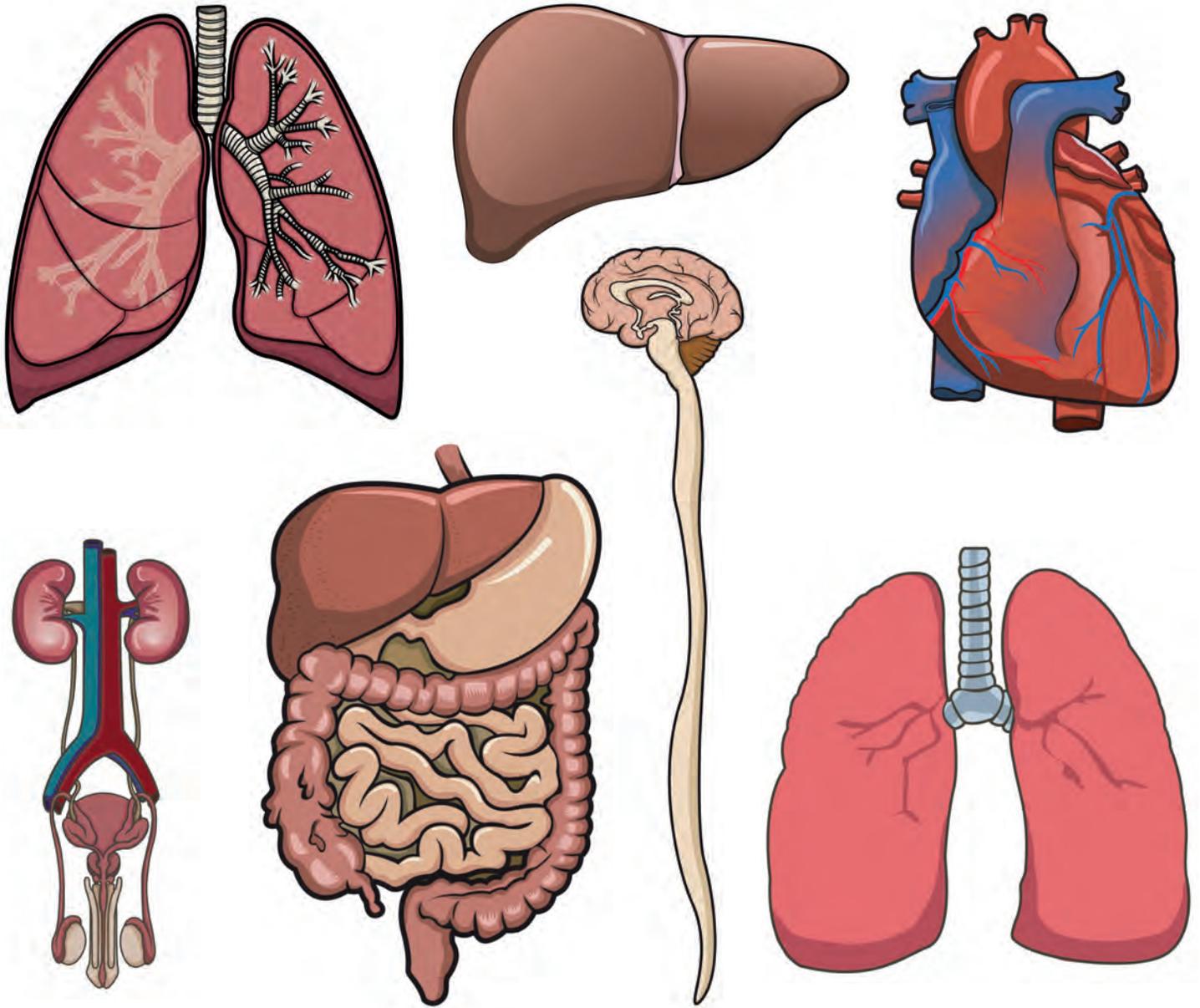


# L'OSTÉOPATHE

N°6 • JANVIER / FÉVRIER 2011

MAGAZINE



enquête

## OSTÉOPATHIE VISCÉRALE CES VISCÈRES QUI PENSENT

PROFESSION

### Étude Oséostéo

Un tiers des kinés-ostéos veulent devenir ostéopathes exclusifs

RENCONTRES

### Congrès AFO

Efficacité de l'ostéopathie : du consensus à la preuve scientifique

# L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

L'ostéopathe magazine, premier bimestriel  
entièrement consacré aux ostéopathes,  
vous propose tous les deux mois :

## ACTUALITÉS

Les rendez-vous à ne pas manquer  
L'agenda des formations  
L'actualité socio-professionnelle des ostéopathes

## MÉTIER

Des interviews d'ostéopathes  
Des reportages métiers  
Des dossiers complets sur des sujets au cœur de l'ostéopathie

## HORIZONS

Des conseils d'experts sur la prise en charge du patient  
Tour d'horizon des complémentarités de l'ostéopathie avec d'autres pratiques

## GESTION

Des conseils pour la gestion de cabinet



## ABONNEMENT

1 an / 6 numéros : 120 €

## TARIF ÉTUDIANT

abonnement 1 an / 6 numéros  
60 € au lieu de 120 €

CONTACT : Reza Redjem-Chibane

01.43.64.13.15 - 06.28.04.48.78 - reza.redjem@losteopathe.fr

[www.losteopathe.fr](http://www.losteopathe.fr)

## Ours

### Rédacteur en chef :

Guillaume Mercier

**Rédacteurs :** Laurence Gabin,  
Olivier Massi

### Directrice artistique

**& maquette :** Agnès Bizeul

**Site internet :** Badara N'Diaye

**Publicité :** Reza Redjem-Chibane

**Photo :** Marika Gérone

[www.marikagerone.com](http://www.marikagerone.com)

## Contacts

**L'ostéopathe magazine**

176, rue Saint-Maur

75011 Paris

Tél : 09.50.79.13.17

[contact@osteopathe.fr](mailto:contact@osteopathe.fr)

### Rédaction :

[redaction@osteopathe.fr](mailto:redaction@osteopathe.fr)

### Abonnements :

[abonnements@osteopathe.fr](mailto:abonnements@osteopathe.fr)

### Publicité :

[publicite@osteopathe.fr](mailto:publicite@osteopathe.fr)

### Courrier des lecteurs :

[courrierdeslecteurs@osteopathe.fr](mailto:courrierdeslecteurs@osteopathe.fr)

## Mentions légales

### Directeur de la publication :

Reza Redjem-Chibane

### L'ostéopathe magazine

est édité par RCR Éditions

176, rue Saint-Maur

75011 Paris

Tél : 09.50.79.13.17

[www.osteopathe.fr](http://www.osteopathe.fr)

### Impression :

Imprimerie Bernayenne,  
Bernay (27).

Imprimé suivant les normes

environnementales

(papier écologique

et encres végétales)



### Numéro de commission

paritaire : 0412 T 90344

ISSN 2108-2642, dépôt légal

à parution

## Abonnement

### Abonnement pour un an

6 numéros :

France 120 € TTC

(dont TVA 2.10 %)

Étranger : nous consulter

## Copyright

### L'ostéopathe magazine

La reproduction même partielle  
des articles parus dans

L'ostéopathe magazine est  
strictement interdite.

# édito



## Un an, six numéros !

Un an ! *L'ostéopathe magazine* souffle sa première bougie. C'est avant tout un pari réussi. Celui d'offrir aux ostéopathes un magazine d'information et un outil pratique.

Au cours de cette année, notre ambition aura été de relater, à travers nos articles et nos reportages, la vie de votre profession. Notre choix d'une ligne éditoriale indépendante nous aura ainsi permis de mettre en avant l'ostéopathie sous toutes ses formes.

Pour ce faire, nous avons mis à contribution tous les talents de l'équipe rédactionnelle. Nous avons débattu, corrigé et ajusté nos articles afin d'accorder à votre actualité un traitement professionnel et journalistique de qualité. Car *L'ostéopathe magazine*, c'est aussi une équipe qui met à votre service ses compétences. Des journalistes professionnels et une directrice artistique qui nous propose à chaque numéro une maquette aérée et dynamique.

Ce magazine se veut aussi un média qui vous représente notamment auprès d'autres professionnels de santé. Nous sommes donc fiers de proposer, à l'ostéopathie, une vitrine qualitative calquée sur les valeurs d'exigence et de respect de votre profession. Mais c'est avant tout une aventure humaine. Ces six numéros ont été autant de rencontres avec les ostéopathes engagés et passionnés qui se sont prêtés au jeu de l'interview et qui, au fil des numéros, nous ont adressé de nombreux témoignages de soutien. La saison 2 commence et pour coller au plus près de vos attentes, faites-nous part de vos remarques et impressions à travers notre nouvelle rubrique *Courrier des lecteurs* !

Bonne lecture !

Reza Redjem-Chibane

Directeur de la publication

# SOMMAIRE

## ACTUALITÉS

*L'ostéopathe magazine* aborde l'actualité professionnelle des syndicats, des écoles et des associations ostéopathiques. Les rendez-vous à ne pas manquer (conférences, symposiums, congrès, etc.) sont répertoriés dans l'agenda avec le programme des formations à venir.

