalidités applicables au titre du code des pensions militaires d'invalidité des victimes de guerre, le code des pensions civiles et militaires de retraite, le barème des accidents de travail et de maladies professionnelles (PADOVANI).

BIBLIOGRAPHIE :

1. Notes AREDOC
2. Barème de Concours Médical et de la revue du dommage corporel
3. Harichaux Michèle
André Monroche - Droit de la Santé-dictionnaire commenté - Ed Masson 2003

UNIVERSITAIRE

Recherche en Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale

Professeur Arnaud Dupeyron

Service de Médecine Physique et de Réadaptation, CHU de Nîmes

Faculté de médecine, Université de Montpellier

Laboratoire Euromov DHM, IMT Mines Alès, Univ Montpellier

RÉSUMÉ : La médecine manuelle et l'ostéopathie médicale sont aujourd'hui enseignées en France dans dix facultés de médecine au sein d'un seul diplôme inter universitaire reconnu par le conseil national de l'ordre depuis 2020. Il s'agit d'une reconnaissance d'un savoir-faire médical de haut niveau garantissant sécurité et service rendu pour tous les patients notamment dans le cadre des pathologies musculosquelettiques. Quelles peuvent être les raisons de cet écart entre pratique et évidence scientifique et quelles solutions peuvent être proposées ?

MOTS CLÉS : Recherche - Médecine manuelle - Ostéopathie Médicale

Introduction

Les preuves d'efficacité de ces thérapies manuelles sont contradictoires. Par exemple, les revues systématiques ne permettent pas de conclure à un effet évident des manipulations vertébrales dans la lombalgie aiguë (1) ou à court terme dans les formes chroniques chronique (2). Quand on regarde de plus près ces résultats, plusieurs éléments peuvent être discutés : la qualité des études est globalement faible ne permettant pas de trancher dans un sens ou l'autre ; les critères de jugement sont la douleur et la fonction relevés les plus souvent entre un et trois mois minimisant ainsi la différence entre plusieurs groupes du fait de la récupération naturelle ; les intervenants sont multiples, médecins et non médecins, dont l'expérience ou les pratiques ne sont pas clairement précisées ; enfin les comparateurs (groupe contrôle) sont souvent des traitements inertes ou des soins usuels mal définis qui ne sont habituellement pas des traitements recommandés dans la lombalgie. Ceci peut contraster avec les effets rapportés par les patients souvent jugés remarquables et le plébiscite des thérapies manuelles en général.

Le handicap méthodologique de la MMOM

Tout d'abord, une série d'observations ne pourra jamais constituer une preuve d'efficacité. Si les thérapies manuelles n'ont pas pu démontrer leur efficacité, soit elles ne sont pas plus efficaces que les comparateurs soit la méthode utilisée pour tester

leur valeur n'est pas la bonne. Nous nous baserons sur notre expérience pour penser qu'il faut améliorer les stratégies d'investigations et s'approcher de la réalité de terrain dans une cadre scientifique irréprochable.

Pour démarrer une étude scientifique en médecine il faut une condition pathologique définie, une cible. Ces cibles peuvent être larges comme la lombalgie ou bien plus précise comme le dérangement douloureux intervertébral mineur (DDIM) L3-L4 par exemple. Dans le premier cas, une étude démontrant une efficacité parlera à tout le monde dans le second les résultats ne seront compris que des initiés. Cependant, la variabilité des patients inclus dans le diagnostic de lombalgie même si l'on peut être sûr du diagnostic (douleur lombaire...) est grande et donc les origines de la douleur seront différentes d'un sujet à l'autre avec une efficacité du traitement manuel moins garantie car le DIM ne sera pas forcément la cause de la douleur. A l'inverse un diagnostic précis dérangement segmentaire vertébral répondra mieux au traitement ciblé (presque étiologique) mais les malades seront plus difficiles à recruter car le diagnostic sera moins aisé compte tenu de la précision exigée (maîtrise de la démarche et de l'examen palpatoire), ou bien en raison de l'obligation d'exclure le patient lorsque plusieurs étages sont symptomatiques, ou encore le risque d'observer un écart d'un examinateur à l'autre (3).

