



afo

Association Française d'Ostéopathie

4^{ème} Contribution

3^{ème} réunion 4-11-03

Définition des actes

Recommandations

de bonnes pratiques

Contribution de
l'Association Française d'Ostéopathie
aux rencontres ministérielles
concernant
l'élaboration des décrets de la
Loi 2002-303

Contribution du 4 novembre 2003

Définition des actes

et

recommandation de bonnes pratiques.

3^{ème} réunion (4 novembre de 15 H à 17 H)

Définition des actes et recommandation de bonnes pratiques.

- Explication des termes
- Champ de compétence, accès au patient en première intention
- Actes à risque

1	Préambule	3
2	Définition des actes	5
3	Recommandation de bonnes pratiques	7
4	Terminologie	8
5	Champ de compétence	12
6	Diagnostic	15
7	Innocuité de la méthode	17
8	Conclusions	18
9	Annexes	19
	A) Protocole clinique	19
	B) Protocole d'application des techniques	20
	Techniques directes	21
	Techniques semi-directes	23
	Techniques indirectes	25
	C) Bénéfices/Risques de la méthode et recommandations diverses	26
	Innocuité des manipulations chiropratiques	26
	Recommandations de la SOFMMOO	29
	Rapport du Professeur Vautravers	31
	D) Evolution de l'ostéopathie	35
	E) Intégration de l'ostéopathie au système de soins	36

Note : l'AFO maintient et confirme ses précédents écrits des Contributions du 9 septembre, du 30 septembre et du 14 octobre.

1 PREAMBULE

*« L'art de la thérapeutique manuelle est ancien : je tiens en haute estime ceux qui l'ont découvert, comme ceux qui, de générations en générations, me succéderont, et dont les travaux contribueront au développement de l' Art naturel de guérir »
Hippocrate (435 av. J.-C.)*

Cet espoir d'Hippocrate a souffert mille et une vicissitudes au cours des siècles. Combattues plus souvent qu'à leur tour, dénigrées, voire interdites, les techniques mécanistes ont pourtant survécu jusqu'à nos jours. Leurs résurgences dans toutes les civilisations attestent de leur besoin et témoignent de leur universalité. Transmises principalement par la tradition orale, la plupart de ces techniques ont commencé à être collationnées et répertoriées dès la fin du XIX^{ème} siècle. Nous en avons dressé l'inventaire lors de notre 3^{ème} contribution du 14 octobre 2003.

C'est en les analysant à l'aide des données actuelles de la biomécanique articulaire que l'Ostéopathie les a ordonnées dans un contexte mécaniste rationnel.

Durant plusieurs siècles, l'étude de l'anatomie fut seulement descriptive. Cependant, à l'époque où les successeurs de Vésale découvraient la « reine des sciences », les précurseurs les plus géniaux pressentaient déjà la physiologie, en risquant l'explication des grandes fonctions par lesquelles la vie se manifeste. Ce n'est que plus tard, à la faveur des acquis chirurgicaux, que l'anatomie devint topographique, étape importante de sa découverte.

La recherche ostéopathique commande l'obligation et la nécessité de faire appel à une anatomie nouvelle. Une anatomie regardée et investiguée prioritairement sous l'aspect fonctionnel. Une anatomie fonctionnelle, où la physiologie organique et la physiologie articulaire se fondent sans cesse sur les données anatomiques les plus rigoureusement scientifiques. Expression de l'anatomie fonctionnelle dont elle est l'émanation, la biomécanique articulaire ne doit cependant pas être confondue avec ce qu'il est convenu d'appeler la physiologie articulaire. Elle procède de recherches différentes, qui sont celles du comportement des composants articulaires en mécanique appliquée. Finalement, la biomécanique peut être définie comme une recherche biologique de l'arthrologie appliquée, et constitue la plus sûre approche pour la compréhension du grand système que représente la colonne vertébrale.

Les techniques des systèmes axial et appendiculaire ne sont pas aisées à maîtriser d'emblée, d'autant que leur pratique et efficacité étaient dénoncées. Cependant, fort du nouvel éclairage apporté par la biomécanique ostéopathique, il a été possible d'asseoir la crédibilité de ces techniques et d'effacer du même coup le caractère mystérieux qui les entourait, en définissant le modèle biomécanique OstéoBio.

Tous les systèmes sont abordés par des modèles déclinés du modèle articulaire. Ainsi, dans chaque discipline, il a fallu mettre en évidence les éléments nécessaires et suffisants à la compréhension du modèle, à l'interaction entre la mécanique et la biologie, entre la pathologie et sa clinique, et enfin, à justifier les traitements mécaniques ostéopathiques. C'est-à-dire décrire les lois qui régissent les interférences entre les forces physiques et les tissus vivants via la cinématique.

Qu'il soit appendiculaire, vertébral, cranio-facial ou viscéral, il est impérieux de construire l'acte ostéopathique, « la manipulation », à l'égal de l'acte opératoire.

La rigueur scientifique postule une élaboration de la technique en fonction du type et du caractère de la lésion. Quant au choix de la technique, il est conditionné par le caractère typomorphologique des structures concernées, mais également par les pathologies et les facteurs psychologiques présentés par le patient.

Ainsi, toute démarche manipulative, tout acte ostéopathique ne peut que s'inscrire dans un acte de rigueur scientifique, un protocole clinique rigoureux et un pacte de confiance sur lequel repose la relation praticien-patient.

Si en apparence la technique semble omniprésente, elle ne représente qu'un temps très restreint de la consultation en ostéopathie.

En effet, **le protocole clinique ostéopathique**, pour une très grande part d'interrogatoire, **mettra en évidence les pathologies organiques ou mécaniques d'exclusion**, puis le diagnostic différentiel biomécanique et étiopathique, avant de procéder à l'examen proprement dit pour confirmer le diagnostic étiopathique, et pour **définir la conduite à tenir** en fonction de l'indication ou de la contre indication du traitement ostéopathique.

Une technique même parfaite sans le protocole clinique ostéopathique est vouée au minimum à l'échec.

Hommage déférent à l'Art mécaniste, puisse cette contribution plaider l'édification de l'Ostéopathie par tous ceux qui la servent.

2 ACTE OSTÉOPATHIQUE

La prise en charge d'un patient par un ostéopathe à des fins thérapeutiques est un acte ostéopathique, acte médical à part entière.

Cet acte s'exerce actuellement hors d'un cadre réglementé.

Cet acte peut être attesté par l'ostéopathe qui tient et met à jour son fichier à chaque consultation.

La gestion informatique des dossiers ne nuit pas et n'enfreint pas le secret professionnel, grâce au possible codage des actes (cf. Code de déontologie des ostéopathes).

Dans le même souci, a été institué, en Suisse puis en France, depuis 1980, un processus normatif visant à canaliser la pratique ostéopathique pour que la qualité et l'efficacité de cette pratique soient assurées. Ces normes font l'objet de communications annuelles et sont intégrées au cursus. Ainsi pour chaque sphère anatomique explorée, sont revus et conseillés les actes utiles, nécessaires et de constante innocuité.

De même, sont constamment rappelés les exclusions des traitements ostéopathiques et les actes à risque, tels que la manipulation médicale forcée par exemple.

De plus, notre pratique est une activité de service, et la qualité de celui-ci se mesure a posteriori. Aussi, pour réduire l'incertitude relative à la qualité, **il faut qu'une norme garantisse au patient, en dehors de sa relation contractuelle avec l'ostéopathe, la qualité technique de la prestation.**

C'est le but des journées d'OstéoBio qui, au cours des cinq conférences par an de recherche appliquée présentées aux professionnels, revient sur les **conditions de bonne pratique de l'ostéopathie**. Les résultats de ces recherches, et ces normes sont ensuite délivrés dans l'enseignement.

L'acte médical ostéopathique est guidé par l'efficacité et l'innocuité qui en sont les seuls critères, assortis de la rapidité et du moindre coût des soins.

L'acte s'adresse à toutes les indications médicales de A à Z lorsque celles-ci sont réversibles. Si l'indication est irréversible (maladies dégénératives, maladies génétiques, maladies infectieuses, fractures...), l'ostéopathie ne sera plus alternative, mais palliative et complémentaire.

L'Ostéopathe suit une formation, longue et rigoureuse.

L'Ostéopathie est une méthode thérapeutique précise, logique, rigoureuse et efficace.

L'Ostéopathe est efficace parce que son analyse est logique et que sa méthode est adaptée.

L'Ostéopathie, comme toute science, a ses limites. Et les ostéopathes en ont conscience.

Les Ostéopathes exclusifs de l'AFO n'entreprendront pas un traitement ne relevant pas de leurs compétences.

Les manipulations ne remplacent ni les antibiotiques lorsqu'ils sont nécessaires, ni la chirurgie lorsqu'elle est indispensable.

Actes, dépenses et politique de santé

Les Ostéopathes doivent se montrer efficaces. Leurs actes ne sont pas remboursés.

La rémunération à l'acte non remboursé n'incite pas à la surconsommation de soins.

Bien pratiquée, l'approche ostéopathique peut éviter de nombreuses investigations coûteuses et inutiles, dans les troubles fonctionnels, telles que l'IRM, scanner, endoscopies multiples, EEG, EMG, etc...

Si, il y a 40 ans, seulement quelques mutuelles remboursaient les soins d'ostéopathie, actuellement de plus en plus de d'organismes mutualistes incluent ces soins dans leur contrat, et se substituent à la sécurité sociale.

Le non remboursement par les organismes conventionnés n'alourdit pas la charge sociale.

Les ostéopathes ne réclament pas le remboursement des soins par les organismes sociaux. Les patients sont davantage responsabilisés et l'économie pour la sécurité sociale est importante.

De plus, la légalisation de nos professions ne grèvera en rien le budget de la sécurité sociale, bien au contraire puisque des consultations d'ostéopathie, actuellement indirectement prises en charge (cumul d'activité), ne le seront plus.

Prophylaxie :

L'ostéopathie est une médecine de prévention,

L'ostéopathie est une médecine curative rapide et efficace,

L'économie pour la sécurité sociale est non négligeable,

L'économie pour le patient, son employeur et la société est appréciable.

Le pourcentage de la population consultante en première intention est d'environ 30 % :

L'ostéopathe réoriente les consultants qui sont hors de son domaine de compétence.

La consultation de première intention en ostéopathie entraîne l'économie des prescriptions intermédiaires par les généralistes ou spécialistes pour des soins relevant de l'ostéopathie.

Là aussi, l'économie pour la sécurité sociale est non négligeable.

3 RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES

A) LE PROTOCOLE CLINIQUE FAIT PARTIE INTEGRANTE DES RBP (voir annexe 9A)

Il comporte l'Interrogatoire au cours duquel l'ostéopathe envisage les Pathologies d'exclusion Organiques ou Mécaniques tout en effectuant les Diagnostics Différentiels Biomécaniques par l'analyse étiopathique étayée par l'Imagerie Médicale et les Examens Paracliniques.

Cette partie essentielle s'effectue quasi exclusivement au cours de l'**Interrogatoire**.

Vient ensuite la confirmation ou modification de ce diagnostic par les **Examens Visuel, Neurologique, Statique, Dynamique, Palpatoire**, puis les **Tests de Cinématique**, avec l'**Identification des Structures Douloureuses et l'Etude Clinique**.

Après ces étapes, et uniquement après, sont définis les **Conduites A Tenir**, et implicitement les **Indications ou Contre-Indications** du Traitement Ostéopathique, et/ou les orientations adéquates.

Et enfin, la dernière partie qui est éventuellement l'**application des techniques ostéopathiques**.