### profession

- 06 Fédération française de l'ostéopathie
- 07 Une nouvelle école pour la formation continue : l'EFSO
- 07 Durée de formation des ostéopathes : minimum syndical
- 08 Étude démographique du ROF  
Près d'un ostéopathe sur deux est exclusif
- 09 Étude Oseosteo –  
L'Observatoire de l'ostéopathie  
Un tiers des MKO veulent devenir ostéopathes exclusifs

### rencontres

- 14 Congrès AFO  
Pertinence des actes ostéopathiques :  
du consensus à la preuve scientifique

### 20 livres

### 22 formation

### 24 agenda

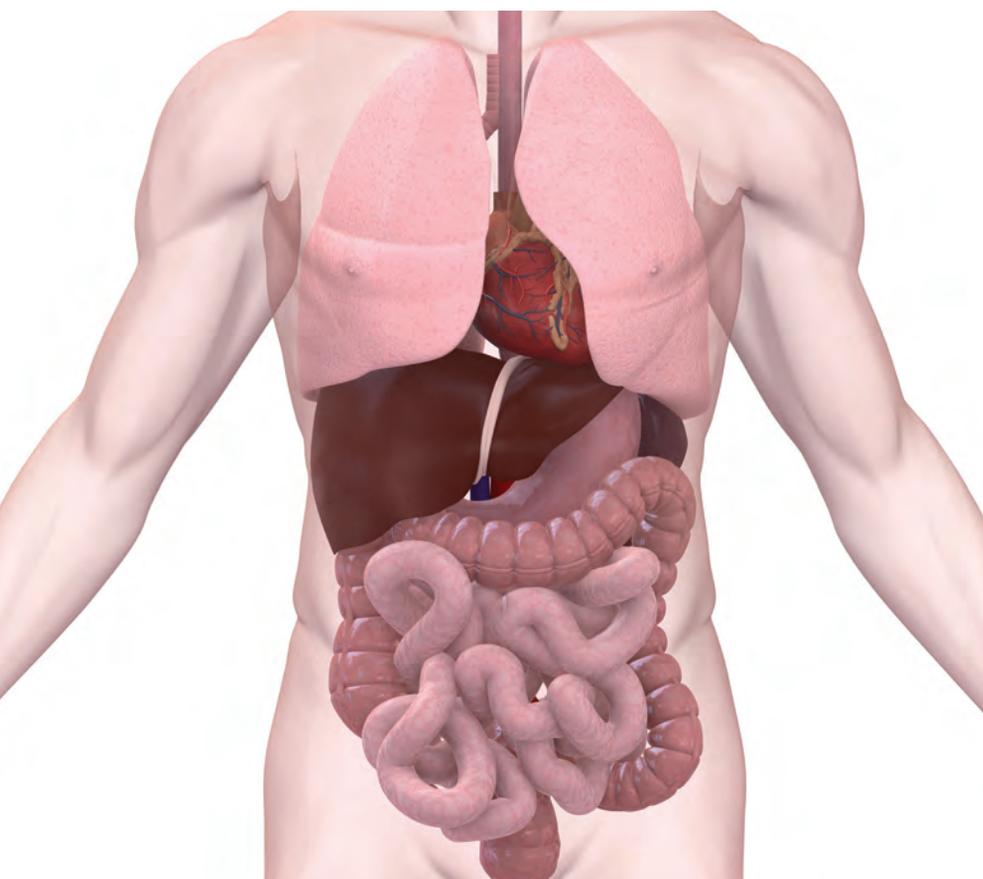
### 25 sommaire du prochain numéro

## MÉTIER

Pratiques particulières du métier ou bien utilisation de l'ostéopathie pour des applications spécifiques, *L'ostéopathe magazine* rend compte de ces expériences. Des enquêtes approfondies pour découvrir l'ostéopathie sous des angles différents. Avec des témoignages et une synthèse pour mettre en avant les points clés. Également, des interviews d'ostéopathes qui nous font partager leur expérience et leur savoir-faire.

### enquête

- 26** Ostéopathie viscérale : ces viscères qui pensent



## GESTION

Comment améliorer la gestion de votre cabinet au quotidien ? Quels investissements faire et quels contrats souscrire pour transformer votre fiscalité en épargne ? Comment aborder les questions de la retraite ? Les réponses de *L'ostéopathe magazine* sous formes de conseils pratiques.

### immobilier

- 44** Société civile immobilière : Ce que vous devez savoir



# PROFESSION

## Fédération française de l'ostéopathie

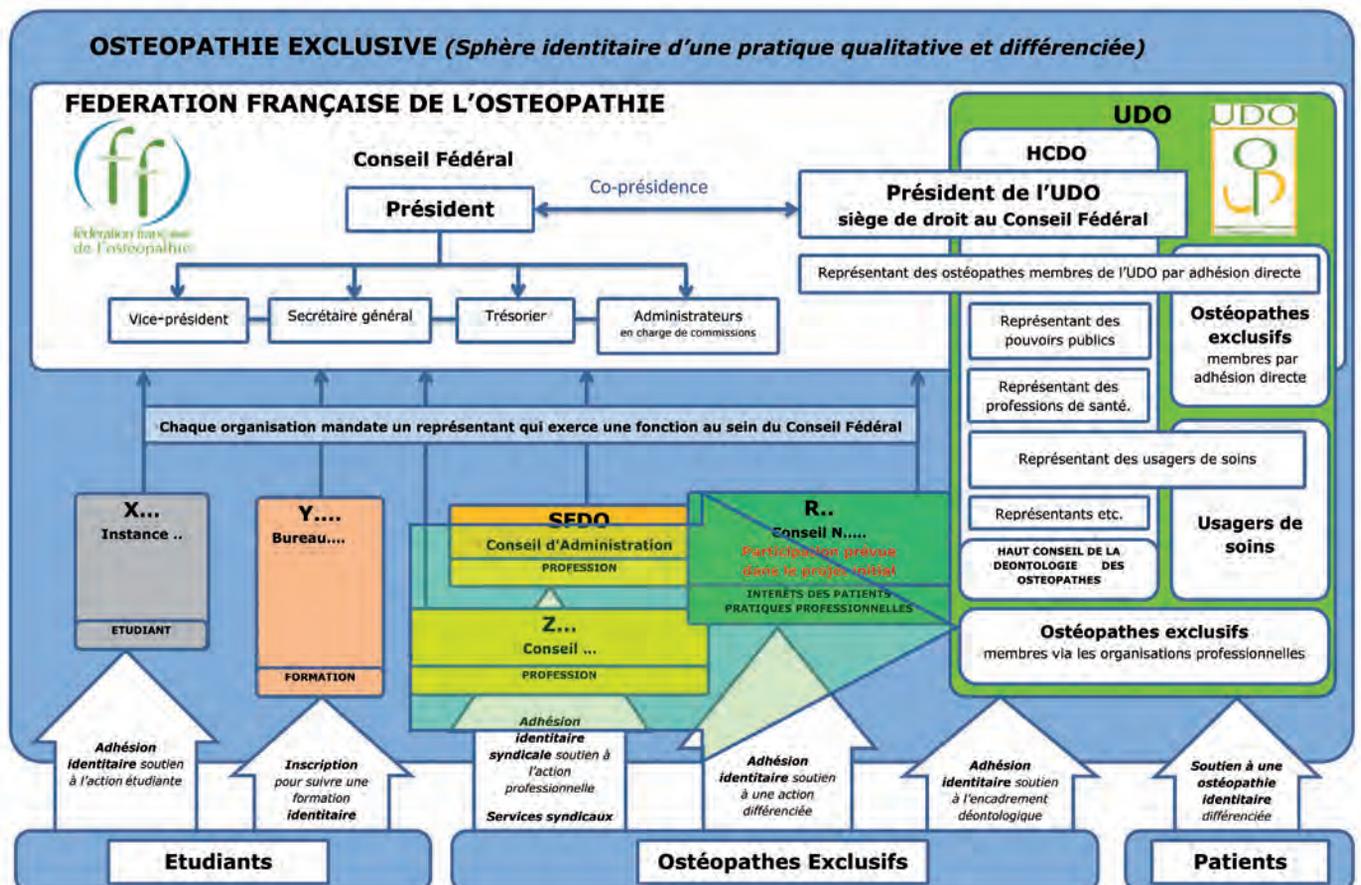
À l'initiative du SFDO, la Fédération française de l'ostéopathie (FFO) a été créée le 17 décembre 2010. Une fédération est une association d'associations ; ses membres seront donc des associations d'ostéopathes avec une représentation électorale au conseil fédéral proportionnelle à leur nombre d'adhérents. La FFO possédera aussi une structure destinée à garantir la qualité des pratiques ostéopathiques : l'UDO (usagers de soins et déontologie des ostéopathes exclusifs ; voir le schéma ci-dessous). Au sein de cette structure, le HCDO (haut conseil de la déontologie des ostéopathes) veillera à

regard, par les ostéopathes exclusifs, de la déontologie qui leur est applicable. Les ostéopathes auront néanmoins la possibilité d'adhérer directement à la FFO sans passer par un syndicat ou une association et d'être représentés au conseil fédéral. Ces ostéopathes bénéficieront également d'un label identitaire commun à tous les ostéopathes exclusifs et porté par la fédération. L'UDO pourra aussi accueillir des associations de patients. Un moyen supplémentaire pour peser sur les pouvoirs publics lors des négociations de la FFO



avec le ministère de la santé. À terme, l'UDO pourrait devenir une association reconnue d'utilité publique ; elle se présentera ainsi comme un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics pour les questions de déontologie.

### ORGANIGRAMME DE FONCTIONNEMENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'OSTÉOPATHIE





PHILIPPE STERLINGOT,  
PRÉSIDENT DU SFDO ET  
PROMOTEUR DE LA FFO

## « Assurer une représentation politique des ostéopathes exclusifs »

### Quelle sera la spécificité du code de déontologie que se propose de faire appliquer le HCDO ?

La déontologie du HCDO sera orientée vers le patient qui doit être placé au centre des préoccupations de notre profession. D'ores et déjà, des travaux sont en cours pour l'élaborer. Ils sont menés par Joël Moret-Bailly, spécialiste en droit des professions et activités de santé, et Jean-Marie Gueullette, directeur du centre interdisciplinaire d'éthique à l'université catholique de Lyon (voir *L'ostéopathe magazine* n° 5). Le texte devrait être soumis aux assemblées générales à l'automne prochain.

### Quelles seront les premières actions de la fédération ?

Elle sera de se doter de structures fonctionnelles. Pour l'instant, j'assume la présidence par intérim, en attendant l'arrivée d'un président.

### La profession compte aujourd'hui de nombreuses organisations professionnelles et la plate-forme commune n'a pas pu se mettre en place. Pourquoi une nouvelle structure ?

En effet, actuellement, il y existe six organisations pour environ 7 000 ostéopathes exclusifs. C'est autant d'analyses, de cultures et de moyens d'action différents. Mais le message politique adressé au gouvernement doit être simple, fort et unifié. C'est pourquoi ce système ne fonctionne pas et il faut le faire évoluer. Il faut mutualiser les moyens, agences de presse, prestations juridiques, etc., et harmoniser les communications et les actions. C'est dans cette évolution que s'inscrit le projet de fédération qui propose un modèle alternatif.