Ensuite, évaluer l'efficacité d'un traitement repose sur le critère de jugement. Ce critère doit être facile à utiliser, fiable et interprétable. Il est alors souvent difficile de faire le bon choix : des critères fonctionnels comme certains scores dans la lombalgie sont largement recommandés mais ne permettent pas de détecter des changements à court terme au contraire de critères comme la douleur pouvant détecter des changements plus rapides mais alors plus sensibles aux fluctuations de l'état du patient. Il faut alors justifier le délai de suivi qui sont le plus souvent fixés à plusieurs mois où la encore l'état du patient peut fluctuer et donc introduire une variabilité supplémentaire (écart type) ne permettant pas de distinguer l'effet s'il existe. Plus prosaïquement cela questionne l'objectif de l'étude : l'effet d'un traitement doit durer dans le temps mais les patients vont-ils se faire manipuler pour être soulagé en quelques jours ou être mieux à six mois ? Dans le cadre d'une dysfonction segmentaire douloureuse la réponse paraît évidente.

Pouvoir affirmer un effet cela impose de mesurer le changement induit par l'intervention (ici les thérapies manuelles) et donc comparer l'état du patient entre avant et après. Ceci nécessite un comparateur pour contrôler tous les biais et ne garder pour seule différence entre les procédures que l'intervention, l'effet placebo en thérapie manuelle étant inévitable (4). Il faut donc proposer deux interventions les plus proches possibles dont une est la référence (démontrer que la nouvelle intervention est meilleure) ou bien inefficace (démontrer plus efficace que le placebo). Cependant, une intervention non médicamenteuse placebo n'est pas chose triviale car elle ne doit pas être remarquée par le patient pour préserver l'insu tout en donnant l'illusion de produire un effet.

Enfin, le traitement délivré doit être conforme aux règles de bonnes pratiques imposant de recruter des médecins ou autres intervenants expérimentés. Cette population médicale exerce habituellement en libéral en France et ne participe que très rarement à des essais cliniques. Ces essais sont plutôt réalisés dans les hôpitaux universitaires où existent les compétences « recherche » mais pas forcément les compétences manuelles. De plus, la patientèle hospitalière est souvent du second recours et donc moins représentative du premier recours libéral.

Toutes ces raisons et certainement d'autres encore expliquent en grande partie les difficultés méthodologiques pour générer de la preuve scientifique en Médecine Manuelle et en Ostéopathie Médicale.

Que proposer pour produire de la médecine fondée sur les preuves ?

Incontestablement, la conduite d'un essai randomisé contrôlé démontrant l'effet des manipulations serait une manière élégante de répondre à la question. Une étude récente publiée par Nguyen et coll. testant l'efficacité de l'ostéopathie non médicale dans la lombalgie de plus de 6 semaines (5) est négative mais illustre bien ces difficultés méthodologiques : diagnostic de lombalgie non spécifique, effet mesuré à trois mois, critère fonctionnel, population de second recours, niveau d'expertise thérapeutique non renseigné. Cependant cette étude est méthodologiquement robuste et ses conclusions défendables, l'ostéopathie non médicale ne semble pas avoir d'effet dans la lombalgie commune sub aigue

Contrairement aux idées reçues, il existe assez peu d'étude contre placebo testant l'effet des manipulations. Les études comparant les thérapies manuelles à d'autres stratégies ont déjà démontré l'utilité de ces traitements notamment à court terme dans la lombalgie pour garder cet exemple. Il serait maintenant intéressant de démontrer l'efficacité contre placebo dans une situation courante de soins primaires. Dans cette perspective, cibler la lombalgie – pathologie courante- assortie d'un diagnostic précis – au moins un DDIM – posé par un médecin expérimenté qui traitera le patient selon une procédure standardisée – manipulation vertébrale du segment concerné dans le groupe intervention – avec dans le groupe contrôle une procédure manuelle douce à distance du segment lombaire avec une auto-évaluation par un critère douleur à court terme pourrait aider à préciser l'effet de ces traitements avec un bon niveau scientifique.

D'autres stratégies comme des études longitudinales seraient envisageables mais imposent un suivi au long cours qui est plus difficile pour ces patients « moins captifs » du système de soin (ne consultent plus lorsqu'ils sont soulagés ou consultent d'autres (non) professionnels du soin) que dans certaines pathologies inflammatoires chroniques justifiant des traitements médicamenteux réguliers. Le risque de perdu de vue est grand affaiblissant d'autant la portée des résultats.