B) LES JOURNEES OSTEOBIO POUR LA FRANCE (OU DE L'EOG POUR LA SUISSE)

Un des buts des journées d'OstéoBio, au cours des cinq conférences, de recherche appliquée par an, présentées aux professionnels, est de revenir sur les conditions de bonne pratique de l'ostéopathie. Les résultats de ces recherches et ces normes de bonnes pratiques sont ensuite délivrés dans l'enseignement.

Ainsi pour chaque sphère anatomique explorée, sont revus et conseillés les actes utiles, nécessaires et de constante innocuité.

De même sont constamment rappelés les exclusions des traitements ostéopathiques et les actes à risque, tels que la manipulation médicale forcée par exemple.

C) LE CODE DE DEONTOLOGIE

Le code de déontologie des ostéopathes est similaire au code médical, c'est le véritable garde fou de la profession. Il traite entre autre :

- ✓ D'éthique et de protection du patient
- ✓ Des Devoirs généraux des ostéopathes
- ✓ Des Devoirs envers les patients
- ✓ Des Rapports des ostéopathes entre eux et avec les membres des autres professions de santé
- ✓ De l'exercice de la profession
 - Règles communes à tous les modes d'exercice
 - Exercice en clientèle privée
 - Exercice salarié de l'ostéopathie
 - Exercice de l'ostéopathie d'expertise
- ✓ De dispositions diverses (Rôle de l'association socio-professionnelle)

4 TERMINOLOGIE

Hygiène de vie

Ensemble des informations nécessaires au plein épanouissement de l'individu et de ses structures en fonction de son potentiel vital actualisé (PVA).

Lésion (définition générale)

Altération ou désorganisation de la structure^(note 5 page 14), créée par un ensemble de phénomènes extérieurs. Il en résulte une modification, même partielle, des qualités dynamiques de la structure. Les conditions d'existence de la lésion sont nécessaires et suffisantes pour la maintenir dans le temps et dans l'espace. Elle siège au sein de la structure ; elle est matérielle, durable, objectivable ou susceptible d'être objectivée. On dit, par simplification, qu'il y a modification et on peut comprendre qu'il y a « asthénie et dystrophie locales ».

Lésion (Réflexion sur la)

Toute modification, même partielle, de la mobilité d'une structure la rend non seulement inadéquate à remplir sa fonction ; mais perturbe sa vascularisation, sa trophicité et diminue sa vitalité. Si la perte des qualités déformables est la facette la plus importante, et même l'essence de la lésion, elle s'accompagne d'une modification de la structure. Ces deux aspects sont indissociables.

Une lésion réversible peut se transformer en lésion irréversible ; les conditions et le temps permettent à la structure de s'organiser différemment et de manière définitive.

Dans le cas de la lésion réversible, il y a changement de l'état de la structure, tandis que dans la lésion irréversible, il y a changement de la nature de la structure.

Dans l'usage courant, « lésion » signifie destruction tissulaire.

Ce sens n'est pas satisfaisant : il est trop restrictif puisqu'il ne recouvre que la lésion irréversible.

Une autre définition donne : modification, perturbation dans la texture d'une structure. La texture concerne aussi la disposition, l'arrangement des parties d'un ensemble.

Le vocable « altération », synonyme de lésion, comporte le sens de changement, modification en mal de la forme, de la valeur d'un objet ou d'un corps.

Avant de parfaire la définition du mot lésion, affirmons qu'il existe des altérations de la structure qui ne sont pas définitives : elles sont donc réversibles.

Prenons le droit de les appeler également lésions.

Il est important, à l'évidence, de chercher à séparer les lésions en deux catégories : lésions réversibles et lésions irréversibles, cependant les critères sont-ils suffisants pour les différencier ou faut-il se contenter de dire : par définition, est réversible ce qui n'est pas irréversible et vice-versa ?

L'observation de l'arrangement de la structure présente des limites lors de l'étude des organismes vivants. Aussi faut-il énoncer une définition qui se fonde sur le raisonnement et qui tienne compte de la manière dont la structure s'exprime, puisqu'il est impossible de donner une image exacte de son état^(note 5 page 14). A première vue, la lésion semble signifier dans son sens large : désorganisation ou altération de l'arrangement structural. Cependant, la modification de la forme est une caractéristique de la structure vivante ; elle accompagne la fonction et elle est

même une des conditions de la fonction. Les structures vivantes, déformables, modifient et ajustent constamment leur forme sans changer fondamentalement la disposition relative de leurs composants, autour d'une valeur moyenne et dans certaines limites. La physiologie se situe à l'intérieur de ces limites. C'est dans cette optique mécaniste et dynamique, que la proposition générale suivante est formulée :

« Toute lésion, réversible ou irréversible », se définit comme une « altération » ^(note 5 page 14) de la structure avec modification, même partielle, de ses qualités dynamiques ; les conditions d'existence de la lésion sont nécessaires et suffisantes pour la maintenir dans le temps et dans l'espace.

« La lésion réversible », altération de la « disposition » de la structure ^(note 5 page 14), s'accompagne d'une perte de ses qualités de déformation, dans les limites du champ de la physiologie ; la structure n'a pas conservé sa capacité intégrale de se déformer. La fonction est perturbée, la structure n'étant plus capable d'« offrir » le domaine physiologique complet pour lequel elle est déterminée.

« La lésion irréversible », altération de la « composition » de la structure, s'accompagne d'une perte définitive de sa qualité dynamique. Il y a déformation réelle et irrémédiable ^(note 5 page 14).

La différence entre ces deux catégories de lésions peut paraître subtile, mais il est nécessaire de trancher. Dans les deux cas, nous affirmons qu'il s'agit d'une altération de la structure qui se maintient dans le temps.

En ce qui concerne la lésion réversible, elle se situe dans les limites de la dynamique physiologique, et la structure conserve une possibilité de retrouver sa disposition et sa fonction antérieures. Lors de l'utilisation du terme de « déformation », il faut se souvenir qu'il indique en réalité une « modification » de la mobilité ou une « fixation » à l'intérieur du champ de la physiologie.

Les conditions d'existence de la lésion sont nécessaires et suffisantes pour assurer son maintien dans le temps et dans l'espace : il n'est aucunement besoin de faire intervenir d'autres influences postérieures dans le temps pour justifier sa propre stabilité ; les conditions internes sont suffisantes.

Lésion extra-somatique

Elle est représentée par une situation extérieure défavorable et durable. Elle est appelée « lésion » d'une manière arbitraire et par analogie parce que ces phénomènes extérieurs se maintiennent dans le temps.

Lésion secondaire

Elle apparaît dans le temps à la suite d'une lésion primaire et trouve sa cause directe dans un ou plusieurs phénomènes lésionnels consécutifs à celle-ci.

Lésion irréversible

Le seuil de résistance de la structure a été dépassé, il s'ensuit un changement définitif dans la **nature** de la structure.

Lésion primaire

Elle résulte directement d'un phénomène extérieur ou d'un ensemble de phénomènes extérieurs.

Lésion réversible

Il s'agit d'une modification ou d'une perte, non définitives, des qualités dynamiques à l'intérieur du champ de la physiologie. Il y a changement **d'état**. Elle peut être supprimée ou réduite par l'action d'une variable extérieure appropriée.

Manipulation (définition générale)

Intervention manuelle à même de réduire la lésion réversible, de permettre à la structure de se réharmoniser et d'assurer sa stabilité relative.

Elle applique un principe d'action qui poursuit deux voies :

- mécanique, qui tient compte des lois propres à la structure considérée,
- informative, qui déclenche le réflexe curatif (moteur et vasculaire).

Elle donne une information dans une certaine direction et selon un certain dosage, pour solliciter suffisamment la structure, afin d'en modifier l'état lésionnel. Elle possède des caractéristiques semblables au phénomène extérieur qui a permis à la lésion de s'exprimer, mais il s'agit d'un acte volontaire, directionnel et dosé. Une de ses principales caractéristiques est sa brièveté, pour ne pas sur-informer et annihiler le réflexe curatif.

L'efficacité est optimale quand il y a synchronisme entre les effets mécaniques et informatifs, mais les deux voies sont dosées différemment selon la structure, son état, sa localisation.

Les manipulations comportent des techniques directes, semi-directes ou indirectes qui s'appliquent sur les systèmes locomoteurs, cranio-facial et viscéral.

Ainsi, il peut y avoir des manipulations :

- Articulaires
- Ligamentaires, musculaires, du fascia, du tissu conjonctif, du périoste
- Cranio-faciale
- Viscérales, vasculaires

Ostéopathie exclusive

C'est une recherche fondamentale qui vise à établir une relation de causalité entre les phénomènes pathologiques présentés par les systèmes biologiques et leur structure, ceux-ci étant considérés comme des systèmes de systèmes, en interaction entre eux et avec le milieu extérieur.

Il en découle une méthode qui vise à rétablir la stabilité relative des systèmes biologiques, en agissant soit sur leurs déséquilibres structuraux acquis, soit sur leurs variables d'entrée inadaptées au maintien de leur stabilité.

Phénomène extérieur

Information venant du milieu extérieur (mécanique, chimique, biologique,...) qui devient inadmissible à la structure à un moment et pour un individu donnés.

Phénomène directeur

On entend par phénomène directeur, un phénomène lésionnel qui possède les caractéristiques suffisantes pour permettre de découvrir la lésion dont il dépend : il signe la lésion. C'est le signe pathognomonique de la lésion ostéopathique.

Phénomènes lésionnels

Il s'agit des phénomènes consécutifs à une lésion ; ils sont solidaires et dépendants de cette lésion dans le temps (douleur, inflammation, fièvre, hyper ou hyposécrétion glandulaire, troubles de la sensibilité, de la motricité, circulatoires, du comportement, ...). Le phénomène lésionnel est une réponse logique de l'organisme à une lésion et représente une altération des relations entre les composants de l'organisme. Il disparaît avec la correction de la lésion.

Phénomènes lésionnels généraux

Fièvre, amaigrissement, fatigue, insomnie, troubles digestifs ou circulatoires,... Ils représentent les réactions générales communes à plusieurs lésions ou résultant d'un ensemble de lésions avec un éventuel développement microbien.

Potentiel vital actuel (PVA)

C'est la somme algébrique théorique, du potentiel vital originel, des phénomènes physiologiques de vieillissement et de la somme pathologique. Par définition, il représente la limite théorique maximale des possibilités à un instant donné. Il représente aussi la somme des possibilités réelles et immédiates et des possibilités potentielles.

Potentiel vital originel (PVO)

Est appelé potentiel vital originel d'un individu, le programme génétique donné à l'instant de la conception. Il représente toutes les potentialités offertes à un individu.

Somme pathologique

Somme algébrique théorique de toutes les lésions irréversibles à un instant donné.

Suite pathologique

Série de lésions et de phénomènes lésionnels découlant de cause à effet d'un ou plusieurs phénomènes extérieurs.

Symptômes

Ils constituent un sous-ensemble des phénomènes lésionnels : ils sont apparents (spontanés ou provoqués).

Théorie des systèmes

Elle représente le modèle théorique le plus large possible (dérivé de la théorie des ensembles) pour étudier, entre autres, les systèmes vivants, car il permet:

- ✓ de définir l'organisation d'un système capable de se constituer à partir de systèmes plus élémentaires ;
- ✓ de définir les relations, les interactions entre les composants, et entre le système et le milieu extérieur ;
- ✓ de caractériser des types de performances de plus en plus complexes : auto-régulation (pour contrôler la stabilité et l'évolution) et auto-organisation ;
- ✓ de définir les changements, les transformations et la destruction
 - soit sous l'action de certaines perturbations (dépassant le seuil d'admissibilité)
 - soit sous l'effet de l'évolution normale du système (phénomènes de vieillissement).