### Quels seront ses principaux objectifs de la fédération ?

Nous voulons mettre en place un label de qualité, mener des actions juridiques et assurer une représentation politique des ostéopathes exclusifs. À travers des règles de fonctionnement et de transparence, une charte de bonne pratique, nous souhaitons avoir des actions constructives. Quand une décision est entérinée, elle devra être appliquée. Le modèle de la FFO n'est pas figé et il évoluera pour s'adapter aux problématiques que nous rencontrerons. Par ailleurs, les associations d'étudiants, l'UNEO notamment, pourront faire partie de la fédération.

Plus d'informations sur [www.osteopathie-federation.org](http://www.osteopathie-federation.org)

## Une nouvelle école pour la formation continue : l'EFESO

Par arrêté du 20 janvier 2011, l'École française supérieure d'ostéopathie (EFESO), partenaire de l'Institut national de la kinésithérapie (INK), a reçu l'agrément du ministère de la santé pour dispenser une formation en ostéopathie réservée aux professionnels de santé.

Plus d'informations sur [www.osteopathie.com.fr](http://www.osteopathie.com.fr)

## Durée de formation des ostéopathes : minimum syndical

Saisi par le premier ministre le 18 janvier 2011 pour qu'il se prononce sur la nature juridique des mots : « qui doivent être au minimum de 3520 heures » figurant au premier alinéa de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le conseil constitutionnel a décidé, dans sa séance du 3 février 2011, qu'ils avaient le caractère réglementaire. Ainsi, toute notion de durée d'études est retirée de la loi et cette partie de la phrase : « qui doivent être au minimum de 3520 heures » est remplacée par « Le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire ».

Par conséquent, l'article 2 du décret du 25 mars 2007, relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation, redevient légal : « Le diplôme d'ostéopathe est délivré aux personnes ayant suivi une formation d'au moins 2660 heures ou trois années comportant 1 435 heures d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie et 1 225 heures d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie ».

Source : le site de l'ostéopathie [www.osteopathie-france.net](http://www.osteopathie-france.net)

# Étude démographique du ROF

## Près d'un ostéopathe sur deux est exclusif

Selon l'analyse réalisée par le ROF (registre des ostéopathes de France) à partir du fichier de la DRESS (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), près d'un ostéopathe sur deux pratique l'ostéopathie de manière exclusive. D'autre part, avec une population totale de 14 331 ostéopathes, les résultats montrent qu'en janvier 2011, dans pratiquement tous les départements, l'installation d'un professionnel devient délicate en termes de « potentiel patient ».

En une année, la population d'ostéopathes, toutes origines confondues, a augmenté de 2 723 personnes, soit une croissance de 23,5% entre début 2010 et début 2011. Comment s'est répartie cette augmentation massive du nombre de professionnels ? Aujourd'hui, 64 des 96 départements métropolitains sont saturés contre 53 l'an passé. Sans grande surprise, ce sont les grandes métropoles et le littoral qui sont les plus convoités.

La région parisienne attire toujours mais la « palme » de l'installation revient au Rhône, à Paris, aux Alpes-Maritimes et aux Bouches-du-Rhône où plus d'une centaine de jeunes diplômés se sont installés entre 2010 et 2011. La pointe de la région Sud-Est a vu sa population d'ostéopathes, bien que déjà élevée, augmenter de plus de 30%. Proportionnellement, le département à la croissance la plus forte est la Creuse, avec une progression de 42%. À l'inverse, la Nièvre n'a pas accueilli de nouveaux ostéopathes.

### Un « potentiel patient » très variable

Ces grandes disparités dans la répartition des professionnels engendrent donc, partout en France, des variations du « potentiel patient ». À partir du postulat qu'un Français sur quatre consulte un ostéopathe, pour une population française de 65 030 704 habitants, le

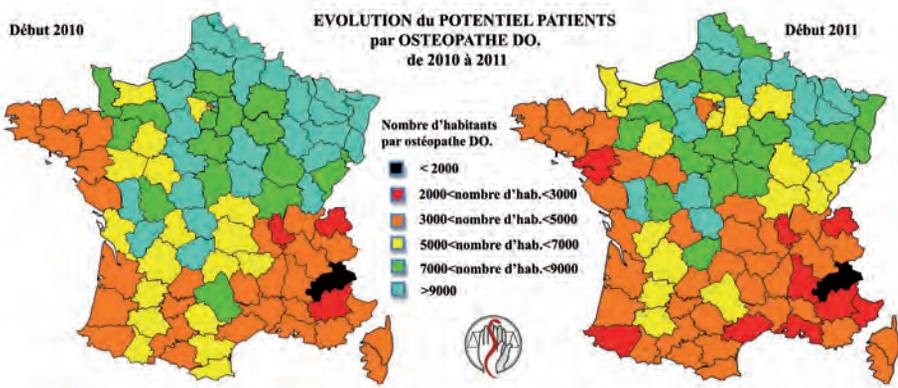
« potentiel patient moyen » serait de 1134 patients par ostéopathe en 2011. Ces chiffres étant des données moyennes, il est possible de dire que, cette année, le seuil minimal critique pour vivre décemment de l'ostéopathie a été atteint.

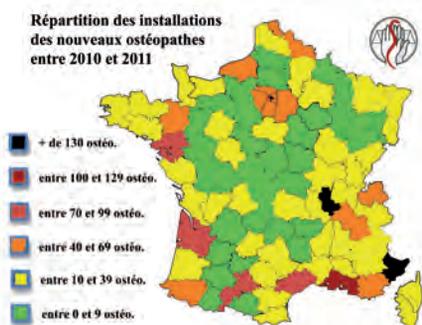
Ainsi, avec 2723 nouveaux ostéopathes installés, un « potentiel patient » qui diminue, de nouvelles contraintes financières pour les professionnels (la CIPAV) et une crise économique qui ne facilite pas l'accès des patients à l'ostéopathie, l'avenir s'annonce difficile pour tous les ostéopathes, notamment pour les étudiants. Les mutuelles, chaque année plus nombreuses à rembourser une partie des honoraires des consultations, réduisent un peu les effets de cette démographie galopante.

### Un avenir difficile pour les étudiants

Si le taux d'installation continue de croître, un étudiant, après une formation à temps plein débutée en 2011, s'installera en 2017 parmi environ 30 000 ostéopathes. Ces jeunes professionnels arriveront donc sur un marché du travail saturé et seront confrontés à une forte concurrence. Pour éviter cette situation, il est nécessaire de freiner l'augmentation du nombre d'écoles, de mettre le gouvernement et les établissements de formation devant leurs responsabilités et de communiquer auprès des jeunes pour cesser la formation en masse.

Par ailleurs, il est nécessaire de construire une déontologie qui s'applique au plus grand nombre. Sans règles, la loi du marché seule s'exprimera et des dérives commerciales sont à envisager.





**Les départements où l'installation d'un ostéopathe débutant sera plus facile**

- L'Aisne (13 821 habitants pour un ostéopathe)
- La Nièvre (12 721)
- La Meuse (12 518)
- La Moselle (11 161)
- Les DOM-TOM sauf la Réunion et Mayotte (entre 11 000 et 14 000)
- La Seine-Saint-Denis (10 587)
- La Somme (10 527)
- Les Ardennes (10 483)
- Les Deux-Sèvres (10 408)
- L'Eure-et-Loir (10 092)
- L'Indre (10 015)

**Les départements très largement saturés**

- Les Hautes-Alpes (1 528)
- Les Alpes-de-Haute-Provence (2 039)
- La Haute-Savoie (2 372)
- Le Rhône (2 435)
- Les Pyrénées-Atlantique (2 516)
- L'Hérault (2 535)
- Paris (2 647)
- La Drôme (2 772)
- La Loire-Atlantique (2 876)

**Erratum**

Contrairement à ce que nous avons écrit dans notre numéro 5 page 37, Christian Defrance de Tersant n'a pas été directeur fondateur de l'PIPEO de Pantin mais de l'institut supérieur d'ostéopathie d'Aix-en-Provence. Le directeur de l'PIPEO est monsieur Rémy Rachou. En outre, l'épaisseur des gouttières de repositionnement mandibulaire n'est pas de 0,8 à 8 mm mais de 0,8 à 1 mm. Toutes nos excuses à Christian Defrance de Tersant.

# Étude Oseosteo – L'Observatoire de l'ostéopathie

## Un tiers des MKO veulent devenir ostéopathes exclusifs

En juin 2009, le fichier ADELI répertoriait 4 715 masseurs-kinésithérapeutes (MK) titulaires du titre d'ostéopathe. En septembre 2010, ce sont 5 444 MK qui ont obtenu l'agrément pour exercer l'ostéopathie conjointement à la kinésithérapie. Ils représentent 40 % des 13 404 ostéopathes. Après sa première étude de 2009 sur les ostéopathes à exercice exclusif, Oseosteo – L'observatoire de l'ostéopathie a analysé l'activité de la deuxième population ostéopathique : les masseurs-kinésithérapeutes-ostéopathes (MKO).

Pour compléter le panorama socio-économique de l'ostéopathie, cette seconde étude compare, dans son exercice légal et en se basant sur la liste ADELI, les ostéopathes exclusifs et les MKO possédant le titre d'ostéopathe entre 2002 et 2009.

Un constat à souligner : si 61 % des ostéopathes exclusifs se disent économiquement indépendants en 2009, près de 80 % des MKO disent ne pas l'être avec leur seule pratique ostéopathiques qu'ils considèrent comme une activité annexe, voire complémentaire de la kinésithérapie. Face à ce phénomène en pleine évolution, l'étude fait ressortir une tendance : les MKO accordent de plus en plus de temps à l'exercice de l'ostéopathie. En effet, même si les trois quarts d'entre eux ne consacrent qu'un quart de leur temps à l'ostéopathie, ceux qui y consacrent beaucoup plus de temps trouveront certainement leur autonomie financière dans cet exercice. La légalisation de la profession en 2002

est sûrement à l'origine de cet engouement des MKO pour l'ostéopathie. Si cette évolution se poursuit, un tiers des MKO (environ 1 500 personnes) pratiquant l'ostéopathie à 75 % de leur temps viendront rapidement gonfler les rangs des ostéopathes exclusifs.