CONCLUSION

L'évolution des méthodes utilisées dans les thérapies non médicamenteuses nous permettra sûrement de simplifier nos stratégies de recherche en soins primaires. D'ici là, il convient de réfléchir collectivement à la meilleure façon de tester les thérapies manuelles dans les conditions les plus strictes possibles. Les pathologies musculosquelettiques chroniques n'ont pas encore de traitement de référence et leur prévalence comme leur résistance aux traitements médicamenteux justifient de poursuivre l'effort de démonstration de l'utilité de la Médecine Manuelle et de l'Ostéopathie Médicale en soins premiers.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12;2012(9):CD008880. doi: 10.1002/14651858.CD008880.pub2. PMID: 22972127; PMCID: PMC6885055.
2. Rubinstein SM, de Zoete A, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. 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 Mar 13;364:l689. doi: 10.1136/bmj.l689. PMID: 30867144; PMCID: PMC6396088.
3. Nolet PS, Yu H, Côté P, Meyer AL, Kristman VL, Sutton D, Murnaghan K, Lemeunier N. Reliability and validity of manual palpation for the assessment of patients with low back pain: a systematic and critical review. Chiropr Man Therap. 2021
4. van Lennep JHPA, Trossèl F, Perez RSGM, Otten RHJ, van Middendorp H, Evers AWM, Szadek KM. Placebo effects in low back pain: A systematic review and meta-analysis of the literature. Eur J Pain. 2021;25(9):1876-1897.
5. Nguyen C, Boutron I, Zegarra-Parodi R, Baron G, Alami S, Sanchez K, Daste C, Boisson M, Fabre L, Krief P, Krief G, Lefèvre-Colau MM, Rannou F. 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 1;181(5):620-630.

Conflits d'intérêts : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt personnel, professionnel ou financier.

• COMITÉ DE LECTURE A LU POUR VOUS

Le comité de lecture vous propose une lecture de deux thèses et d'un certificat d'aptitude à expertise et du dommage corporel.

Thèse Caen-2021 Vécus et représentations des médecins généralistes dans la prévention et la prise en charge des déformations crâniennes positionnelles du nourrisson : étude qualitative menée en Seine et Marne :

Thèse qui va définir en premier temps la différence entre déformations crâniennes positionnelles (DCP) et les crâniosténoses. La méthodologie de l'étude est ensuite bien détaillée, de même que les résultats. Les trois grands types de plagiocéphalie sont décrits, les facteurs de risque, le diagnostic clinique et les données de l'imagerie, permettant de définir les di-

vers degrés de gravité. Le contexte de cette thèse s'inscrit dans la très nette augmentation des DCP du nourrisson, depuis les années 1990, à la suite de la mise en œuvre de recommandations de positionnement de couchage sur le dos dans le but de prévenir la mort inattendue du nourrisson. Le problème des crâniosténoses est ensuite envisagé notamment les cas intéressants les sutures lambdoïdes (causant un aplatissement occipital pouvant en imposer pour une plagiocéphalie fronto-occipital). Concernant les conséquences, il n'est pas retrouvé de lien de causalité entre déformation crânienne et retards de développement du nourrisson, complications ophtalmologiques, ORL (otite) et orthopédique. La conclusion générale est que l'augmentation récente de l'incidence des plagiocéphalies positionnelles serait liée au manque de stimulations et d'encouragements aux mouvements.

Une thérapie associant kinésithérapeute et parents est souhaitable sur les premières semaines, sachant que c'est l'action des parents qui primera (l'académie américaine de pédiatrie de donner quelques conseils très simples et peu chronophages). **Concernant cette question, l'auteur par un panorama global montre combien il est difficile d'avoir une certitude et un consensus dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la nécessité d'un diagnostic médical différentiel. Les recommandations sont rappelées de prévention de HAS ainsi que le cadre légal de manipulations crâniennes de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de 6 mois qui est normalement réservé aux professionnels de santé détenteurs d'un diplôme universitaire. La carence de formation et d'information universitaire des professionnels de santé sur cette question facilite l'accès à d'autres thérapeutiques non conventionnelles et non prouvées.**