5 CHAMP DE COMPETENCE

Une reconnaissance officielle de cette profession est souhaitable dans le cadre d'une politique de santé telle que définit par l'OMS. Si en Europe, l'ostéopathie n'a pas été intégrée dans un cursus de faculté de médecine, elle doit être en revanche d'un haut niveau universitaire.

Par sa prise en charge globale et multiple du patient (troubles fonctionnels touchant toutefois plusieurs domaines rhumatologie, neurologie, orthopédie/traumatologie, gynécologie/obstétrique, ORL, pédiatrie), elle demande de la part du praticien pas simplement l'application de techniques mais une approche intellectuelle et méthodologique pour jauger avec nuance son patient, poser un diagnostic, organiser un plan de traitement ainsi que d'être capable de développer un esprit critique face à l'évolution du cas, à la littérature médicale et à la recherche clinique et scientifique.

Le cursus de formation et les exigences d'un examen final⁽¹⁾ permettent l'installation d'ostéopathes compétents, critiques et capables de collaboration avec le corps médical et les hôpitaux, et respectueux du code d'éthique et de déontologie des ostéopathes de l'AFO⁽⁴⁾.

L'Ostéopathie et la Chiropraxie, se sont développées différemment, ayant été en grande partie influencées par la culture et les conditions historiques dans lesquelles leur évolution a commencé. Leur base commune est une approche holistique de la vie, l'équilibre entre l'esprit, le corps et leur environnement, et un accent sur la santé plutôt que sur la maladie.

Dans l'ensemble, le praticien se concentre sur l'état général du patient individuel, au lieu de se concentrer sur la douleur ou la maladie dont il souffre.

Il ne peut donc pas y avoir une liste de pathologies classiques définissant le champ de compétence.

En effet, l'ostéopathie ne répertorie pas sous un vocable les symptômes présentés par le patient, mais les considère au contraire comme autant d'informations qui permettent de remonter à la dysfonction qui induit les signes présentés.

En revanche, l'ostéopathe, par la formation médicale incluse dans son cursus, connaît la pathologie classique pour pouvoir établir les diagnostics d'exclusion.

Mais ses modes de raisonnement et de fonctionnement **exclut les traitements symptomatiques.**

☞ L'ostéopathie et la chiropraxie :

- envisagent le patient dans sa globalité
- ont pour but le rétablissement des fonctions de l'organisme par la recherche et le traitement des modifications de mobilité où et quelles qu'elles soient,
- **ont, et doivent avoir, une pratique exclusivement manuelle, sans aucun adjuvant.**

☞ Le raisonnement de l'Ostéopathie est basé sur la perturbation de mobilité ostéo-articulaire ou organique et ses répercussions locales et à distance. Cette dysfonction ou « lésion ostéopathique » est une modification de structure⁽⁵⁾ qui assure sa propre continuité dans le temps et qui est réversible en cas de traitement approprié.

☞ **Les indications de l'ostéopathie sont tous les troubles fonctionnels, uniquement après avoir mis en évidence la concomitance et la relation de ces derniers avec une perturbation de mobilité.**

☞ Toutes les autres causalités doivent être envisagées avant de proposer un traitement mécanique. **C'est le protocole clinique qui prime, pour assurer efficacité et innocuité.**
Voir Titre 3 et Annexe 9A.

Les troubles d'ordre mécanique sont fréquents. Ils peuvent intéresser le système locomoteur et ses différents composants musculaire, osseux, ligamentaire, et également le système organique et circulatoire.

Leurs conséquences directes peuvent être une destruction structurale importante, mais très fréquemment, **simplement une modification de la statique et de la dynamique d'un système.**

Ce sont ces dernières atteintes qui concernent l'ostéopathie, même si elles peuvent paraître au premier abord beaucoup moins spectaculaires que les grandes destructions structurales, qui elles, concernent la médecine conventionnelle.

Les conséquences directes qu'elles amènent en modifiant l'arrangement d'un système et en perturbant sa fonction, forment une grande part de la pathologie.

Leurs conséquences secondaires sont encore plus importantes. Les perturbations circulatoires, mécaniques, neuro-végétatives qui leur sont liées, modifient rapidement ou progressivement le fonctionnement des autres systèmes qui en dépendent.

- ☞ Autrement dit, ces phénomènes mécaniques sont à l'origine de lésions ostéopathiques articulaires, viscérales ou circulatoires qui entraînent et fixent les chaînes ostéopathiques. **Ces lésions vont pouvoir être le point de départ et le point d'appui du développement de phénomènes pathologiques secondaires de tout ordre.**

L'ostéopathie s'intéresse aux signes, à la clinique, et essaie de recadrer ces signes avec des dysfonctions structurelles, pour pouvoir remonter le plus haut possible dans les chaînes ostéopathiques (relations de cause à effet s'enchaînant), et ainsi proposer un véritable traitement de fond.

- ☞ Si l'ostéopathie propose des solutions aux indications médicales lorsque celles-ci sont réversibles, en revanche, si celles-ci sont irréversibles (maladies dégénératives, maladies génétiques, maladies infectieuses, fractures...), l'Ostéopathie ne sera plus alternative mais palliative et complémentaire. **Les manipulations ne remplacent ni les antibiotiques lorsqu'ils sont nécessaires, ni la chirurgie lorsqu'elle est indispensable.**
- ☞ L'Ostéopathe suit une formation, spécifique, longue et rigoureuse, lui permettant une prise en charge classique des patients, l'accès au diagnostic et d'assumer sa position de première intention.
- ☞ **Ainsi les pathologies des sphères classiques d'Oto-rhino-laryngologie, de Pneumologie, de Cardio-Angiologie, de Gastro-Entéro-Hépatologie, de Gynécologie-Obstétrique, de Uro-Néphrologie et de Rhumatologie sont explorées bénéfiquement par l'ostéopathie lorsque les troubles présentés sont d'origine mécanique.**
- ☞ Les résultats peuvent être classés en plusieurs catégories :
 - constants, tangibles et vérifiables
 - constants, tangibles mais non vérifiés actuellement et d'indications traditionnelles
 - inconstants, tangibles mais non vérifiés actuellement et d'indications traditionnelles
- ☞ **Médecines traditionnelles et complémentaires**, telles que définies par l'OMS, l'ostéopathie et la chiropractie permettent de maintenir le bien-être, et prévenir, diagnostiquer ou traiter la maladie.

(1) Le cursus de formation initiale et de formation alternée des deux établissements agréés par l'AFO sont des références à suivre pour établir le futur cursus de l'enseignement de l'ostéopathie.

La qualité et la rigueur des études dispensées par des enseignants diplômés des diverses disciplines⁽²⁾ confèrent aux candidats à l'admission à l'AFO un niveau réel de troisième cycle.

Comme déjà indiqué dans les contributions précédentes, les candidats ne peuvent se présenter à l'examen en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathie qu'après avoir soutenu avec réussite leur mémoire de fin de 3^{ème} cycle et obtenu leur certificat de fin d'études d'OstéoBio pour la formation initiale et de l'EOG⁽³⁾ pour la formation alternée.

(2) Les enseignants sont :

- ✓ Chefs de clinique, internes des hôpitaux de Paris, médecins spécialistes,
- ✓ Docteurs en biologie,
- ✓ Docteurs en médecine et médecins ostéopathes diplômés OSTEOBIO
- ✓ Docteurs en microbiologie,
- ✓ Formateurs APFS,
- ✓ Membres de la Société Internationale de Biomécanique,
- ✓ Ingénieurs (biomécanique, doctorat en génie Biomédical ou en informatique),
- ✓ Praticiens ostéopathes.
- ✓ Universitaires (DEA de biologie), licenciés de Biochimie,

Les ostéopathes enseignants doivent justifier de cinq années d'activité et d'une formation cadre ou d'une formation continue de deux ans.

(3) Pour mémoire, le certificat de fin études de l'EOG confère aux lauréats du diplôme de l'ASO ou de l'AFO le droit de pratique en Suisse depuis le mois d'août 2003.

(4) Le code remis dès la réunion du mois de septembre doit être strictement respecté par les membres de l'AFO, afin d'éviter toutes dérives de notre profession et de ses praticiens. Le conseil d'administration de l'AFO est l'organe disciplinaire garantissant l'application de ce code.

(5) UMR 7561 CNRS-UHP, Nancy 1

« Physiopathologie et pharmacologie Articulaires » Faculté de Médecine.

En association avec COGITOBIO, financé à 75% par le BIOCRITT de l'Ile de France

- Etude de la qualité de la cicatrisation du tissu conjonctif ligamentaire sous contraintes mécaniques physiologiques et en l'absence de celles-ci.

(C. GUINGAMP, M. SPAMPANATO Maîtres de conférences)

MECABIO, COGITOBIO

- Etude du comportement du tissu articulaire sous contraintes.

Les modifications métaboliques (synthèse et élimination) régulées par les différents types d'efforts mécaniques.

(MC. TASSONI Dr en biochimie et biologie moléculaire)

UNIVERSITE TECHNOLOGIQUE DE COMPIEGNE

- Définition des séquences IRM permettant d'établir un outil de quantification des Protéoglycanes au sein des ligaments du genou chez le sujet jeune. (Monsieur le Docteur Fauchet Spécialiste de médecine nucléaire et de Monsieur François Langevin, Enseignant Chercheur à l'UTC, département Génie Biologique)

6 DIAGNOSTIC

Pour effectuer leur diagnostic, les ostéopathes utilisent une logique qui trouve sa justification dans le **concept ostéopathique**.

La présentation tripartite qui suit donne :

- ☞ La chronologie des séquences du diagnostic ostéopathique
- ☞ Les démarches à mettre en œuvre pour aboutir à la compréhension du trouble fonctionnel et ainsi déterminer le traitement approprié au patient.

Cette chronologie et ces démarches peuvent être modifiées suivant la complexité des troubles pathologiques présentés. La tripartition qui caractérise le diagnostic ne consiste pas uniquement en trois sous-parties distinctes qui se juxtaposent pour former un tout, ni en trois étapes qui s'enchaîneraient selon une logique propre.

Les trois démarches peuvent être également menées de front tout au long du diagnostic.

1.1. LE DIAGNOSTIC D'EXCLUSION

Au cours de son protocole clinique, l'ostéopathe doit mettre en évidence les affections qui débordent de sa pratique. Il comporte l'Interrogatoire au cours duquel l'ostéopathe envisage les Pathologies d'exclusion Organiques ou Mécaniques tout en effectuant les Diagnostics Différentiels Biomécaniques par l'analyse étiopathique étayée par l'Imagerie Médicale et les Examens Paracliniques.

Pour cela, il emprunte un certain nombre de procédures de l'examen clinique codifié classique.

Il procède à une réflexion nosologique de premier niveau. Sa démarche consiste à rechercher et/ou mettre en évidence les signes cliniques d'alerte pour mettre en évidence l'entité morbide médicale. Cette compétence est acquise au cours de ces études.

Cette partie essentielle s'effectue essentiellement au cours de l'**Interrogatoire**, complété éventuellement par l'auscultation, la percussion et la palpation.

Le diagnostic d'exclusion met en évidence les manifestations qui ne sont pas justiciables d'un traitement ostéopathique en première intention.

- ✓ Les affections, nécessitant un traitement médical ou chirurgical d'urgence, dans lesquelles le pronostic vital ou le pronostic fonctionnel sont engagés, sont du domaine de la médecine d'urgence, de la chirurgie ou de l'obstétrique.