## MÉTHODOLOGIE

L'étude compare le portrait économique et social des deux principaux groupes possédant le titre d'ostéopathe entre 2002 et 2009, les ostéopathes exclusifs et les MKO. Le troisième groupe, réunissant les médecins-ostéopathes et d'autres praticiens de santé, n'a pas été interrogé. Les questionnaires ont été adressés à l'ensemble des MKO figurant sur la liste ADELI, soit 4 715 inscrits. 605 ont été retournés, soit 12,8% de réponses, moins que l'étude précédente (16%, voir l'étude Oseosteo 2009 dans *L'ostéopathe magazine* n° 1), mais en quantité suffisante pour valider la représentativité.

## Continuer la kinésithérapie : une réponse à la concurrence grandissante

Le nombre de consultations mensuelles semble confirmer cette hypothèse. En effet, près de la moitié des MKO traitent moins de 50 patients par mois dans le cadre de consultations en ostéopathie mais ceux qui réalisent en moyenne plus de 75 consultations ostéopathiques dans le mois (plus de 18 par semaine), soit environ un tiers des MKO, souhaiteraient devenir ostéopathes exclusifs.

Le bénéfice moyen que tire un MKO de l'ostéopathie s'élève à 22 000 euros par an, un chiffre qui le rapproche d'un ostéopathe exclusif en 2009. Néanmoins, les associations de gestion agréées (AGAs) annoncent pour cette même année un revenu mensuel moyen de leurs adhérents ostéopathes exclusifs de 27 330 euros. Cette différence peut s'expliquer par la non-prise en compte des nombreux ostéopathes récemment diplômés dont le revenu n'est pas suffisant pour adhérer aux AGAs. Les chiffres des AGAs sur les revenus des MKO n'ont pas été accessibles et ne sont donc pas inclus dans cette étude.



Alors qu'il est possible de constater, suite à la suppression de la TVA en 2007, une croissance du revenu moyen du MKO, ceux-ci ont toutefois le sentiment de perdre des parts de marché ces dernières années. Un phénomène qu'ils associent à l'arrivée de nombreux ostéopathes exclusifs sur le marché. C'est pourquoi, beaucoup de MKO expliquent maintenir l'activité de kinésithérapie pour garantir leur sécurité économique au vu de la concurrence grandissante en ostéopathie.

## 6 millions de consultations en ostéopathie en 2009

Par extrapolation, le chiffre d'affaires généré par les MKO pratiquant des actes ostéopathiques aura été, en 2009, de 110 millions d'euros, soit environ 2,34 millions de consultations. Pour les ostéopathes exclusifs, il aura été de

176 millions d'euros, soit 3,5 millions de consultations. Au total, l'ensemble des praticiens-ostéopathes auront réalisé environ 6 millions de consultations en 2009.

Les données recueillies au cours de cette étude doivent cependant être exploitées avec précaution car certains MKO ont des difficultés à ventiler réellement leurs revenus ostéopathiques dans leur comptabilité globale. De la même façon, certains mêlent fréquemment leur activité ostéopathique au cours d'une séance de soins de kinésithérapie, en considérant l'ostéopathie comme complémentaire de la kinésithérapie. Néanmoins, ce bilan intéressera bon nombre de MKO et d'ostéopathes exclusifs car l'union et le dialogue entre les deux praticiens sont aujourd'hui nécessaires pour renforcer la profession.

## LE PROFIL-TYPE DU MKO

Le MKO « 2010 » est majoritairement un homme de 35 à 50 ans avec femme et enfants. Il exercerait plutôt dans un cabinet de groupe situé dans une agglomération de plus de 20 000 habitants et serait rarement associé à d'autres ostéopathes – qu'ils soient kinésithérapeutes, médecins ou exclusifs. Alors que l'ostéopathe exclusif se présente le plus souvent comme une femme célibataire âgée de trente ans.

## MKO, qui sont-ils ?

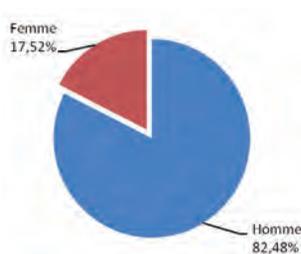
La répartition hommes-femmes des MKO ne se superpose pas à celle de la démographie globale des MK. Si la majorité des MKO restent des hommes, cette tendance évolue. En effet, depuis 2002, les femmes sont majoritaires dans les formations à temps plein alors que l'inverse est constaté pour celles à temps partiel. Pour forcer le portrait, le MKO est un homme de plus de 40 ans alors que l'ostéopathe est une femme de 30 ans dans un cas sur deux.

Pour compléter ce portrait, près de 88 % des MKO vivent en couple et ont deux enfants en moyenne. Les ostéopathes exclusifs ont majoritairement entre 25 et 35 ans et sont célibataires pour un tiers. La population des MKO est plus âgée : 75 % ont plus de 35 ans.

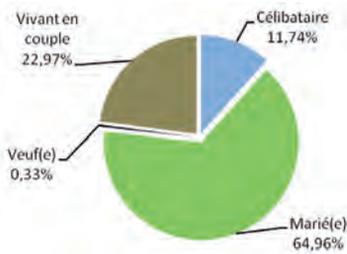
Par ailleurs, 40 % des MKO exercent dans des agglomérations de 2 000 à 20 000 habitants, 30 % dans des agglomérations de 20 000 à 100 000 habitants. Une répartition géographique proche de celle des ostéopathes exclusifs.

## La formation des MKO

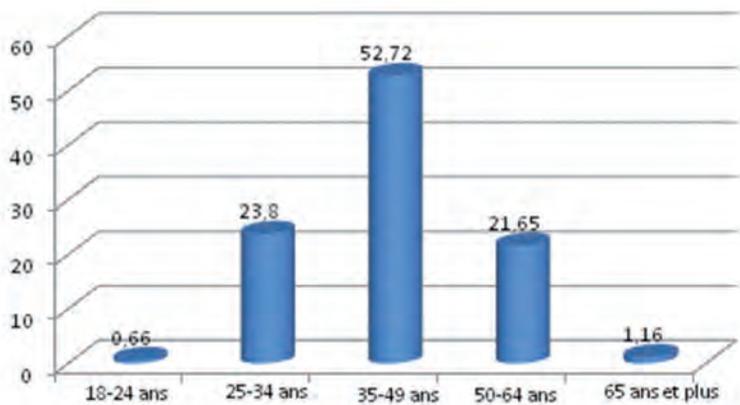
La grande majorité des MKO, 60 % en 2009, s'est formée à l'ostéopathie à travers des formations à temps partiel, contre seulement 22 % pour les ostéopathes exclusifs. Tout comme les ostéopathes exclusifs, les MKO sont tenus par la réglementation (celle relative à la masso-kinésithérapie et celle relative à l'ostéopathie) de maintenir à niveau leurs connaissances. Une obligation respectée pour au moins les trois quarts d'entre eux, sans pouvoir préciser si la formation continue est plus proche de la kinésithérapie que de l'ostéopathie. Pour rappel, moins du tiers des ostéopathes exclusifs déclaraient ne pas se former en raison d'un manque de moyens financiers.



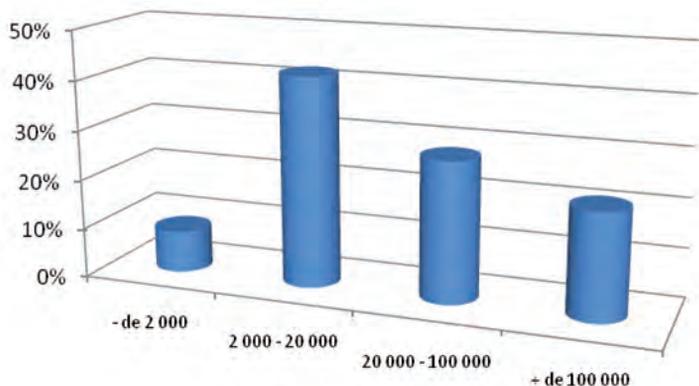
RÉPARTITION DES MKO SELON LE SEXE



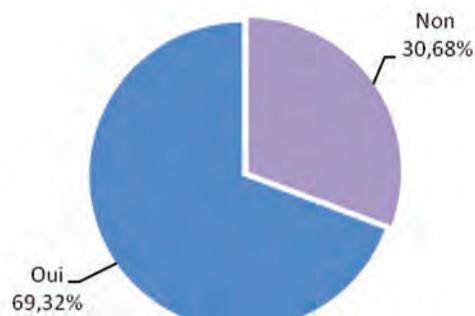
RÉPARTITION DES MKO SELON LA SITUATION FAMILIALE



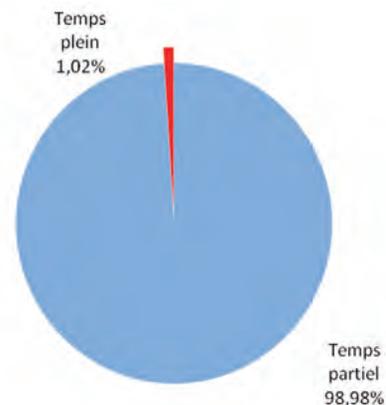
RÉPARTITION DES MKO SELON LA TRANCHE D'ÂGE



RÉPARTITION DES MKO SELON LE TYPE D'AGGLOMÉRATION



SUIVI DE FORMATION PROFESSIONNELLE OSTÉOPATHIQUE

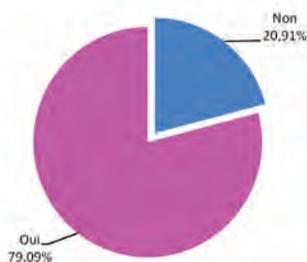


RÉPARTITION DES MKO SELON LE TYPE DE FORMATION À L'OSTÉOPATHIE

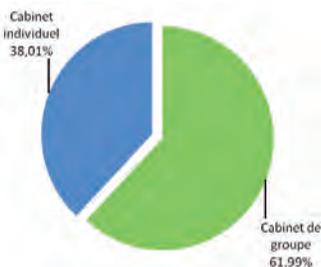
## Modalité d'exercice des MKO

Les MKO partagent beaucoup moins leur activité d'ostéopathe avec un autre ostéopathe. Chez les ostéopathes exclusifs, cette pratique plus fréquente répond à une forme de mutualisation pour réduire les coûts de fonctionnement ou bien encore à un désir de renforcer l'impact de leur implantation. Comme les ostéopathes exclusifs, les MKO partagent souvent leurs locaux avec d'autres praticiens de santé.