Thèse Caen 2018 Intérêt de la recherche des points myofasciaux du muscle infra épineux dans les douleurs d'épaule communes en Médecine générale : étude portant sur 41 cas cliniques :

Après les rappels anatomiques traditionnels, bien illustrés, et les rappels sur la microstructure des muscles, l'auteur rappelle des notions de physiologie musculaire, et les notions de réflexe myotatique, la définition du syndrome myofascial. L'auteur ne retrouve aucun facteur favorisant précis qui rappelle le travail de thèse sur l'épaule de Gauthier Huchin en 2017. **Il est à remarquer l'absence de recherche de syndrome rachidien indispensable à toute étude de l'appareil locomoteur mécanique.**

Thèse Paris 2021 Certificat à Expertise du dommage Corporel - Indication Conforme et non Conforme en Ostéopathie -Etude Narrative en dossiers de sinistres :

L'auteur définit le cadre légal de l'ostéopathie et les motifs de consultation. L'objectif principal est une revue narrative de la littérature en ostéopathie et d'évaluer leur niveau de preuve, l'objectif secondaire est une revue des dossiers de sinistres. Concernant l'objectif principal, l'ostéopathie est recommandée pour la lombalgie et lombosciatique et cruralgie, plus variables concernant les cervicalgies (névralgie cervico-brachiale, céphalées), aucune recommandation pour les pathologies mécaniques des membres périphériques. Aucune preuve scientifique ni de recommandation n'est retenue pour les pathologies communes plus largement proposés par les non professionnels de Santé, (Asthme, RGO, Coliques, TDH, Scoliose..). Concernant l'objectif secondaire, douze dossiers de sinistres de responsabilité civile ont été répertoriés chez des professionnels de santé (Kinésithérapeutes et médecins) entre 2015 et 2021, les motifs concernent huit dossiers de cervicalgies et quatre dossiers de dorso-lombalgies.

Les tableaux représentés rapportent une conformité de compétence (diplôme, expérience acquise), conformité d'indication, du geste et d'information pour trois des quatre médecins de Médecine Manuelle Ostéopathie. Concernant les huit dossiers rapportés de kinésithérapeutes, aucun dossier ne rapporte une conformité complète de compétence, d'indication, de gestes et d'information. Concernant les manipulations cervicales, **l'auteur élargi l'indication des manipulations à tous les professionnels alors que la manipulation est juridiquement un acte médical référence à l'article L372 du Code de la Publique. L'auteur conclue que la majorité des indications rapportées par les organisations officielles n'ont pas de justification scientifique cependant la méthodologie requiert uniquement les organisations professionnelles retenues par la direction générale de l'offre des soins principalement syndicales sans tenir compte des sociétés savantes. L'auteur aurait pu se référer à une publication dans la revue du dommage corporel de 2020 sur le contexte médico- juridique de l'ostéopathie en France.**

PROFESSIONNEL

• INFORMATION SYNDICALE

Le Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathie de France (SMMOF) prend soin de vous.

Docteur Antoine GUINOISEAU

Responsable Pédagogique du Diplôme Inter universitaire de REIMS

Président du Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathie de France - www.smmof.fr

Importante année en perspective après deux années d'endormissement par la Covid.

2 années sans activité syndicale ...ou nous avons obtenu collégialement avec le Collège des Enseignants et avec la Société Savante :

- La reconnaissance ordinale du diplôme de Médecine Manuelle & Ostéopathie Médicale (MM-OM),
- La reconnaissance universitaire par le véritable diplôme interuniversitaire de MM-OM entre les universités d'Aix-Marseille, Nîmes-Montpellier, Dijon, Toulouse, Paris, Bobigny, Angers, Nantes, Reims, Nancy, et d'autres à venir qui sentent qu'il faut raccrocher les wagons,
- Enfin la reconnaissance de la chancellerie par la différenciation de rubriques judiciaires entre ostéopathes de paroisses opposées.

Belles rencontres aussi notamment au ministère avec le Professeur Magnan, conseiller du ministre de la Santé François Braun, et on ne désespère pas de faire sortir les Ostéopathes Médecins de l'article 75 de la loi de 2002 (relatif au droit des malades et à la qualité du système de santé), article qui nous a mis dans le même panier idéologique

que les Ostéopathes Non Professionnels de Santé et qui entretient la confusion des titres, l'ambiguïté du parcours de soins ou plus personne ne sait à qui il adresse ou à qui il s'adresse.