Cela ne veut pas dire que dans ces affections, l'ostéopathie n'a aucune action, aucune place ou est inefficace, mais que le traitement ostéopathique ne peut être entrepris seul, sans traitement médical, chirurgical, ou obstétrical préalable ou concomitant.

- ✓ Les affections qui ne répondent pas à un traitement ostéopathique seul, sans traitement médical, chirurgical, ou obstétrical concomitant.
- ✓ Les affections où les autres thérapies sont reconnues beaucoup plus efficaces que l'ostéopathie. C'est le rôle important d'orientation et de conseil du patient, pour que le traitement adapté ne soit pas retardé.
- ✓ Les affections dans lesquelles l'ostéopathie n'a pas d'action manifeste. C'est le rôle important d'orientation et de conseil du patient, pour que le traitement adapté ne soit pas retardé.

Les diagnostics d'exclusion recouvrent donc les affections dans lesquelles l'ostéopathie ne peut pas être une thérapie alternative mais éventuellement une thérapie complémentaire.

En conclusion, l'ostéopathe oriente sa recherche diagnostique vers les structures anatomiques dont la modification de mobilité est à l'origine du trouble fonctionnel, et sur les compensations que l'organisme suscite. L'identification de la cause définit le travail thérapeutique. Il est

nécessaire d'avoir le diagnostic pour pouvoir commencer le traitement. La démarche diagnostique est donc forcément obligatoire et préalable à la démarche thérapeutique.

1.2. LE DIAGNOSTIC ETIOPATHIQUE

C'est un raisonnement de type « cause à effet ». Il correspond à la démarche qui conduit des données obtenues par l'anamnèse vers le **mécanisme qui a pu produire les signes** présentés par le patient, et il sera confirmé par les examens palpatoire et dynamique.

Lors de l'anamnèse, l'ostéopathe s'intéressera moins aux modalités des symptômes qu'aux événements contemporains ou antérieurs à son apparition. Il sera par contre très attentif à tout ce qui aurait pu arriver sur les structures anatomiques impliquées dans la génèse du problème.

Secondairement, par le même mécanisme, on peut remonter à la cause principale de tous les signes ou de tous les troubles fonctionnels présentés et décrits par le patient. Cette seconde démarche est qualifiée d'étiopathique, car elle **recherche la cause primaire**. Elle analyse pour cela les différentes relations de la structure incriminée avec son entourage : système de soutien (ou lien mécanique), innervation (ou lien neurologique) et vascularisation (lien vasculaire) et établit la suite ostéopathique.

Le diagnostic étiopathique fait le **lien entre l'anatomie** (structure à la mobilité perturbée), la **physio-pathologie** (la fonction perturbée), et l'**expression du trouble fonctionnel**.

1.3. LE DIAGNOSTIC PALPATOIRE

Vient ensuite la confirmation ou modification des précédents diagnostics par les **Examens Visuel, Neurologique, Statique, Dynamique, Palpatoire**, puis les **Tests de Cinématique**, avec l'**Identification** des (ou de la) **Structures Douloreuses et l'Etude Clinique**.

Le diagnostic palpatoire est axé sur le concept ostéopathique, c'est-à-dire étymologiquement et sémantiquement sur l'analyse sensorielle de la mobilisation des structures du patient.

Le diagnostic palpatoire traduit la perception qu'a le praticien de la modification de mobilité d'une structure de l'organisme. Il détermine, dans la mesure du possible, les **tissus responsables** et l'**orientation spatiale** de cette **modification de mobilité**.

Il est sans parallèle avec le diagnostic positif que va établir un médecin qui examine un patient. En effet, le diagnostic positif est la synthèse sur un mode physiologique de l'ensemble des signes présentés par le patient. Or, ces signes ne sont le plus souvent que le reflet de la réaction de l'organisme au problème de santé et ils évoquent rarement l'origine anatomique du dérèglement.

Après ces étapes, et uniquement après, sont définis les **Conduites A Tenir**, et implicitement les **Indications ou Contre-Indications** du Traitement Ostéopathique, et/ou les orientations adéquates.

Et enfin, la dernière partie qui est éventuellement l'**application des techniques ostéopathiques**.

7 INNOCUITE DE LA METHODE

L'innocuité de la méthode résulte de la qualité de l'enseignement, au décours duquel l'ostéopathe est capable de porter un diagnostic, et au cours duquel l'ostéopathe effectue un apprentissage, tout au long des 5200 H du cursus, de la maîtrise du geste.

Nous ne parlons que des praticiens correspondant aux critères de cursus que nous défendons, celui d'OstéoBio pour la formation initiale et de l'EOG pour la formation alternée, ainsi que ceux issus de toutes les écoles aux cursus similaires.

Dans ces conditions, le facteur « praticien dépendant » est quasi inexistant.

Il reste néanmoins le facteur « patient dépendant », mais les statistiques sont là pour montrer un facteur « bénéfique / risque » tellement élevé qu'il est impossible de priver les patients de ces techniques de prévention et de soins lorsqu'elles sont assorties des règles de sécurité incluses dans les cursus.

Pour des pathologies similaires et en terme de sécurité et d'efficacité, que valent les manipulations vertébrales comparées aux autres traitements ?

En se basant sur les meilleures sources disponibles, nos confrères chiropraticiens ont calculé, pour le traitement de conditions similaires, que **le risque de complication grave ou de mort est 100 à 400 fois plus grand pour les AINS que pour les manipulations cervicales.**

Pour une pathologie similaire :

Le risque après une utilisation d'AINS est de 0,04%.

Le risque après une manipulation cervicale est estimé à 0,00025%.

Ce risque très faible est pourtant calculé dans une période où nos professions ne sont pas encadrées et dont les enseignements ne sont pas aussi rigoureux que le cursus proposé et réclamé uniquement par l'AFC, l'AFO, le SFDO, le SNOF et l'UFOF.

Si, comme nous le souhaitons, notre cursus est validé et conditionne l'accréditation des écoles l'appliquant, ce risque faible, mais potentiel, diminuera encore et élèvera nos pratiques au rang des plus sûres.

Le rapport du Professeur Vautravers, rappelé en annexe, confirme ces chiffres, et les minimise puisque notre pratique exclut depuis ses origines les manipulations décrites par le Professeur. Celles-ci ne font pas partie des cursus que nos organisations défendent, et notamment l'AFO pour ce qui la concerne.

De même des recommandations, analogues à celles de la SOFMMOO (rappelées en annexe), sont enseignées et respectées par l'ensemble des ostéopathes et chiropracteurs. Néanmoins, celles de la SOFMMOO sont critiquables ne tenant pas compte de la douceur, sûreté et précision qui caractérisent nos actes. Actes qui ne sont appliqués qu'en dernier ressort d'un protocole précis.

Il en va de même des recommandations de l'ANAES concernant les radiographies avant les manipulations vertébrales. Ces recommandations de bonnes pratiques sont enseignées et respectées par l'ensemble des ostéopathes et chiropracteurs. Et notamment, lorsque les consultations sont consécutives à des traumatismes récents ou anciens.

8 CONCLUSIONS

Le "phénomène ostéopathie" est incontournable :

- 30 % de la population consultent,
- l'efficacité est réelle,
- la population est de plus en plus en quête de soins "naturels" avec un contact physique et une écoute psychologique,
- le coût est nul pour la Sécurité Sociale,
- les économies sont réelles du fait de l'efficacité des soins pratiqués,
- l'ostéopathe "auxiliaire médical" serait un non sens parce que cela signifierait :
 - l'obligation d'une "convention " avec la Sécurité Sociale, ce qui serait une aberration dans le contexte actuel des revendications des professions de santé,
 - la dépréciation du niveau d'études
 - le renoncement à la responsabilisation des patients
 - aller à l'encontre de l'évolution de la politique de santé actuelle
- les cursus nous confère une formation théorique et un savoir-faire pratique ostéopathiques de haut niveau et de qualité.
- nous avons une formation complète pour l'accès au patient en première intention.

L'Association Française d'Ostéopathie (AFO), l'Association des médecins Ostéopathes de France, le Syndicat Français des Ostéopathes (SFDO), le Syndicat National des Ostéopathes de France (SNOF) et leurs confrères chiropraticiens de l'AFC se réunissent régulièrement depuis plusieurs mois et partagent l'objectif suivant pour l'instauration des professions d'ostéopathes et chiropraticiens :

- Profession de santé de première intention
- Subordination à aucune autre profession de santé
- Formation de 3^{ème} cycle

C'est la reconnaissance de la qualité de l'enseignement actuel défendu par nos associations qui est la clé pour que les Pouvoirs Publics entérinent les conditions, de fait et d'exercice de nos professions.

L'obligation d'appliquer cet enseignement déterminera le paysage des établissements agréés par les Administrations de la Direction Générale de la Santé et de l'Education Nationale, et résoudra le problème de la prolifération actuelle de centres d'enseignement ne permettant d'assurer un niveau d'étude convenable et, implicitement, ni d'assurer la qualité du service et de la sécurité des patients.

9 ANNEXES

A) PROTOCOLE CLINIQUE

- 1) INTERROGATOIRE
 - a. PATHOLOGIES ORGANIQUES D'EXCLUSION
 - b. PATHOLOGIES MECANIQUES D'EXCLUSION
 - c. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS BIOMECANIQUES
- 2) IMAGERIE MEDICALE ET EXAMENS PARACLINIQUES
- 3) L'EXAMEN VISUEL
- 4) EXAMEN NEUROLOGIQUE
- 5) EXAMEN STATIQUE ET DYNAMIQUE
- 6) EXAMEN PALPATOIRE GENERAL
- 7) TEST DE CINEMATIQUE
- 8) IDENTIFICATION DES (OU DE LA) STRUCTURES DOULOUREUSES
- 9) ETUDE CLINIQUE
- 10) CONDUITES A TENIR
- 11) INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT OSTEOPATHIQUE
- 12) APPLICATION DES TECHNIQUES OSTEOPATHIQUES OU ORIENTATION

B) PROTOCOLE D'APPLICATION DES TECHNIQUES

Les techniques mécanistes sont décrites et étudiées en Ostéopathie suivant un protocole constant. Pour chacune d'elles, nous établissons successivement son but, l'attitude du patient, l'attitude du praticien, le positionnement du malade, la prise de contact et la manipulation proprement dite qui comporte le temps de mise en tension et celui de réduction.

Chaque technique présente ses particularités, mais il est intéressant de constater que, pour chaque catégorie, il existe un ensemble de points communs. C'est la raison pour laquelle nous les envisagerons une à une dans les paragraphes suivants.

Avant de parvenir à ce stade, il est utile de dire quelques mots concernant le rôle du praticien dans l'exécution d'une technique.

L'ostéopathe doit être en mesure de percevoir avec ses doigts une multitude d'informations qui guide sa recherche au temps préliminaire de la palpation et pendant celui de la mise en tension. Ces informations accumulées jusqu'à l'instant de la réduction, définissent celle-ci de manière formelle. La réduction, ses axes, son impulsion, sa synchronisation, sa durée, son intensité, sont déjà vécus et mémorisés avant même d'être exécutés. *L'impulsion n'est que l'actualisation soudaine de tout un ensemble d'informations.*

Le bon praticien n'est pas celui qui agit aveuglément en appliquant des connaissances théoriques acquises, qui exécute une méthode en fonction d'axes décrits une fois pour toutes quoique toujours approximatifs, ou bien qui, sûr de lui, emploie la force pour se montrer son efficacité.

Le bon praticien est celui qui sait, qui sent, qui cherche, qui analyse et dont l'acte est doux, sûr et précis.

Le rôle de l'apprentissage est déterminant pour une bonne application. Il est inutile de préciser l'impossibilité de parvenir à un niveau correct sans y avoir recours. La correction, la répétition, la progression logique sont les trois gages de la connaissance du geste dans l'ensemble des techniques.