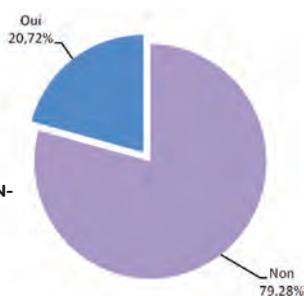
### EXERCICE OSTÉOPATHIQUE DANS LE MÊME LOCAL



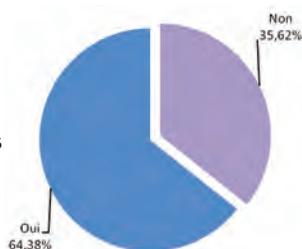
### CABINET DE GROUPE OU CABINET INDIVIDUEL



### EXERCICE AVEC UN OSTÉOPATHE NON-COLLABORATEUR



### EXERCICE AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX



**TROIS QUESTIONS À MARC CHAUVIN, OSTÉOPATHE DO ET ADMINISTRATEUR D'OSEOSTEO**

« L'ostéopathie représente un moyen de s'affranchir du système de santé »

### Comment a été accueillie l'étude d'Oseosteo par les MKO ?

Au départ, nous avions une appréhension. Mais il s'est avéré que les problématiques qui se posent aux MKO sont les mêmes que celles des ostéopathes exclusifs. À travers cette étude, ils ont également pu être considérés en tant qu'ostéopathes, même si leur pratique n'est pas exclusive. Car leur engagement est grand lorsqu'ils décident de poursuivre des études d'ostéopathie, tant financièrement qu'intellectuellement. Même si le métier de MK est riche et intéressant, une certaine routine peut parfois se faire sentir. L'ostéopathie représente alors un moyen de s'affranchir du système de santé, notamment par rapport au système de prescription. Mais pour y parvenir, les difficultés sont nombreuses et il y a parfois des contraintes familiales. Ainsi, à travers notre étude, les MK se sont sentis interpellés et nous n'avons pas ressenti cette opposition qu'il peut y avoir à d'autres niveaux entre les deux professions.

### Quels chiffres ont retenu votre attention ?

Tout d'abord, le taux de réponse à notre questionnaire : 12,8 %. Ensuite, la comparaison entre les deux profils, celui de l'ostéopathe exclusif et celui du MKO. Ce dernier, plus âgé, possède déjà une expérience professionnelle. Son approche du patient sera différente. En revanche, dans la pratique mixte, avec moins de 25 consultations en ostéopathie par mois, l'ostéopathie reste un outil complémentaire à la pratique de la kinésithérapie et non une démarche thérapeutique à part entière. Enfin, un tiers affirment vouloir pratiquer l'ostéopathie de manière exclusive. Mais beaucoup n'ont pas la capacité économique de le faire car ils sont souvent inscrits dans une vie familiale qui leur impose des obligations financières. Pour atteindre progressivement cet objectif, le MKO devra impérativement séparer les deux activités. Ainsi, l'ouverture d'un cabinet secondaire est indispensable pour adopter une démarche de soin spécifique pour chacune des activités, ainsi qu'une facturation indépendante. Le patient pourra alors comprendre et accepter de passer d'une consultation remboursée par le système de santé à une consultation au tarif compris entre 50 et 60 euros et que seule son assurance complémentaire pourra éventuellement prendre en charge.

### Quels thèmes seront abordés dans les études à venir ?

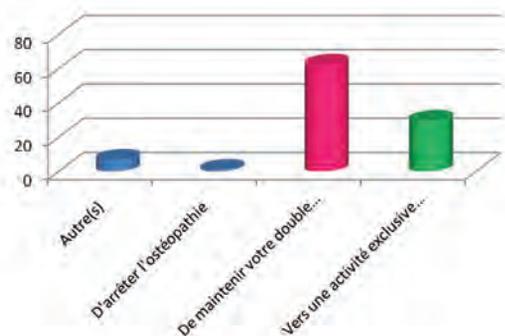
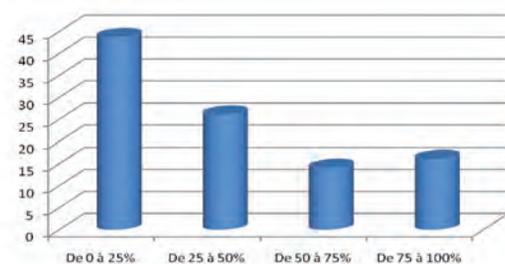
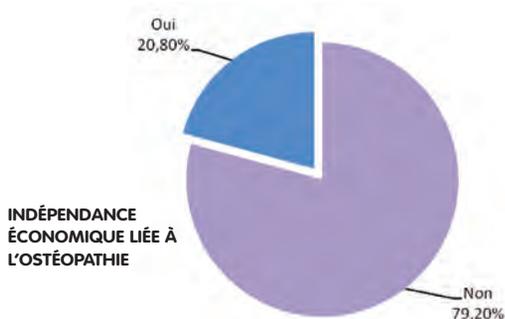
La prochaine étude portera sur les médecins ostéopathes et devrait être publiée cet été. Ils sont environ entre 1200 et 1300. Notre questionnaire sera plus qualitatif et orienté sur la manière dont ils pratiquent l'ostéopathie. Par ailleurs, nous souhaiterions également réaliser une étude sur la typologie des patients qui consultent des ostéopathes.

## Activité et chiffre d'affaires des MKO

80 % des MKO déclarent que leur activité ostéopathique ne leur permet pas d'être économiquement indépendants. L'ostéopathie ne représente-t-elle alors qu'un appoint financier en plus de leurs revenus de praticiens de santé ? Pour rappel, 39 % des ostéopathes exclusifs (diplômés entre 2002 et 2009), ne se déclaraient pas indépendants financièrement (voir *L'ostéopathe magazine* n° 1 mars-avril 2010). Depuis la légalisation de l'exercice de l'ostéopathie en 2002,

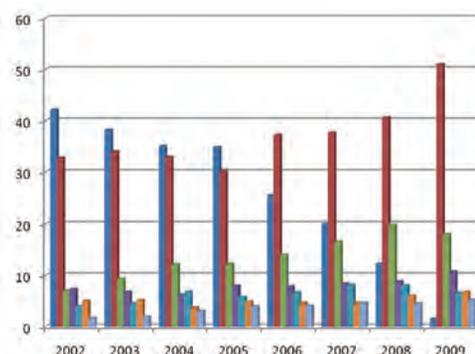
le temps consacré à l'ostéopathie dans les cabinets des MKO s'est largement développé. Un tiers des MKO envisagent de devenir des ostéopathes exclusifs, ce qui représente potentiellement 1 500 personnes. Pour franchir cette étape, le MKO doit réaliser par sa pratique de l'ostéopathie un chiffre d'affaires suffisant et y consacrer les trois quarts de son temps dans son exercice mixte. À noter qu'en 2009, 1,5 % des MKO ont déclaré ne pas pratiquer l'ostéopathie tout en étant inscrit au répertoire ADELI.

Par ailleurs, un quart des MKO effectuent plus de 75 consultations en ostéopathie par mois, 30 % des MKO reçoivent de 25 à 75 patients par mois et un peu plus de 40 % prennent en charge de 0 à 25 patients par mois. Cela peut illustrer trois perceptions de l'ostéopathie chez les MKO : ceux s'orientant vers la pratique exclusive, ceux l'exerçant comme une activité complémentaire et, enfin, ceux commençant ou souhaitant limiter leur activité professionnelle. Autre chiffre important : 16 % des MKO annoncent des bénéfices supérieurs à 40 000 euros.



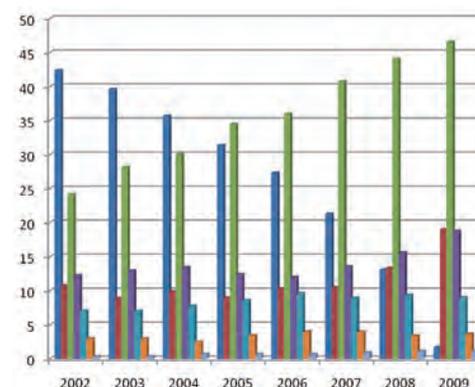
**ÉVOLUTION DE LA PART DU CHIFFRE D'AFFAIRES LIÉ À LA PRATIQUE OSTÉOPATHIQUE DE 2002 À 2009**

- Pas d'exercice de l'ostéopathie
- De 0 et 20000€
- De 20000 et 40000€
- De 40000 et 60000€
- De 60000 et 80000€
- De 80000 et 100000€
- Plus de 100000€



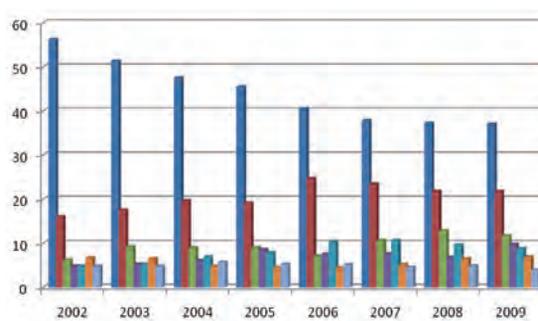
**ÉVOLUTION DU % DES BÉNÉFICES LIÉS À LA PRATIQUE OSTÉOPATHIQUE DE 2002 À 2009**

- Pas d'exercice de l'ostéopathie
- Pas de bénéfice
- De 0 et 20000€
- De 20000 et 40000€
- De 40000 et 60000€
- De 60000 et 80000€
- Plus de 80000€



**ÉVOLUTION DU NOMBRE MENSUEL DE CONSULTATIONS OSTÉOPATHIQUES DE 2002 À 2009**

- De 0 à 25
- De 25 à 50
- De 50 à 75
- De 75 à 100
- De 100 à 150
- De 150 à 200
- Plus de 200



## Congrès AFO

# Pertinence des actes ostéopathiques : du consensus à la preuve scientifique

En novembre dernier s'est déroulé à Monthieux (01) un colloque ostéopathique à l'initiative de l'AFO (association française d'ostéopathie). Au programme, conférences et ateliers pratiques, étoffés d'études cliniques et de revues de littérature, ou encore de travaux de recherche en biologie. L'objectif : apporter des réponses à la question de l'efficacité de l'ostéopathie sur la biomécanique ou mécanique humaine. Nous vous donnons ici les points clés d'une sélection d'interventions. *Par Laurence Gabin, ostéopathe DO*

### De la fécondation à l'accouchement : quel rôle pour l'ostéopathe ?

Françoise Hainaut, gynécologue obstétricien



Lors de son intervention, Françoise Hainaut a rappelé la difficulté pour la femme contemporaine de devenir mère. La fausse couche est certes un processus naturel, mais concourt, avec l'impatience maternelle et le désir tardif de grossesse, à l'augmentation de la médicalisation des grossesses en France.