Vous voyez bien en 2023 sera l'heure du réveil : c'est l'année de la nouvelle convention et son lot de surprise. Pour ce faire, il nous faut tous activer nos liens avec les différentes centrales syndicales pour que l'on ne nous oublie pas : augmenter le prix de notre lettre clef, garder la possibilité de coter en sus un acte hors nomenclature, faire évoluer les règles d'association d'actes, les règles du C2...toutes les idées sont bonnes à prendre. **Réjouissons-nous enfin** de la vigueur de notre enseignement, du plaisir sans cesse renouvelé du partage de nos maigres connaissances, du plaisir d'exercer notre belle médecine d'un diagnostic rigoureux et d'une thérapeutique manuelle qui fait notre charme : restons craquants en somme !

Syndiquez-vous au SMMOF, le seul syndicat qui défend vos intérêts manuels : c'est en posant la main, puis en la tendant qu'on gagne notre vie.

Rejoignez-nous ! Restons tous main dans la main pour faire perdurer notre belle expertise.

• CONGRES INTERNATIONAL

Reflet de la 21^{ème} Conférence Internationale de la FIMM à Hanovre (28 au 30 octobre 2022)

Docteur Patrick ILL et Docteur Marc ROZENBLAT

La 21^{ème} Conférence Internationale de la FIMM était accueillie cette année en Allemagne, à Hanovre par le président de l'ÄMKA (Association Médecine Manuelle Pédiatrique et Atlasthérapie) le Dr Stephan Martin et le Dr Henk Bultman président de la FIMM. L'objectif était de faire un point multidisciplinaire sur l'état des lieux de la médecine manuelle en pédiatrie. C'était une occasion unique de rassembler enfin, après 2 années de COVID-19, des experts internationaux venant du monde entier pour partager leur expérience en pédiatrie et proposer des mises en situation pratique de techniques d'examen et

de traitement en médecine manuelle, adaptées pour le nouveau-né, la petite et grande enfance jusqu'à l'adolescence. Les conférences et les mises en pratique en atelier, animées en anglais, ont permis des échanges entre participants sur le niveau d'intégration de la médecine manuelle selon les pays et la recevabilité de la médecine manuelle dans le milieu pédiatrique, comme en particulier en Allemagne et aux Etats-Unis, où des centres médicaux multidisciplinaires de consultation pédiatrique, intègrent dès à présent un médecin expert de médecine manuelle pour évaluer le bénéfice potentiel d'une prise en charge en charge complémentaire en médecine manuelle de l'enfant présentant des troubles dans son développement. Les résumés des communications et des ateliers seront accessibles en ligne pour les membres de la FIMM et sur le site de la SOFMMOO.

• **AGENDA - CONGRES**

CONGRES SOFMMOOM

Journées Robert Maigne

SAMEDI 10 JUIN 2023

FACULTE DE MEDECINE NIMES

186 Chemin du Carreau de Lanes
30908 NIMES

RACHIS CERVICAL

(Programme en cours d'élaboration)

- 8h00 Accueil
- 8h30 Sessions Plénières : Anatomie,
Dissection vidéo projetée, Pathologie, Imagerie
- 10h00 Ateliers de Pratiques - DPC ECHOGRAPHIE EPAULE
- 12h45 Déjeuner en commun sur place autour des partenaires
- 14h00 Sessions Plénières : Les différentes conduites à tenir en Ostéopathie Médicale ?
- 15h30 Ateliers de Pratiques - DPC ECHOGRAPHIE EPAULE
- 18h00 fin de la journée
- 18h15 Assemblée générale de la SOFMMOOM
- 20h30 Apéritif dans les jardins suivi d'un dîner de Gala Hôtel IMPERATOR 5* NIMES



Hôtels VATEL SPA 4* www.hotelvatel.fr - 04 66 62 57 65

Majestic Hotel www.hotel-majestic-nimes.com
10 rue Pradier - 04 66 29 24 14

Maison ALBAR HOTEL IMPERATOR 5*
www.maison-albar-hotels-l-imperator.com
Quai De La FONT 15 rue Gaston Boissier - Nîmes - 04 66 21 90 30

Inscription : Docteurdumay@gmail.com

Vous pouvez télécharger un formulaire d'inscription sur le site internet de la SOFMMOOM et effectuer le règlement sur le lien suivant <https://www.sofmmoo.org/paiementsenligne.htm>.