La sensibilité, la spontanéité, et bien d'autres qualités essentielles, s'acquièrent également par un enseignement bien dirigé.

Enfin, n'oublions pas que l'application d'une technique reste la concrétisation d'un diagnostic qui réclame la mise en œuvre de larges connaissances et d'une méthodologie propre à l'Ostéopathie. L'attitude de l'ostéopathe, sa présentation, sa statique, son positionnement sont les premières bases sur lesquelles peut s'appuyer une bonne évolution pratique. Il est malheureusement difficile de décrire point par point ces différents éléments sans alourdir considérablement le protocole de chaque technique. Il est évident que cette connaissance relève presque exclusivement du domaine de l'enseignement pratique.

Dans le cadre de cette contribution, nous définissons, ci-après, les techniques directes, semi-directes et indirectes.

Ces techniques sont décrites pour le système ostéo articulaires, mais elles sont totalement adaptables aux autres systèmes.

1) LES TECHNIQUES DIRECTES

Dans cette catégorie, un ou deux contacts sont pris directement sur l'article ou le groupe intéressé.

La mise en tension s'effectue uniquement par l'intermédiaire du ou des contacts. Il n'existe aucun bras de levier intermédiaire. La poussée réductrice doit être orientée et délivrée de telle sorte qu'elle normalise à elle seule le couple de force fixant l'articulation dans une situation inadéquate, et qu'elle restabilise le système par rapport à son centre mécanique physiologique.

Ces techniques sont extrêmement précises et ont l'avantage de ne pas réclamer un positionnement souvent inconfortable pour le patient. Elles ont également pour mérite de ne mettre en jeu qu'un niveau bien déterminé, le reste du rachis étant en relaxation totale.

Ces qualités de spécificité et de précision s'alliant à une grande efficacité en font un moyen thérapeutique électif chaque fois qu'elles peuvent être employées.

Leur inconvénient majeur réside dans leur difficulté d'exécution et par conséquent dans l'apprentissage élaboré qu'elles réclament.

Leur exécution nécessite également l'emploi d'un matériel adapté. Leur efficacité réside, en effet, dans la vitesse communiquée, à l'instant de son déclenchement, à la poussée réductrice. Cette vitesse initiale ne doit, en aucun cas, être confondue avec les notions de puissance, de force, d'écrasement ou de brutalité...

La poussée réductrice doit tendre simultanément vers la plus grande vitesse initiale au moment du déclenchement, vers l'instantanéité et vers le plus court déplacement dans l'espace au cours de l'exécution.

C'est ce qui confère leur capacité de réduction ; le couple ligamentaire est « surpris », elles devancent toute réaction et ne sont précédées par l'installation d'aucune défense. C'est aussi ce qui confère leur grande valeur réflexe.

D'où la nécessité de l'emploi, pour l'exécution de la plupart d'entre elles, d'un coussin d'évitement lombo-sacré, thoracique ou cervical qui, en s'effaçant dès que la pression minimale désirée est atteinte, permet d'obtenir une régulation et une sécurité maxima.

La retenue du coussin d'évitement doit pouvoir être réglée en fonction du poids du patient, de son âge, de sa morphologie, de l'état de la zone intéressée et enfin du degré de fixation de la lésion considérée. Cette mise au point doit retenir toute l'attention de l'ostéopathe.

Prise de contact

La prise de contact succède au réglage du coussin d'évitement.

Dans les techniques directes, les contacts employés intéressent soit une apophyse transverse ou épineuse, soit un massif articulaire. Lorsqu'un groupe de plusieurs vertèbres présente une lésion globale, un contact plus étendu peut être pris sur l'ensemble des transverses intéressées.

Le contact choisi induit obligatoirement une spécificité dans le mode d'application de la technique. C'est ainsi qu'un contact ponctuel amène la recherche d'une plus grande vitesse initiale et d'une moindre pression alors qu'un contact étendu implique une vitesse initiale plus restreinte et une pression plus importante.

Le contact doit être établi avec soin après avoir procédé à l'élimination de la possibilité du déplacement cutané dans le sens de la réduction. La non-observation de cette règle risque de provoquer un « ripage » au moment du temps de réduction et d'annuler l'effet ou de le rendre traumatisant. Le contact doit également être pris sur la surface osseuse située sur l'axe de réduction, de manière qu'elles fournissent une stabilité à la mise en tension et à l'impulsion.

Nous voyons que le temps de « prise de contact » nécessite toute une application de la part de l'ostéopathe.

Mise en tension

La mise en tension reste le temps fondamental de toute technique. De la bonne mise en tension dépend la bonne réduction. Cette règle n'échappe pas aux techniques directes.

La mise en tension présente des caractéristiques différentes suivant la catégorie considérée. Dans les méthodes de réductions directes, elle présente des points particuliers, suivant qu'il s'agisse de techniques à contact simple ou double.

Dans le cas d'un contact simple, c'est-à-dire unique, l'ostéopathe ne peut dépasser, lors de sa recherche, une pression relativement faible sans risquer de créer des phénomènes de compensation à différents niveaux, ce qu'il faut savoir éviter. Dans ces techniques, la mise en tension doit s'effectuer avec la plus grande légèreté, la plus grande douceur et la plus grande précision. Lorsqu'elle est réalisée, l'axe de réduction doit être parfaitement défini. Ne pas respecter ces données équivaut à modifier complètement la valeur de la technique et à transformer en une agression traumatisante et dangereuse.

Dans la méthodologie mise au point par B.J. PALMER, la mise en tension arrive à être totalement absente. C'est l'exception. L'axe de réduction est acquis par l'examen, mémorisé et réactualisé lors de l'impulsion.

Dans le cas d'une technique directe à double contact, le temps de mise en tension est, en général, beaucoup plus affirmé. Le fait qu'un deuxième point de pression existe lors de sa réalisation, crée un couple de forces compensatoires qui permet d'exécuter une recherche beaucoup plus « profonde », tout en maintenant l'ensemble du système intéressé dans les conditions nécessaires pour la parfaite réalisation du temps de réduction. La recherche peut donc être faite dans la plupart des cas, jusqu'à l'obtention d'une mise en tension optimale, ce qui n'est pas applicable aux techniques à contact unique.

Nous avons déjà souligné le fait qu'une réduction ne s'obtenait qu'à partir d'une bonne mise en tension. Seule sa recherche permet d'établir avec exactitude l'axe de réduction spécifique à chaque lésion.

Réduction

Le temps de réduction est en continuité avec celui de la mise en tension. Dans les techniques directes, l'impulsion qui le caractérise est très mesurée, très limitée dans le temps et dans l'espace. Elle s'inscrit sur l'axe élaboré lors de la mise en tension.

Nous avons déjà signalé que l'élément principal pour la réussite du temps de réduction, résidait dans la recherche de la plus grande vitesse initiale et que le choix du contact était également un élément déterminant.

En dehors de ces facteurs, la vitesse initiale, la pression, le déplacement, la durée, sont établis en fonction de la nature de la lésion, de l'âge, de la morphologie et de l'état local et général du patient.

2) LES TECHNIQUES SEMI-DIRECTES

Ce sont les plus nombreuses dans l'arsenal thérapeutique de l'ostéopathe.

Elles présentent l'avantage de combiner la plupart des qualités des techniques directes à celles des indirectes. Leur sélectivité et leur précision, alliées à leur douceur et à leur contrôle aisé, en font un moyen de choix pour la réduction d'une très grande gamme de lésions.

Leur mode de mise en tension permet leur réalisation dans des conditions mécaniques optimales. L'ouverture des surfaces articulaires dans le sens de la réduction, simultanément à la mise en tension sélective des couples ligamentaires intéressés, permet de les concrétiser grâce à une impulsion souvent minime au niveau du contact.

Une loi règle leur application

« La mise en tension qui précède la réduction doit être totale, sélective et respecter scrupuleusement la règle de la non-douleur. »

Si cette loi n'est pas applicable, il faut recourir à une autre technique.

Si cette loi n'est pas respectée, le praticien s'expose au mieux à l'échec, habituellement à une forte réaction, au pire, à l'accident.

L'insuffisance de la mise en tension rend le temps de réduction aveugle. Sa non sélectivité disperse l'impulsion en tout sens et à tous niveaux. Le non-respect de la règle de la non douleur rend le praticien coupable.

Enfin, sur le plan réflexe, si leur activité reste certaine, elles n'en sont pas moins très nettement inférieures aux techniques directes.

Dans leur exécution, nous distinguons toujours le rôle de la main de contact en rapport direct avec l'article intéressé, et celui de la main de soutien, de contre appui ou de positionnement qui participe largement au temps de mise en tension et, à un moindre degré, à celui de réduction.

Le positionnement

Ce temps n'existe pas dans le protocole de toutes les techniques semi-directes. Il est quelquefois confondu avec celui de la prise de contact.

Dans certaines techniques, son rôle est très important, puisqu'il permet de placer le malade ou la région intéressée dans la position qui va permettre la mise en tension et la réduction.

Le positionnement doit, comme la mise en tension, respecter la règle de la non douleur. Nous devrions même dire qu'il doit respecter la règle du confort du malade. Un positionnement difficile, douloureux, même à des niveaux très éloignés de la zone de réduction, et à plus forte raison au niveau de celle-ci, entraîne l'appréhension, la défense, la réaction locale. Il rend la technique inefficace et agressive. La douleur qui l'accompagne peut être considérée comme le test de contre-indication formelle de la technique.

La prise de contact

Comme pour les techniques directes, la prise de contact représente un temps très important dans le protocole de la manipulation.

Il doit toujours être aussi précis et assuré que possible, c'est-à-dire qu'il doit être « bloqué » dans le sens de la réduction, pour ne pas risquer de présenter un « ripage » au moment de l'impulsion.

Le choix du contact, dépend de l'article concerné, de la nature de la lésion, de l'état local et général du patient, etc.

Une technique définie appelle le plus souvent un contact qui lui est propre, à ses quelques variantes près. On peut donc dire que, dans une certaine mesure, le choix de la technique détermine le choix du contact et que, réciproquement, le choix du contact détermine le choix de la technique.

La mise en tension

C'est le temps « test » de l'indication de la technique, c'est également le temps dont dépend toute sa bonne réalisation.

Dans les techniques semi directes, la recherche de la mise en tension s'effectue de façon synergique par la main de soutien et par l'intermédiaire du contact spécifique.

Comme dans les autres catégories, son élaboration est délicate, empreinte de finesse et de réceptivité. L'art de l'ostéopathe consiste à harmoniser parfaitement la recherche de la main de positionnement à celle dirigée au niveau du contact.

La mise en tension doit toujours être amenée à son degré optimum, sans provoquer aucune sensation douloureuse ni aucune réaction de défense.

En dehors de ses rapports indicatif, sélectif et mécanique, c'est par elle, avant tout, que l'ostéopathe peut définir, « réaliser », l'axe spécifique sur lequel sera dirigée l'impulsion du temps de réduction.

La réduction

Le temps de réduction est, en fait, la continuation du temps de mise en tension, spécifié par l'impulsion communiquée au niveau du contact, sur l'axe qui vient d'être mis en évidence.

La réduction est acquise par un travail simultané des deux mains. L'une communique l'impulsion au niveau du contact, alors que l'autre, dans le même temps, maintient le degré optima de la mise en tension.

L'impulsion, comme le maintient, sont calculés et exécutés en fonction des caractéristiques de la lésion et du malade. Ils peuvent être très fins, infimes et permettre le résultat. Dans d'autres cas, ils demandent l'emploi d'un principe d'action qui devra toujours être réduit au minimum.