Françoise Hainaut a insisté sur la notion de terrain propice à l'installation d'une grossesse à travers l'image du « puits de fertilité » représentative de la bonne qualité de l'utérus, notamment de sa vascularisation et de sa mobilité au sein du pelvis. C'est l'artère utérine, cheminant dans le paramètre, qui assure la vascularisation locorégionale. Un flux sanguin adéquat garantit une qualité tissulaire de l'endomètre propice à l'implantation de

l'ovocyte fécondé. Le cycle hormonal, et en particulier la progestérone générée par le corps jaune, participe à la qualité de cet endomètre en deuxième partie du cycle. On assiste à la décidualisation\* de l'endomètre qui connaît des modifications biochimiques et structurales sous l'effet de ces hormones. Ce phénomène de décidualisation est la condition sine qua non à l'implantation d'un embryon. « Deux tiers des grossesses échouent ainsi par défaut d'implantation », a rappelé Françoise Hainaut. Afin de minimiser ce risque, il est donc primordial de réaliser un travail tissulaire sur la vascularisation du pelvis.

Pour Françoise Hainaut, l'ostéopathie constitue une aide intéressante dans l'accompagnement du désir de grossesse, au même titre que l'allopathie et l'homéopathie. Françoise Hainaut a en effet rappelé l'efficacité des manipulations internes apportant un gain qualitatif du tissu conjonctif formant le paramètre dans lequel chemine l'artère utérine. L'action de ces manipulations permettrait d'optimiser le flux de celle-ci en deuxième phase du cycle.

### L'accompagnement de la grossesse et de la mère

L'action ostéopathique doit se réaliser autour de deux objectifs : l'amélioration de la mobilité de l'utérus et donc de la fonctionnalité en rééquilibrant le système de cordes formé par les septums

pelviens ; l'amélioration de la qualité de la circulation artérielle par action sur les paramètres dont l'abord optimum se fait par les manipulations bi-manuelles vagino-abdominales.

Une fois la grossesse déclarée, les trois échographies de contrôle constitueront une aide qui pourra être nécessaire à l'ostéopathe dans l'accompagnement de la grossesse et de la mère. À chaque temps, le thérapeute doit connaître les contre-indications à sa pratique. En cas de placenta bas inséré, d'anomalie du liquide amniotique (trop ou peu abondant), d'anomalie du doppler montrant une invasion de l'endomètre, de fibrome associé, il est déconseillé de pratiquer des actes ostéopathiques.

Françoise Hainaut a conclu son intervention par des rappels sur la mécanique de l'accouchement. Elle a notamment insisté sur la qualité de la fonction lombo-pelvienne lors de ce processus qui permet d'orienter le fœtus vers le détroit supérieur, et sur l'importance de la qualité tissulaire des muscles psoas iliaques, véritables rails pour le fœtus dans l'excavation pelvienne.

\* L'exploration de la décidualisation de l'endomètre chez une femme ayant des difficultés de grossesse se fait par l'échodoppler à J21. Un endomètre décidualisé montre une épaisseur de 8 à 12 mm, le doppler des artères utérines visualise une diminution de la résistance au flux sanguin diastolique au sein de l'endomètre.

**Principes étiopathiques et plagiocéphalie positionnelle : prise en charge par l'ostéopathe**  
Vincent Sorain  
et David Dessauge,  
ostéopathes DO



La proportion de nouveau-nés présentant une PPOP (plagiocéphalie positionnelle occipito pariétale) augmente depuis les années 90. Elle pourrait s'expliquer par les recommandations nationales de mise en décubitus dorsal du nouveau-né dans le but d'éviter la mort subite du nourrisson. La plupart de ces PPOP apparaissent dans les deux premiers mois de la vie et sont dites positionnelles. Elles sont régulièrement retrouvées chez les garçons. Du fait de leur important périmètre crânien, ils sont sujets aux contraintes de l'accouchement. Le prématuré également : l'hypotonie qui le caractérise minimise le maintien de la tête qui tend à tomber sur le côté et à s'appuyer sur des structures osseuses immatures. Vincent Sorain a rappelé les différentes phases d'ossification des structures et sutures crâniennes, et la grande pro-

priété plastique de ces pièces osseuses qui se comportent comme de réelles articulations. Ces plaques osseuses sont maintenues par la dure mère et les membranes de tension réciproque, véritables variables de régulation locales et à distance.

David Dessauge, directeur adjoint d'Ostéobio, a poursuivi en présentant la partie pratique de la prise en charge de ce trouble à l'origine de nombreuses consultations. « Sa prise en charge ostéopathe devient de plus en plus systématique par l'implication de sages-femmes et de pédiatres avertis », a-t-il noté. Il a aussi souligné la notion de déformation acquise de la plagiocéphalie (95%) qui s'oppose à celle de malformation, elle-même indissociable d'une étiologie héréditaire et congénitale et pour laquelle l'ostéopathie est inefficace.

**La plagiocéphalie positionnelle : une prise en charge impérative**

La plagiocéphalie présente des étiologies multiples. Les facteurs prédisposants peuvent être notamment d'origine maternelle, c'est-à-dire relatifs à la qualité du tissu utérin. Ainsi, l'âge de la mère peut influencer sur la position intra utérine du fœtus. Le développement des pièces osseuses de la tête peut également être influencé par une grossesse gémellaire, ou par une action médicale ou obstétricale.

D'un point de vue biomécanique, les déformations sont acquises dans le cadre d'une position statique prolongée (décubitus). Cette position est statique du fait de la raideur sous-jacente de la charnière occipito-cervicale, le plus souvent en rotation ou en extension. Dans tous les cas, prendre en charge les plagiocéphalies est impératif car elles induisent de nombreuses conséquences : déformation de la face et des cavités, réactions musculaires cervicales avec contractures et inversions de courbures, troubles digestifs et psychomoteurs, etc.

L'objectif du traitement est de rétablir la compliance crânienne, à commencer par sa composante suturale. À terme, il faut également veiller à l'intégrité du rachis cervical et notamment à l'angle formé entre l'odontoïde – qui, au stade bipède, doit être orienté en haut et en arrière – et le foramen magnum. Cet angle participera à la formation progressive du rachis cervical. Au-delà du travail sutural, il est nécessaire de préserver la mobilité de l'occipital dans le plan sagittal. Le bon fonctionnement du rachis occipito-cervico-dorsal servira, entre autres, à préparer l'élévation des référentiels céphaliques – qui doivent être calés sur l'horizontale terrestre – lors de l'acquisition de la position debout.

**Manipulation vertébrale : mode d'action et conséquences cliniques**

Xavier Blusseau, ostéopathe DO, vice-président de l'AFO



Qu'est-ce qu'une manipulation vertébrale ? Que sait-on de ses modes d'actions et de ses conséquences cliniques ? Qu'en dit la Haute autorité de santé (HAS) ? Xavier Blusseau dresse ici l'état des lieux des connaissances actuelles de cette pratique. La HAS définit la manipulation comme une manœuvre thérapeutique passive de haute vélocité et de courte amplitude, administrée après une mise en tension.





Elle reconnaît l'efficacité des manipulations vertébrales et les préconise dans ses recommandations professionnelles lors de lombalgies et cervicalgies aiguës de l'adulte (non publiées à ce jour). Dans les affections chroniques du rachis cervical et lombaire, ces gestes thérapeutiques ont également démontré un effet antalgique important et présentent un intérêt en association avec d'autres thérapeutiques.

## Que dit la littérature du mode d'action d'une manipulation et de ses conséquences cliniques ?

En pratique, une manipulation vertébrale correspond à un mouvement spécifique et rapide de deux pièces osseuses. Elle entraîne la déformation (étirement) des structures de liaison articulaire (capsule, ligaments, etc.) et, de fait, une contrainte sur les mécanorécepteurs des tissus articulaires. Un phénomène cavitaire des articulaires postérieures, et parfois discal, est ainsi créé par la décoaptation des surfaces articulaires.

Plusieurs conséquences cliniques d'une manipulation ont été décrites par la HAS ou mises en évidence par des études de chiropraxie : diminution des contractures musculaires par réflexe neuromusculaire (avec diminution du rayon de courbure pour les lordoses), gain de l'amplitude articulaire, amélioration de la proprioception et de la capacité motrice de l'articulation, et augmentation du seuil de tolérance à la douleur. Certains effets neurovégétatifs peuvent apparaître. Il est également intéressant de noter l'aspect anti-inflammatoire qu'apporte une manipulation vertébrale.

## Où se situent réellement les gestes des manipulations vertébrales ?

La HAS parle de faible sinistralité de la manipulation. Néanmoins, le risque potentiel serait souvent associé à la notion de terrain. Mais il n'existe pas de tests cliniques fiables pour mettre en évidence les sujets à risque. Des études ont pu établir certains composants du geste (paramètres) à proscrire autant que possible au sein de la manipulation afin de minimiser la survenue de complications. Pour le rachis cervical, le mouvement de rotation axiale de la colonne s'avère délétère. Les lombaires, quant à elles, souffrent de l'association rotation axiale-flexion. Par ailleurs, toute manipulation avec point d'appui à distance de l'articulation à manipuler est potentiellement à risque. Il faut notamment être vigilant dans la prise mentonnière lors de manipulations cervicales. Dans une lordose, toute manipulation vertébrale doit donc être réalisée avec un appui local sur la vertèbre, en limitant les mouvements de rotation axiale.