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.

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

à l'adresse suivante : docteurdumay@gmail.com

ou télécharger ce document sur le site internet de la SOFMMOOM sur le lien suivant :

<https://www.sofmmoo.org/paiementsenligne.htm>

ou en flashant le QR code ci joint.



BULLETIN D'ABONNEMENT			
	1 an	2 ans	Nom
Revue Papier	96€	170 €	Prénom
Papier + Numérique	99 €	197 €	Adresse
Numérique	85 €	150 €	Code Postal Ville
Date			Pays
Signature			Spécialité
			Email
			Règlement par chèque ou virement bancaire à l'ordre de SOFMMOO
			Règlement par prélèvement bancaire :
Remplir le bulletin en lettres capitales			IBAN FR 76 3000 3013 3900 1502 0705 053

• FORMATIONS

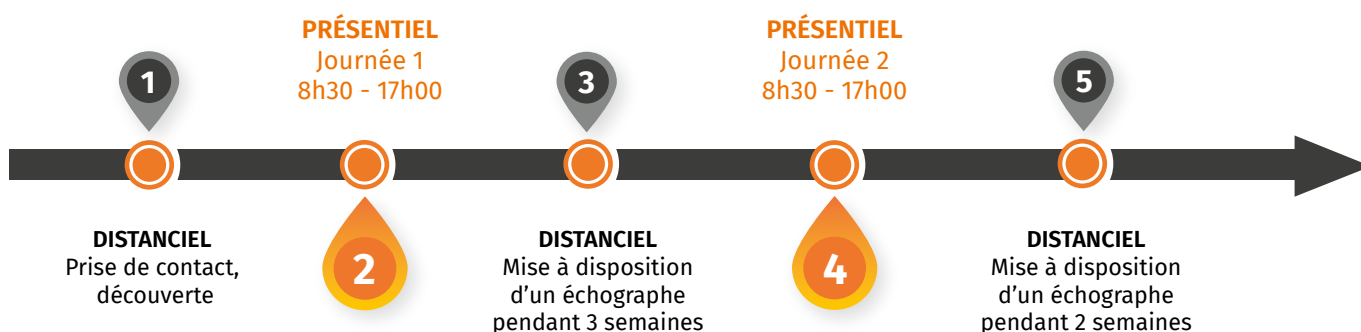


INITIATION À L'ÉCHOGRAPHIE CLINIQUE EN MÉDECINE MANUELLE

UN PARCOURS DE FORMATION UNIQUE

- Prêt d'un échographe
- Coaching d'échographistes
- 10 participants max./session
- Accès plateforme e-learning pendant 1 an
- 2 journées en présentiel
- 2 modules : Généraliste et Musculosquelettique

Coût total : 300€ TTC



PROCHAINES SESSIONS MUSCULOSQUELETTIQUES

- Janvier, avril et novembre 2023



Scannez le QR code pour accéder au programme détaillé et vous inscrire !

CONTACTS

- Responsable de la formation :
Franck Tavert - 06 49 09 99 46
echocontact@quantelmedical.fr



EvoTouch
EvoTouch+



Échographes portables
Musculosquelettiques



Les échographes EVOTOUGH et EVOTOUGH+ destinés à des applications médicales, sont des dispositifs médicaux de classe IIa fabriqués par QUANTEL MEDICAL et dont l'évaluation de conformité a été réalisée par l'organisme certifié G-MED « CE 0459 ». Ils sont destinés aux professionnels de santé dans le cadre du diagnostic par ultrasons. Pour le bon usage de ces produits, il est recommandé de suivre les indications et contre-indications détaillées dans la notice d'utilisation du produit. Document publicitaire à destination des professionnels de santé. Date de réalisation : Novembre 2022.

Franco&Fils

CONCEPTION & FABRICATION D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX



760 Avenue de Paris
58320 POUQUES LES EAUX
Tél: 03.86.68.83.22
info@francofils.com



www.francofils.com