Précision et netteté valent mieux que force.

Moins le temps de réduction est caractérisé, meilleurs sont la finesse de l'exécution et l'art de l'ostéopathe.

3) LES TECHNIQUES INDIRECTES

Dans cette catégorie, la mise en tension et la réduction se font uniquement à l'aide de bras de levier fournis par les membres supérieurs et inférieurs, les ceintures scapulaire ou pelvienne, ou bien encore, grâce à des points d'appuis plus ou moins distants de la lésion.

Pour atteindre un niveau de spécificité acceptable, ces techniques doivent être appliquées avec soin par un praticien capable de résoudre toutes les difficultés qu'elles comportent.

Elles réclament un positionnement précis et une mise en tension spécifique. Lorsque ces deux temps sont correctement exécutés, la réduction n'est plus, en général, qu'une formalité.

Ces techniques se trouvent dépréciées par le fait que, quelques-unes d'entre elles sont utilisées couramment par des personnes sans formation suffisante, ignorant tout de leur protocole d'application et du diagnostic fondamental sur lequel repose leur choix.

Même mal appliquées, elles permettent souvent la réalisation d'un « craquement », c'est leur principal défaut...

Les techniques indirectes offrent pourtant de réels avantages. Certaines d'entre elles, profondément élaborées, sont d'une complexité équivalente dans leur application. Cela est largement compensé par leur spécificité, leur douceur et les résultats qu'elles permettent d'obtenir.

Le positionnement

Bon nombre de techniques indirectes réclament un positionnement complexe du malade.

Ce positionnement a pour but de permettre au praticien la mise en valeur des « leviers » qui vont lui être nécessaires pour obtenir la réduction. Le positionnement va également apporter la fixation d'un segment, ce qui rend possible la localisation de la technique.

Ce temps doit être exécuté dans les règles. Un mauvais positionnement, au départ, amène fatalement une mauvaise mise en tension. De la finesse dans le positionnement du malade dépendra la réussite de la technique.

Le positionnement doit être indolore. Il doit même apporter un début de soulagement au patient. Il est impossible d'effectuer correctement une technique dont le premier temps de réalisation est douloureux. Il s'agit là d'un véritable test sur la bonne indication de la méthode choisie.

Lorsqu'au cours de son déroulement, par suite d'un incident quelconque, une technique doit être reprise, le positionnement du malade doit toujours être rétabli à partir de la position première.

La mise en tension

Le malade étant bien positionné, les bras de leviers nécessaires à la réduction se trouvent dégagés, à la disposition de l'ostéopathe. Avec la seule aide de ceux-ci, le praticien va fixer les zones sous et sus-jacentes à l'article intéressé et rechercher la mise en tension spécifique à la lésion considérée, ce qui induit les axes de réduction.

Il n'existe jamais d'axes formels à appliquer systématiquement lors de l'exécution d'une technique. Chaque lésion possède ses propres axes de réduction et c'est au praticien, lors de la recherche de la mise en tension, de les découvrir.

Sous ces conditions, ce temps peut amener à lui seul, bien souvent, la réduction.

La mise en tension doit, comme le positionnement, être indolore et apporter un soulagement au patient. C'est le deuxième test du bon choix de la technique.

La réduction

Lorsque la mise en tension n'a pas abouti à une réduction « spontanée », le praticien doit solliciter la participation du patient sur un ou sur les différents bras de leviers à sa disposition.

Cette sollicitation est toujours contrôlée de sorte qu'elle soit la plus légère en fonction du résultat à obtenir. Le temps de réduction est l'actualisation de cette mise en tension.

C) BENEFCES/RISQUES DE LA METHODE ET RECOMMANDATIONS DIVERSES

1) De l'innocuité des manipulations chiropratiques, par Philippe Fleuriau, DC

La recherche concernant l'efficacité des manipulations vertébrales a abouti à une certaine reconnaissance de leur utilisation par des organismes indépendants au Canada, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, et au Danemark, avec pour résultat l'intégration croissante des chiropraticiens dans les systèmes de santé officiels. Cette acceptation a soulevé un intérêt accru quant aux possibles complications des manipulations vertébrales et, en particulier, à l'éventualité d'une dissection artérielle suite à une manipulation cervicale.

Les accidents vertébro-basilaires ischémiques (AVBI) sont une des complications connues, bien qu'extrêmement rares, des manipulations vertébrales. Le mécanisme impliqué est encore sujet à bien des débats, mais la littérature disponible suggère en général la dissection de l'artère vertébro-basilaire comme le mécanisme le plus plausible.

Afin d'étudier les connaissances actuelles de ce mécanisme pathogène, sa fréquence réelle, les facteurs de risque, dont les manipulations, et le pronostic, nous avons choisi d'étudier la littérature scientifique de langue anglaise ayant trait aux AVBI associés aux dissections spontanées et aux occlusions non-athéromateuses. L'effort a été accentué afin d'évaluer les liens de causalité entre la dissection vertébro-basilaire et les facteurs aggravants potentiels, manipulations et autres.

Avec l'assentiment de l'Institutional Review Board du Canadian Memorial Chiropractic College de Toronto (Ontario), une analyse des dossiers des plaintes en Responsabilité Civile de la Canadian Chiropractic Protective Association (CCPA : Assurances professionnelles) fut entreprise pour évaluer toutes les plaintes ayant été déposées pour accidents vasculaires suite à un traitement chiropratique durant la période 1988-1997. Il y a plus de 4500 chiropraticiens autorisés à exercer au Canada. **La probabilité qu'un chiropraticien soit responsable d'une dissection artérielle suite à une manipulation cervicale est, approximativement, de 1 sur 8,06 millions de consultations, de 1 sur 5,85 millions de manipulations cervicales, de 1 sur 1430 années de pratique chiropratique, et de 1 sur 48 carrières chiropratiques.** C'est considérablement moins que ne l'avaient estimé les neurologues en annonçant des probabilités d'accidents vasculaires de 1 sur 500000 à 1 sur 1 million de manipulations cervicales. Ces résultats confirment également les conclusions d'une récente revue de la littérature médicale dans laquelle les patients « à risque » pour ce type de complications ne pouvaient être identifiés.

Bien qu'une relation entre la manipulation et la dissection de l'artère vertébrale existe clairement, la majorité des cas rapportés ne sont pas associés avec la thérapie manipulative cervicale. D'après les informations disponibles, la dissection vertébro-basilaire se produit le plus souvent spontanément.

Le lien de causalité entre les AVBI et un quelconque facteur déclenchant ne peut être considéré comme certain en se basant sur les évidences produites. La question est de savoir si oui ou non la manipulation cervicale présente plus de risque de dissection vertébro-basilaire que certaines activités de la vie quotidienne.

Toutes les études ayant évalué l'incidence des accidents vertébro-basilaires (AVB) suite à manipulation cervicale que nous avons rencontrées s'accordent sur une probabilité de 1 à 3 accidents par million de traitements

Le risque de complication neurologique sérieuse [suite à manipulation cervicale] est extrêmement faible, et est approximativement de 1 à 2 par million de manipulation cervicale ».

En nous basant sur ces études, nous avons conclu que l'estimation la plus raisonnable quant aux risques d'AVB suite à manipulation cervicale était de 0.5 à 2 accidents par million de manipulations cervicales effectuées. En se basant sur les meilleures données scientifiques disponibles, nous pensons que l'on peut raisonnablement estimer **le taux de mortalité, chez les patients ayant recours aux manipulations cervicales pour des cervicalgies, à 0,00025%**.

Beaucoup de tests de dépistage utilisés consistent à mettre les vertèbres cervicales dans une position de rotation et d'extension. Les variantes de ce test sont connues sous différentes appellations : Test de rotation et d'extension cervicales, test de DeKleyn, test de Houle, manœuvre fonctionnelle de l'artère vertébrale (test de George). **Le problème avec ces tests est l'interprétation et la compréhension de leurs résultats positifs ou négatifs.** Et ceci est particulièrement vrai quant à leur fiabilité pour déterminer si l'on doit pratiquer un ajustement cervical ou pas.

En fait, comme l'énonce Ferezy : **« l'ajustement cervical prudent et avisé, effectué dans le but de normaliser la fonction articulaire biomécanique inter segmentaire, peut très bien soulager la tension supportée par les artères vertébrales, et dans ce cas, prévenir d'autres épisodes ischémiques et non pas les causer ».** { Par son expérience , l'auteur ayant observé beaucoup de patients qui avaient des symptômes d'AVB en ont été délivré par des ajustements cervicaux ; son opinion étant que les bénéfiques des ajustements cervicaux surpassent de très loin les risques, une fois certaines précautions prises.}

La seule manière d'établir la véritable incidence des dissections artérielles suite à une manipulation vertébrale et la possibilité de dépister les patients prédisposés, serait de conduire des études où les neurologues et les chiropraticiens travailleraient ensemble. Ne pas coopérer dans de telles recherches aboutirait à donner au patient une information embrouillée et conflictuelle, et réduirait la possibilité que ces complications soient évitées.

Manipulation cervicale vs AINS :

En dépit de leur utilisation largement répandue et de leur innocuité apparente, les AINS comportent des risques significatifs de complications graves. Les effets secondaires les plus courants et les plus graves des AINS sont les hémorragies et les ulcères gastro-intestinaux (UGI). Il est estimé, à n'importe quel moment, que le risque pour un patient sous AINS de contracter un ulcère gastrique est de 10% à 20%, un taux 5 à 10 fois plus grand que chez un patient ne les utilisant pas; Il a été estimé le taux de mortalité, dû aux complications gastro-intestinales chez les patients soignés pour de l'arthrose par des AINS à 0,04% par an, soit 3200 morts par an aux USA.

Comme nous l'avons précédemment énoncé, les meilleures sources disponibles suggèrent que le risque d'une sérieuse complication neuro-vasculaire survenant après une manipulation cervicale est approximativement, de 1 accident pour 100000 patients recevant un traitement classique pendant un an, soit 0,001%. Le risque de mort survenant après une manipulation cervicale est estimé à 1 pour 400000 patients recevant un traitement classique pendant 1 an, soit 0,00025%. Le risque d'une complication gastro-intestinale grave exigeant une hospitalisation due à une utilisation d'AINS pour une condition similaire (arthrose) est de 0,4% par an. Le risque de mort dû à une hémorragie ou à une perforation d'ulcère attribuées aux AINS est de 0,04%. Par conséquent, en se basant sur les meilleures sources disponibles, nous avons calculé, pour le traitement de conditions similaires, que **le risque de complication grave ou de mort est 100 à 400 fois plus grand pour les AINS que pour les manipulations cervicales.**

Quand on débat des évidences ou des risques liés aux manipulations vertébrales, il est important de replacer cette méthode de traitement dans un contexte approprié. Nous devrions éviter les questions abstraites du genre : « Les manipulations sont-elles efficaces ? » ou « Les manipulations sont-elles sans danger ? ». Il est bien plus judicieux de se demander : « Pour des pathologies similaires et en terme de sécurité et d'efficacité, que valent les manipulations vertébrales comparées aux autres traitements ? »

Dans le climat médical et médiatique actuel où l'on voue aux gémonies les manipulations cervicales, on devrait plutôt s'interroger sur la prolifération des traitements dits « conventionnels » tels que les AINS ou la chirurgie. Les meilleures études disponibles indiquent que les manipulations cervicales sont une des thérapies les plus sûres et qu'elles ne doivent pas être considérées comme dangereuses. Même le plus conservateur des traitements médicaux pour les cervicalgies, la prescription d'AINS, comporte plusieurs centaines de fois plus de risques de provoquer des complications graves et même mortelles.