## Manipuler avec sécurité : les trois étapes à maîtriser

La mise en position du segment à manipuler, la précharge appliquée à l'articulation déterminée et la poussée nécessaire à la décoaptation des surfaces articulaires sont trois conditions indispensables à la manipulation sécurisée. Chacune doit permettre aux autres d'être efficaces. Ainsi, la mise en position doit permettre à la précharge et à la poussée de décoapter les articulaires postérieures, la précharge étant orientée dans la même direction que la poussée. La mise en position ne doit en aucun cas rigidifier les segments sus- et sous-jacents à l'unité fonctionnelle rachidienne (UFR) à manipuler et ne laisser que cette dernière mobile, ce qui risquerait d'être délétère pour les tissus lors de la poussée.

La précharge appliquée à l'UFR doit se matérialiser comme une force

constante dans la direction de la poussée future. Elle entraîne, d'une part, la déformation de l'ensemble d'un segment, qui se trouve limitée par l'UFR à manipuler et, d'autre part, une limitation de l'amplitude et donc de la force nécessaire à la poussée. Elle recherche un « point dur », c'est-à-dire une résistance. Vient ensuite la poussée, troisième temps de la manipulation, qui ne doit pas être puissante mais rapide. C'est pourquoi il est important que la précharge soit appliquée au plus proche de la barrière ressentie. La durée de la poussée devra alors être inférieure à 0,2 seconde afin d'éviter tout réflexe musculaire de défense.

Lors de la manipulation, l'ensemble du segment se déforme. Après la poussée, la pièce s'inscrit dans cette déformation. On ne peut donc pas isoler le mouvement d'une UFR du reste du segment auquel elle appartient. Il a d'ailleurs été montré que la poussée lors d'une manipulation entraîne des mouvements de moindre amplitude de l'UFR contactée par rapport aux sus- et sous-jacents.

L'étude du mouvement pendant la poussée est difficile à réaliser car l'imagerie n'est pas assez rapide. Néanmoins, il semblerait qu'une accélération locale se produise lors de la décoaptation des facettes et que l'amplitude de la poussée appliquée par le thérapeute dépasse toujours les possibilités de mouvement de l'UFR. Dans son intervention intitulée « Manipulation vertébrale : réflexions autour des techniques directes et indirectes », Jean-François Terramorsi, ostéopathe DO et directeur de l'IFSO Rennes, a précisé qu'il revient à l'ostéopathe de définir et de visualiser la barrière pour arrêter le geste lors de la poussée afin de ne pas léser les tissus. Il utilise une image pour expliquer qu'une manipulation n'est pas « frapper une porte » de toute sa force, mais de pouvoir arrêter son élan (sa poussée) à temps afin de « frapper à la porte » tout simplement.

### Mécanorécepteurs et mécano-transduction

Marie-Claude Tassoni, docteur en biologie moléculaire, département de mécano-biologie, Ostéobio



Marie-Claude Tassoni a expliqué des notions essentielles sur la mécano-biologie métabolique des tissus articulaires, c'est-à-dire sur la réaction tissulaire et plus précisément cellulaire d'une stimulation mécanique physiologique. Ces connaissances pourraient aider les ostéopathes à mieux percevoir l'action de leurs techniques.

Au niveau articulaire, le tissu conjonctif est composé de cellules (fibroblaste-chondroblaste) et d'une matrice extracellulaire jouant un rôle d'interface entre le milieu extérieur et la cellule. Cette matrice est constituée de deux phases, une phase solide composée de fibres de collagène reliées aux mécanorécepteurs cellulaires et de protéoglycannes, et une phase liquide constituée d'eau et de macromolécules dissoutes. Les deux biomatériaux (collagène et protéoglycannes), synthétisés par la cellule, réagissent aux contraintes mécaniques imprimées sur le tissu (le mouvement articulaire).

De ces contraintes physiologiques résulte une déformation de la membrane cellulaire par l'intermédiaire des mécanorécepteurs membranaires. Les études expérimentales ont montré que deux types de contraintes pouvaient être appliquées sur la cellule : l'éti-

rement et le cisaillement, ce dernier étant concomitant à un flux hydrique sortant et donc délétère pour le tissu. Néanmoins, ces deux stimulations agissent sur l'activité de production et dégradation des biomatériaux (métabolisme).

La matrice extracellulaire joue un rôle d'interface entre le mouvement articulaire à l'origine des contraintes et la cellule elle-même. La cellule se trouve donc protégée d'un excès de stimulation lorsque la matrice est de bonne qualité et que la contrainte mécanique reste physiologique. D'après les recherches expérimentales, une contrainte dynamique entretient le métabolisme physiologique, tandis qu'une contrainte statique, ou encore une absence totale de contrainte, augmentent le processus de dégradation métabolique. Il faut donc éviter le « trop » ou « trop peu » de déformation des membranes cellulaires pour préserver le tissu. Par ailleurs, les effets de la contrainte sur le tissu dépendent de l'intensité et de la fréquence de celle-ci. Pour le tissu articulaire, les valeurs bénéfiques sont estimées à 0,5 Hz pour la fréquence, et entre 4 et 8 % d'étirement pour l'intensité de la stimulation.

### Quelles conséquences structurelles de la mécano-transduction métabolique ?

Les contraintes physiologiques décrites ci-dessus entraînent une régulation de la teneur en biomatériaux au sein du tissu articulaire, ainsi que la régulation de leur organisation spatiale. Est également observée une augmentation de la raideur articulaire, c'est-à-dire une augmentation de la résistance à la déformation du tissu articulaire. Il faut noter que la vitesse de mise en contrainte d'un tissu produit des effets importants sur la mécano-transduction métabolique. En effet, l'ampleur des flux hydriques, la déformation de la matrice solide et la pression hydrostatique dans le tissu pendant la mise en contrainte sont « vitesse dépendants ».

Plus la vitesse est faible, plus la déformation est grande et la sortie d'eau importante. À l'inverse, plus la vitesse est forte, plus la déformation sera faible et la sortie d'eau peu importante car l'eau n'aura pas eu le temps de sortir du tissu.

Ce constat nous amène à penser que dans notre pratique ostéopathique, une manipulation articulaire bien appliquée de type trust serait moins délétère pour le tissu qu'une mobilisation lente de cette même articulation.

### Rotation axiale vertébrale et scoliose : traitement de la scoliose de l'adolescent

Eusébio Gomez, ostéopathe



À Porto au Portugal, Eusébio Gomez a intégré une équipe hospitalière afin d'apporter ses connaissances et réflexions en biomécanique dans la création d'un corset à l'usage des adolescents souffrant de scoliose. Le corset mis en place au cours de cette étude vise à réduire les déviations vertébrales de type torsions en agissant uniquement sur la réduction mécanique des translations des ceintures pelviennes et scapulaires. L'action s'effectue donc strictement dans le plan frontal, mais permet au rachis une liberté d'adaptation antéro-postérieure dans le plan sagittal.

Après un mois seulement de port, les résultats se sont révélés très positifs dans les déviations vertébrales (torsions). Ces résultats encourageants font suite à des essais infructueux, au sein même de cette étude, de mise en place de corsets visant à corriger directement les torsions vertébrales par la mise en rotations opposées des deux ceintures. Ces premiers résultats viennent confirmer ce qui est enseigné dans certaines écoles d'ostéopathie pour traiter la scoliose : il faut commencer par corriger l'inclinaison du rachis et ce faisant, agir sur les translations frontales des ceintures scapulaire et pelvienne avant d'envisager de corriger les rotations vertébrales qui sont une compensation secondaire du rachis.

## Examen clinique du nouveau-né et du nourrisson

Jean-Pierre Relier, professeur en pédiatrie, AP-HP Paris

Jean-Pierre Relier s'est attaché à présenter l'examen clinique neurologique classique pouvant être pratiqué par l'ostéopathe dans son cabinet pour apprécier la maturation neurologique du nouveau-né. Une attention particulière a été portée aux prématurés, population à risque élevé de déficit neurologique. Voici la description de quelques tests pouvant aider l'ostéopathe dans son examen clinique.

## 1 Examen morphologique

**Score de maturation morphologique de Valérie Farr :** à l'inspection, il permet d'apprécier l'âge gestationnel du nouveau-né selon sa morphologie. Il s'intéresse notamment à la couleur et la qualité de la peau, aux cheveux, à la morphologie du pavillon de l'oreille, etc. Ainsi, l'aspect physique variera entre un prématuré et un nouveau-né né à terme, et augurera des résultats de certains des tests neurologiques suivants.

## 2 Examen neurologique

- **Les réflexes archaïques :** la recherche de ces réflexes aide à suivre l'évolution neurologique du nouveau-né. Leur présence est physiologique de 0 à 3 mois. Au-delà de 5 mois, ils sont toujours révélateurs d'une souffrance neurologique. Attention cependant au test de Moro, source de douleur pour le nouveau-né.

- **Le tonus**

- **Tonus axial et périphérique :** la position assise permet de détecter plus facilement certaines anomalies du tonus axial (hyper ou hypotonie postérieure) selon la position de la tête. Parallèlement, le test de l'angle pied-jambe explore facilement le tonus périphérique (tonicité musculaire du triceps sural). L'angle est fermé chez le nouveau-né à terme puis s'ouvre peu à peu à mesure de la maturation neurologique. Chez le prématuré, l'angle est physiologiquement ouvert à la naissance sans hypertonie du



triceps, résultat de la position intra utérine du fœtus. D'autres tests existent pour l'exploration du tonus et se réfèrent le plus souvent à l'ouvrage de Claudine Amiel-Tison, professeur en pédiatrie.

- **Autres tests et réflexes**

- **Test cutané plantaire :** la présence du signe de Babinski est physiologique chez le nouveau-né.

- **Réflexes ostéo-tendineux :** une hypertonie neurologique physiologique à la naissance explique la présence de ROT vifs.