2) Recommandations de la SOFMMOO

Prévention des accidents vertébro-basilaires après manipulation cervicale

Introduction

Les textes et communications présentés aux 10^{èmes} Actualités Médicales du Rachis soulignent la possibilité de survenue d'un accident vasculaire après une manipulation cervicale. Ces accidents sont très rares : leur fréquence, telle qu'elle apparaît dans la littérature, peut être estimée à environ un cas sur un million de manipulations. Mais ils peuvent être graves. De plus, il est probable qu'il existe des cas mineurs, comportant simplement un état vertigineux ou nauséux pendant deux à trois jours après la manipulation, l'ensemble régressant spontanément. Ces cas pourraient correspondre à un simple spasme vasculaire. Ils ont cependant valeur d'alerte et doivent rendre prudent quant aux modalités d'un traitement ultérieur.

Au cours de cette table ronde, l'un des intervenants a insisté sur les modifications anatomiques qui prédisposent à ce type d'accident, à savoir une hypermobilité en C1-C2 associée avec une boucle artérielle vertébrale C1-C2 trop peu développée. Malheureusement, cette anomalie n'est pas détectable de façon simple. Les manipulations le plus souvent en cause semblent être celles où la composante rotatoire est importante, puisqu'elle met directement en tension l'artère vertébrale.

Enfin, il y a eu unanimité pour considérer que les tests pré-manipulatifs n'avaient pas de réelle valeur prédictive.

Puisque ce type d'accident est totalement imprévisible, la seule façon d'en diminuer la fréquence est de diminuer le recours aux manipulations cervicales, en particulier celles qui utilisent la rotation. C'est la femme de moins de 50 ans qui paraît le plus souvent atteinte par ce type de complications. C'est donc sur elle que doit se focaliser la prévention.

Les recommandations de la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathe sont les suivantes :

Première recommandation

Au cours de l'interrogatoire, il est essentiel de questionner la patiente afin de savoir si elle a déjà eu un traitement par manipulation cervicale et si ce traitement a été suivi d'effets indésirables, en particulier vertiges ou état nauséux.

Commentaire : Cette constatation amènerait à contre-indiquer formellement toute manipulation cervicale dans la crainte d'une possible récurrence, éventuellement sur un mode plus grave.

Deuxième recommandation

Devant un ou une patiente présentant une cervicalgie d'apparition très récente, un examen neurologique simple est indispensable afin d'éliminer un accident vertébro-basilaire ischémique en cours de constitution qui, on le sait, peut se manifester par des douleurs cervicales.

Commentaire : Dans ce cas, la douleur est apparue depuis un à deux jours et elle est postérieure ou latérale. Elle s'accompagne souvent de manifestations diverses (céphalées, nausées, petites sensations vertigineuses...). L'examen neurologique doit comporter au moins une étude des réflexes du membre supérieur et, en cas d'anomalie, être plus approfondi.

Troisième recommandation

Les manipulations cervicales sont absolument contre indiquées lorsque la douleur pour laquelle le patient est venu consulter ne peut être rapportée au rachis cervical.

Commentaire : En particulier, il est inacceptable que des patients venus pour une lombalgie voient leur rachis cervical manipulé sous des prétextes divers et contestables. Dans le cas de douleurs dorsales hautes qui peuvent être des douleurs projetées à partir du rachis cervical, il est important de faire constater au patient la présence d'une dysfonction cervicale et de lui expliquer pourquoi on la traite. Il en est de même pour certaines douleurs projetées du membre supérieur.

Quatrième recommandation

Le médecin manipulateur ne doit pas pratiquer de manipulation cervicale s'il n'a pas au moins un an d'exercice continu des techniques manipulatives depuis l'acquisition de son diplôme.

Commentaire : La reconnaissance par l'Ordre d'un diplôme de Médecine Manuelle-Ostéopathie dans un cadre universitaire est, à cet égard, un élément important à prendre en considération.

Cinquième recommandation

Il n'est pas recommandé de recourir aux manipulations cervicales rotatoires chez la femme de moins de 50 ans.

Commentaire : On utilisera plutôt, outre les traitements médicamenteux classiques, des traitements manuels consistant en mobilisations et étirements du rachis cervical, en techniques myotensives, ou en manipulations du rachis thoracique supérieur. Ces manipulations permettent d'étirer et de détendre des muscles aussi importants que les splénius ou les semispinalis dont on sait que l'insertion basse se fait jusqu'en T4-T5 voire T6. Il faut aussi noter qu'il existe des arguments scientifiques pour penser que les manipulations en latéro-flexion cervicale sont sans risque particulier (absence de ralentissement du flux sanguin vertébral mesuré par Doppler lors de la latéro-flexion).

Les techniques en rotation, a priori sans aucun risque chez les sujets de plus de 50 ans, doivent être faites avec beaucoup de douceur et précédées d'une mise en tension poussée pendant environ dix secondes afin d'améliorer la compliance des tissus. En effet, et bien que ceci n'est jamais été montré, il est très probable que le risque vasculaire est proportionnel à la puissance de l'impulsion manipulative.

Enfin, il paraît indispensable d'expliquer au patient la possibilité de vertiges ou de maux de tête après le traitement, dont la survenue nécessiterait de contacter immédiatement le médecin.

3) Rapport du professeur Philippe Vautravers

Les manipulations vertébrales se distinguent des autres thérapies manuelles (massages, mobilisations, techniques neuro-musculaires) par l'impulsion manipulative qui entraîne les surfaces articulaires au-delà de leurs jeux physiologiques habituels.

Les techniques habituellement utilisées en France sont ostéopathiques, à bras de levier long.

Les manipulations cervicales ont fait la preuve de leur efficacité dans les céphalées d'origine cervicale, les cervicalgies subaiguës et chroniques (21). Toutefois, le bénéfice obtenu est à court terme et la signification statistique des résultats reste "limite" et à confirmer.

Le risque d'accidents graves après manipulations cervicales est extrêmement réduit mais réel. Ils peuvent remettre en cause la pratique de ce type de thérapeutique dans la mesure où le rapport bénéfice/risque est discuté.

Les accidents après M.C. rapportés dans la littérature médicale scientifique peuvent être estimés actuellement aux alentours de 200. Ainsi, Acker cité par Gross et coll. (6) recense 134 accidents publiés dans la littérature anglo-saxonne.

Assendelft et coll. en trouvent 182 (1) jusqu'en 1993 inclus. Enfin, Hurwitz (10) rapporte 118 publications anglo-saxonnes d'accidents vertébro-basilaire entre 1966 et 1996.

La plupart des accidents après M.C. sont d'ordre vasculaire. Le plus souvent il s'agit d'accidents dans le territoire vertébro-basilaire (AVB) : 165 observations ont été rapportées. 13 accidents cérébraux dans d'autres territoires ont été également décrits. Enfin, 4 hernies cervicales devenues symptomatiques sont citées.

Les accidents ostéo-articulaires, sans signe neurologique, les fractures, luxations, entorses, les incidents... font plus volontiers l'objet de déclarations auprès des assurances que de publications (11, 18).

Complications neurologiques après manipulations cervicales

Les données de la littérature permettent de dégager quelques éléments concernant ce type d'accidents.

Motifs de consultation

La plupart des patients consultent pour une douleur et/ou une raideur de nuque. Il faut toutefois souligner que dans certains cas le diagnostic n'est pas connu, que le patient est asymptomatique ou que l'indication de la manipulation cervicale est fantaisiste (rhume des foins...).

Praticien responsable

Pour Assendelft (1), 92 des 165 AVB (56 %) sont survenus après des M.C. réalisées par des chiropracteurs, 15 par des "Medical doctor", 8 par des "Doctor of osteopathy", 6 par des kinés, 10 par d'autres personnes et 34 observations ne sont pas détaillées. Sur les 13 accidents vasculaires non vertébro-basilaire, 9 sont survenus après chiropractie.

Hurwitz et coll. dans leur série plus courte (118 cas), mais regroupant vraisemblablement les mêmes patients, constatent que 73 % des accidents surviennent après M.C. effectuées par des

chiropracteurs, 7 % par des ostéopathes, 4 % par des "Medical doctor" et 16 % par d'autres personnes.

Type de manipulation en cause

Dans 55 observations publiées, le type de M.C. est décrit. La manoeuvre responsable de l'accident s'est faite en rotation dans 82 % des cas (10).

Patients

L'âge moyen est de 38 ans
sexe : 84 femmes, 67 hommes.

Type de complication

Mode d'installation

Evolution

Syndrome de Wallenberg : 25 % des AVB
Infarctus cérébelleux ou cérébral : 46 %
Dissection ou spasme de l'artère vertébrale : 19,5 %
Locked-in syndrome : 3 %

Les premiers symptômes de l'insuffisance vertébro-basilaire sont apparus pendant la manoeuvre manipulative ou immédiatement après la manipulation (quelques secondes) dans 69,5 % des cas. Dans 30 % des cas, les patients sont devenus symptomatiques 24 heures ou plus après la manipulation.

Les 165 AVB ont évolué de la façon suivante : décès 29, séquelles neurologiques définitives 86, guérison 44, inconnue 6.

Les décès et séquelles neurologiques graves auraient vraisemblablement pu être prévenus par un diagnostic précoce de l'AVB (20).

Discussion

Fréquence des accidents après manipulations cervicales

L'incertitude est grande en ce qui concerne, d'une part, le nombre de manipulations effectuées par les médecins et par les illégaux et, d'autre part, le nombre d'accidents réels : en effet, ceux-ci sont très sûrement supérieurs aux cas publiés. Robertson (17) estime, en 1981, que 360 cas d'AVB post-manipulatifs n'ont pas été rapportés. Shekelle (19) en 1991, estime qu'aux USA, 1/10e des accidents sont publiés. La publication de Lee (13) confirme cette impression.

Lecocq et Vautravers (11, 12) ont tenté d'estimer la fréquence des accidents post-manipulatifs en France. D'après les données syndicales et celles des différents annuaires existants, 1 000 à 3 000 personnes pratiquent 5 à 15 manipulations par jour. Ainsi, l'estimation minimale du nombre de manipulations effectuées (500 médecins et 500 illégaux effectuant 5 manipulations/jour, 5 jours/semaine, 45 semaines/an) est de 1 million de manipulations vertébrales par an. L'estimation maximale (1 500 médecins, 1 500 illégaux pratiquant 15 manipulations/jour, 250 jours/an) est de 11 millions de manipulations vertébrales/an. Les manipulations cervicales représentant au moins la moitié des manipulations vertébrales réalisées, celles-ci ont été estimées par les auteurs à 5 millions de manipulations cervicales par an en France. L'analyse de la littérature médicale faisant ressortir 1 accident vasculaire post-manipulatif par an, la fréquence de ceux-ci a été ainsi estimée à

1 ACCIDENT (publié) POUR 5 MILLIONS DE M.C.

Dans la littérature, les données sont éparpillées :

Haynes(8) constate moins de 5 accidents pour 100 000 M.C. ; Michaeli (15) rapporte 1 AVB pour 228 050 M.C. ; Gutmann (7) estime de 2 à 3 le nombre d'AVB pour 1 million de M.C. ; Handerson et Cassidy (9) font une estimation de 1 accident pour 1 million de M.C. ; Dvorak (4) ne constate, en Suisse, aucune complication neurologique grave dans la pratique de 460 spécialistes ayant effectué 150 000 manipulations, dans une période donnée. Il estime le risque à un accident grave pour 400 000 à 1 million de M.C.

Très intéressantes sont les données canadiennes, très précises puisque le nombre d'actes manipulatifs des chiropracteurs est plus précisément connu en raison d'un système d'assurance obligatoire de ces praticiens. Ainsi en 5 ans, 13 AVB ont été rapportés. Ceci permet à Carey (3) d'estimer la fréquence des accidents à 1 pour 3,85 millions de M.C. en 5 ans. Si la définition des manipulations est plus large, il estime à 1 accident pour 2 millions de M.C. Shekelle (19), tous accidents chiropractiques confondus, estime la fréquence des accidents à 1 pour 1 million de M.C. Les complications graves sont de 6 pour 10 millions de manipulations, les décès sont inférieurs à 3 pour 10 millions de manipulations.

Ainsi, s'il est possible de donner une estimation de la fréquence, celle-ci se situe vraisemblablement aux alentours d'1 accident pour 1 million de M.C.

Rapport risque/bénéfice

Il faut certes évaluer la fréquence des accidents après M.C., mais il serait intéressant de mieux apprécier le ratio risque/bénéfice des manipulations. Dans ce domaine, Powell (16), neurochirurgien, ainsi que Barr (2), pensent que ce ratio est acceptable pour la lombalgie aiguë et qu'il ne l'est pas au niveau cervical. Lee et coll. (13) confirment cette nécessaire grande prudence dans le domaine cervical. Ces auteurs ont interrogé par questionnaire 486 neurologues californiens. 177 d'entre eux, soit 1/3, ont répondu avoir constaté dans les deux années précédentes (1990-91) 91 accidents survenus dans les 24 heures suivant une manipulation chiropractique. Il s'agissait de 56 AVC (53 AVB), 13 myélopathies et 22 radiculopathies ! Certes, les biais méthodologiques de cette étude sont réels (biais de sélection, absence d'information sur l'état antérieur des patients, sur la raison de la manipulation, sur la technique employée...). Il n'en demeure pas moins qu'elle montre que le nombre d'accidents post-manipulatifs paraît largement sous-estimé.

A l'opposé, il faut rappeler que les autres traitements utilisés dans les cervicalgies sont également responsables de nombreux accidents ; ainsi, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont responsables de 3,2 accidents (hémorragie, perforation, ulcère, décès) pour 1000 patients de moins de 65 ans et de 0,39 accidents pour 1000 patients de plus de 65 ans. Tous âges confondus, les AINS déclenchent un accident grave pour 1000 patients.

Il faut souligner que la chirurgie cervicale est responsable, également, d'un grand nombre d'accidents neurologiques et de décès.

Facteurs prédisposants

Les accidents vertébro-basillaires post-manipulatifs, accidents les plus fréquents, surviennent plutôt chez le sujet jeune, de sexe féminin, sans antécédent particulier.

L'arthrose, en particulier, n'augmenterait pas le risque. L'accident survient souvent lors d'actes manipulatifs où existe une importante composante rotatoire, qui met directement en tension l'artère vertébrale. Dans les accidents rapportés dans la littérature médicale, la manipulation est le plus souvent chiropractique sans que l'on puisse affirmer actuellement que la spécificité de ce type de techniques soit la cause de l'accident. Lors des tests vasculaires proposés pour dépister une IVB, le "thrust" ne peut être reproduit et il existe par ailleurs des faux négatifs. Les accidents vertébro-basilaires peuvent ainsi être parfaitement imprévisibles, alors que les accidents vasculaires non vertébro-basilaires, ainsi que les autres accidents cervicaux, sont le plus souvent liés à une négligence ou à la méconnaissance d'un état antérieur, au non respect d'une contre-indication.

Les accidents post-manipulatifs étant imprévisibles, le principe de précaution commande de diminuer le recours aux manipulations cervicales.

Dans ce but, la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique a émis 5 recommandations (Voir annexe 9C2).

Conclusion

Le risque d'accidents après manipulations cervicales est extrêmement faible. Toutefois, la gravité de ceux-ci et les séquelles neurologiques doivent faire réserver ce type de thérapeutiques à des indications très précises relevant de médecins praticiens chevronnés, seuls en mesure d'en poser les indications et d'en respecter les multiples contre-indications en fonction de l'anamnèse et de l'examen.

D) EVOLUTION DE L'OSTEOPATHIE

L'évolution, depuis l'ostéopathie originelle, tient à l'actualisation des trois assertions émises par A.T. STILL : l'unité du corps, la structure gouverne la fonction et la suprématie de l'artère, et à la vérification systématique de toutes les actions thérapeutiques manuelles, à la lumière de la théorie des systèmes, de la cybernétique, et de toutes les sciences fondamentales

L'ostéopathie européenne, née à la fin des années 1960, est une recherche fondamentale visant à établir une relation de causalité entre les phénomènes pathologiques présentés par les systèmes biologiques et leur structure, ceux-ci étant considérés comme des systèmes de systèmes en interaction avec leur milieu extérieur.

Ce mode de raisonnement systémique permet d'aborder l'individu de manière globale, de l'envisager comme un système se composant de parties en étroite relation et de donner des interprétations pertinentes à propos des modifications de comportement de l'organisme et de ses différentes structures... et donne à l'ostéopathie une démarche cohérente.

L'ostéopathie exclusive qui en découle est une méthode manuelle visant à rétablir la stabilité relative des systèmes biologiques en agissant soit sur leurs déséquilibres structuraux acquis, soit sur leurs variables d'entrée inadaptées au maintien de leur stabilité.

Des actes manuels purs, étayés par un mode de raisonnement logique et éprouvé, assurent des résultats constants et durables.

Pour l'ostéopathie, la véritable raison de la maladie réside dans la cause et non dans les effets (douleur, inflammation, troubles fonctionnels, etc.) qui n'en sont que la conséquence.

Pour établir cette recherche causale, l'ostéopathie utilise les sciences fondamentales, les récentes découvertes en biologie, avec comme méthode la systémique et la cybernétique.

Une fois la cause déterminée et éradiquée, les symptômes disparaissent.

Une gestuelle même parfaite, mais une causalité mal déterminée, conduiront à un échec du traitement.

L'Ostéopathie exclusive, c'est le geste appliqué à bon escient.

Dans l'ostéopathie exclusive, nous retrouvons le respect de la tradition des concepts de STILL, avec les adaptations suivantes :

- La règle de l'Unité est celle de l'Individu. L'ostéopathie est une médecine holistique.
- La structure gouverne la fonction est en fait une fonction bijective. La fonction dépend bien de l'état de la structure, mais toute opposition à une fonction altère la structure.
- La règle de « l'artère est suprême » est réinterprétée en fonction des progrès technologiques en « l'unité fonctionnelle micro circulatoire est fondamentale »

E) INTEGRATION DE L'OSTEOPATHIE AU SYSTEME DE SOINS

1. Profil de la profession

La médecine ostéopathe concerne la physiopathologie des troubles fonctionnels réversibles du corps humain.

2. Le concept

La médecine ostéopathe englobe toutes les techniques de diagnostics et de thérapeutiques visant à la découverte, à la correction et à la prévention des lésions ostéopathiques (dysfonctions).

La lésion ostéopathe est une modification de structure qui assure sa propre continuité dans le temps et qui est réversible en cas de traitement approprié. Il existe différentes lésions ostéopathiques (tissulaire, vasculaire, lymphatique, viscérale, comportementale, articulaire et de l'organisation motrice), qui se diagnostiquent au travers des différentes modifications de mobilité engendrées par les modifications de structure.

3. Le champ d'application

L'ostéopathe agit par l'intermédiaire de techniques manuelles et/ou cognitivo-comportementales. Un diagnostic d'exclusion est posé lors de l'identification de pathologies organiques (non fonctionnelles) dont la thérapeutique nécessite une intervention chirurgicale et/ou médicamenteuse.

La spécificité de l'ostéopathe tient dans sa capacité à :

- ✓ différencier les domaines pathologiques de sa compétence thérapeutique de ceux qui s'en éloignent ;
- ✓ évaluer les interactions entre les différentes lésions ostéopathiques ;
- ✓ extraire d'un tableau pathologique les lésions ostéopathiques qui sont la cible de son traitement ;
- ✓ choisir les techniques les plus adaptées à son patient ;
- ✓ appliquer les techniques ostéopathiques avec rigueur et nuance.
- ✓

N.B. : L'évolution de l'ostéopathie passe par l'évaluation de la logique des indications et par l'objectivation de ses effets. L'ostéopathie s'intégrera au travers des échanges de connaissances n'excluant aucun des champs de recherche et en s'associant avec les différentes disciplines médicales, scientifiques, technologiques et industrielles.

Le groupe OstéoBio, CogitoBio et MécaBio est le parfait exemple de cette possibilité d'intégration.

4. Offre de formation

Il doit s'agir si possible de permettre, par le futur, l'**élaboration de troncs communs** avec d'autres professions (champs professionnels larges) selon un système modulaire, notamment avec les professions de chiropraticiens et de médecins, du moins pendant une certaine durée des études, puis, les derniers modules de formation permettraient d'approfondir chacune des spécificités de ces professions.

La formation ne devrait être dispensée qu'à plein temps. Des cliniques ou services hospitaliers devront accueillir les étudiants en ostéopathie afin d'assurer le niveau de pratique des futurs praticiens.

5. Durée et volume de la formation

Le but avoué du développement d'une formation de qualité pour l'ostéopathie est l'obtention d'un titre de Master, conformément à la déclaration de Bologne, soit un modèle développé à l'heure actuelle sur une base de 3 ans + 2 ans (modèle théorique).

Pour la formation d'ostéopathe, le modèle actuel est de 5 ans + 1 an qui devrait se transformer selon la déclaration susmentionnée, respectivement pour respecter les critères exigés, en un modèle de 5 ans + 2 ans afin de pouvoir prétendre au titre de D.O. (Docteur en ostéopathie, initiales signifiant actuellement diplôme en ostéopathie).

Il faut également garantir une offre de formation continue ainsi que la possibilité de suivre des spécialisations au vu du niveau de haute responsabilité qui incombe aux ostéopathes.

Il est également nécessaire d'utiliser des outils tels que le système modulaire et l'ECTS (European Credit Transfer System ou Système Européen de Transfert de Crédits). En effet, ce dernier est un des outils standards indispensables en vue non seulement de la mobilité des étudiants, mais également pour des raisons évidentes de reconnaissance mutuelle des diplômes, et la libre circulation des personnes, en Europe.

6. Conditions d'admission

Baccalauréat, ou tout titre étranger jugé équivalent. Présentation sur dossier envisageable.

7. Travail de diplôme

Obligatoire en fin d'études ou du moins en vue d'être admis à l'examen final pour l'obtention du Diplôme d'Ostéopathie.

Il est évident que cette profession doit obtenir le droit au diagnostic propre, soit dit classiquement "d'exclusion", au vu de ses spécificités.

8. Titre

DO, diplôme en ostéopathie.

Actuellement les 2 premiers cycles d'études débouchent sur l'équivalent d'un Master en science dans la branche ostéopathique (Master of science).

Ce Master ouvre l'accès au 3^{ème} cycle.

Comme déjà indiqué plus haut, les candidats ne peuvent se présenter à l'examen en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathie qu'après avoir soutenu avec réussite leur mémoire de fin de 3^{ème} cycle et obtenu leur certificat de fin d'études d'OstéoBio pour la formation initiale (et de l'EOG) pour la formation alternée.

En suivant l'évolution de la déclaration de Bologne un cursus augmenté de 2 années pourrait déboucher sur un Doctorat en Ostéopathie. (3+2+1= dO+2= DO).



afo

Association Française d'Ostéopathie

10 parc Club du Millénaire - 34000 Montpellier

www.afosteo.org

06 64 93 40 49