### Pour en savoir plus

*Score de maturation morphologique,* Valérie Farr

*Neurologie du nouveau-né,* Suzanne Saint-Anne Dargassies

*Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans,*

Julie Gosselin et Claudine Amiel-Tison

*Adrien, Étude d'un cas clinique,*

Jean-Pierre Relier



# L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

1<sup>er</sup> magazine d'information  
des ostéopathes

www.losteopathe.fr

# L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

L'ostéopathe magazine, premier bimestriel  
entièrement consacré aux ostéopathes,  
vous propose tous les deux mois :

## ACTUALITÉS

Les rendez-vous à ne pas manquer  
L'agenda des formations  
L'actualité socio-professionnelle des ostéopathes

## MÉTIER

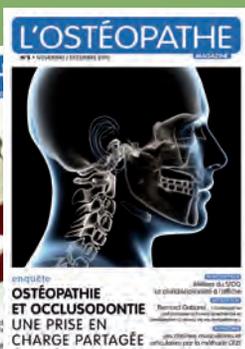
Des interviews d'ostéopathes  
Des reportages métiers  
Des dossiers complets sur des sujets au cœur de l'ostéopathie

## HORIZONS

Des conseils d'experts sur la prise en charge du patient  
Tour d'horizon des complémentarités de l'ostéopathie avec d'autres pratiques

## GESTION

Des conseils pour la gestion de cabinet



## ABONNEMENT

1 an / 6 numéros : 120 €

## TARIF ÉTUDIANT

abonnement 1 an / 6 numéros  
60 € au lieu de 120 €

CONTACT : Reza Redjem-Chibane

09.50.79.13.17 - 06.28.04.48.78 - reza.redjem@losteopathe.fr

[www.losteopathe.fr](http://www.losteopathe.fr)



**Joseph E. Muscolino**  
Editions Elsevier, 544 pages  
Novembre 2010  
74 €  
ISBN : 9782810101559

## Manuel de palpation osseuse et musculaire - Points gâchettes, zones de projection et étirements

Joseph E. Muscolino fournit une méthode pour isoler le muscle cible, le mettre en contraction et s'assurer que les doigts de palpation sont au bon endroit. Le manuel détaille les points gâchettes, les zones de projection de ces points et les étirements répertoriés pour chaque muscle du corps humain. Sont également abordés les méthodes de palpation, des rappels sur les insertions et les actions de tous les muscles, les techniques palpatoires de chaque muscle, les étirements ainsi que des remarques sur la biomécanique. Des figures et des photos en couleurs montrent exactement comment le muscle palpé se situe sous la peau ainsi que les zones de palpation osseuse. Deux DVD de vidéos de démonstrations complètent le propos du livre.

### Le point de vue d'Olivier Massi, ostéopathe DO

Le manuel de palpation osseuse et musculaire de Joseph E. Muscolino permet, par ses schémas et ses photographies, d'obtenir rapidement une information. Il présente de façon claire les différents os et muscles du corps humain, du crâne aux pieds. Représenter les muscles par des schémas en surimpression sur un modèle vivant permet au lecteur de visualiser l'os, le ligament ou le muscle, de se le représenter dans l'espace ainsi que dans la région concernée. Pour chaque muscle, le rappel des points gâchettes et de son étirement est un complément utile au praticien.

Cependant, ce livre ne concerne que les éléments anatomiques cités. Il y manque les fasciae des différentes zones traitées. Ce qui apporterait aux ostéopathes un plus intéressant. Ce livre peut également être utile pour expliquer un traitement à un patient.



**Serge Tixa  
et Bernard Ebenegger**  
Editions Masson,  
272 pages  
Novembre 2010  
53,90 €  
ISBN : 9782294713057

## Atlas de techniques articulaires ostéopathiques Tome 1 - Les membres 2<sup>e</sup> édition

Cet atlas propose des techniques originales et consacre une place importante à des régions peu décrites par ailleurs. Pour chaque articulation (épaule, coude, poignet et main, hanche, genou, cheville et pied), les restrictions de mobilité font l'objet d'un diagnostic. Le test de mobilité est suivi de l'exposé des points essentiels du tableau clinique, ainsi que des causes principales de la dysharmonie articulaire.

Les techniques sont illustrées par des photographies du patient en situation selon une même séquence : positions du praticien et du patient ; positionnement des mains ; mise en place précise des paramètres de réduction ; réduction. Cette nouvelle édition précise certaines approches dans les tests de diagnostic des régions anatomiques mais donne aussi des astuces pour optimiser une mobilisation (avec ou sans impulsion).

### Le point de vue d'Olivier Massi, ostéopathe DO

L'atlas de techniques articulaires ostéopathiques est simple et aisé à lire. Il permet de se remettre en mémoire les techniques essentielles de l'ostéopathie structurale périphérique. Les photographies sont claires et bien annotées. Un dessin explicatif de la dysfonction faciliterait sa compréhension. Pour chaque technique, un paragraphe présente des aspects « cliniques », des symptomatologies possibles et apporte ainsi un élément supplémentaire au praticien pour lui permettre de « bâtir sa propre réflexion ». Utile comme un dictionnaire pour se corriger, combler une lacune ou un oubli.

courrier des  
lecteurs

**Réagissez**  
**Commentez**  
**Analysez**  
**Échangez**

*L'ostéopathe*  
*magazine*  
vous donne  
la parole !

À travers notre nouvelle rubrique **courrier des lecteurs**, réagissez à nos reportages et à nos articles. Apportez votre regard et votre expérience personnelle sur des sujets que nous avons traités ou sur d'autres thématiques relatives à l'ostéopathie. Nous vous donnons la parole pour prolonger la réflexion, élargir le débat et proposer un regard critique.

Faites-nous part de vos réflexions, commentaires et analyses. Nous les publierons.

**COMMENT ?**



**Par e-mail :**

[courrierdeslecteurs@osteopathe.fr](mailto:courrierdeslecteurs@osteopathe.fr)

**Par courrier :**

L'ostéopathe magazine – 176, rue Saint-Maur 75011 Paris  
Précisez vos nom, prénom, âge, profession, téléphone et ville d'exercice.



## mars

Embryologie  
dynamique et ostéopathie  
(2<sup>nd</sup> module)

Du 4 au 6 mars

LOPG

Lieu : Loos (59)

Tarif : 900 €

[www.post-graduate.fr](http://www.post-graduate.fr)

Ostéopathie  
et occlusodontie

Du 9 au 11 mars

ESO

Lieu : Champs-sur-Marne (77)

Tarif : 500 €

[www.eso-suposteo.fr](http://www.eso-suposteo.fr)

Ostéopathie biocinétique  
et biodynamique

Du 10 au 13 mars

René Briend

Lieu : Locquirec (29)

Tarif : 680 euros

[www.bio-dynamique.com](http://www.bio-dynamique.com)

Approche ostéopathique  
des plagiocéphalies

et du champ

occluso-dentaire

Du 13 au 15 mars

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 595 €

[www.cfpcoco.fr](http://www.cfpcoco.fr)

Pharmacognosie  
et ostéopathie :  
complémentarités  
scientifiques

Du 17 au 19 mars

LOPG

Lieu : Loos (59)

Tarif : 450 €

[www.post-graduate.fr](http://www.post-graduate.fr)

Thérapie manuelle  
en uro-gynécologie  
(partie 3)

18 et 19 mars

IFCOS

Lieu : Lille (59)

Tarif : 395 €

[www.ifcos.fr](http://www.ifcos.fr)

Ostéopathie du sport  
(partie 1)

18 et 19 mars

IFCOS

Lieu : Louvain (Belgique)

Tarif : 395 €

[www.ifcos.fr](http://www.ifcos.fr)

Acupuncture -  
acusynthèse  
du Dr Vandesrasier

18 et 19 mars

IFCOS

Lieu : Louvain (Belgique)

Tarif : 395 €

[www.ifcos.fr](http://www.ifcos.fr)

Les techniques  
facettaires

19 et 20 mars

AFCMS

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 420 €

[www.afcms.fr](http://www.afcms.fr)

Traitement des pathologies  
musculo-squelettiques  
par l'acupuncture  
traditionnelle chinoise

Du 19 au 23 mars

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 1 400 €

[www.cfpcoco.fr](http://www.cfpcoco.fr)

Thérapie manuelle spéciali-  
sée équine (module 4)

Du 25 au 27 mars

IFCOS

Lieu : La Capelle (02)

Tarif : 395 €

[www.ifcos.fr](http://www.ifcos.fr)

Ostéopathie périnatale :  
récupération du post-partum

Du 25 au 27 mars

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 595 €

[www.cfpcoco.fr](http://www.cfpcoco.fr)

Prise en charge  
ostéopathique des vertiges  
26 et 27 mars

Ostéo évolution

Lieu : Aix-en-Provence (13)

Tarif : 390 €

[www.osteo-evolution.fr](http://www.osteo-evolution.fr)

Perfectionnement  
en techniques structurales  
et ostéopathie des sportifs  
de haut niveau

27 et 28 mars

Sport ostéo

Lieu : Lyon (69)

Tarif : 390 €

[www.sport-osteo.com](http://www.sport-osteo.com)

# avril

Manipulation-  
structurelle-tissulaire -  
région lombo sacrée  
2 et 3 avril

Ostéo-évolution

Lieu : Lyon

Tarif : 360 €

[www.osteo-evolution.fr](http://www.osteo-evolution.fr)

Ostéopathie et diagnostic  
en médecine traditionnelle  
chinoise

2 et 3 avril

Bretagne ostéopathie

Lieu : Rennes (35)

Tarif : 330 €

[www.bretagne-osteopathie.com](http://www.bretagne-osteopathie.com)

2<sup>ndes</sup> rencontres françaises  
en ostéopathie

Du 2 au 4 avril

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 595 €

[www.cfpcfo.fr](http://www.cfpcfo.fr)

Perfectionnement  
en techniques structurelles  
et ostéopathie des sportifs  
de haut niveau

3 et 4 avril

Sport ostéo

Lieu : Nîmes (30)

Tarif : 390 €

[www.sport-osteo.com](http://www.sport-osteo.com)

Ostéopathie et optométrie

Du 7 au 9 avril

ESO

Lieu : Champs-sur-Marne (77)

Tarif : 500 €

[www.eso-suposteo.fr](http://www.eso-suposteo.fr)

L'ostéopathie structurelle

8 et 9 avril

LOPG

Lieu : Loos (59)

Tarif : 400 €

[www.post-graduate.fr](http://www.post-graduate.fr)

Les techniques facettaires  
(session 2)

9 et 10 avril

AFCMS

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 420 €

[www.afcms.fr](http://www.afcms.fr)

Ostéopathie du sport  
(partie 1)

15 et 16 avril

IFCOS

Lieu : Louvain (Belgique)

Tarif : 395 €

[www.ifcos.fr](http://www.ifcos.fr)

SAT : specific adjusting  
technique (2<sup>e</sup> partie)

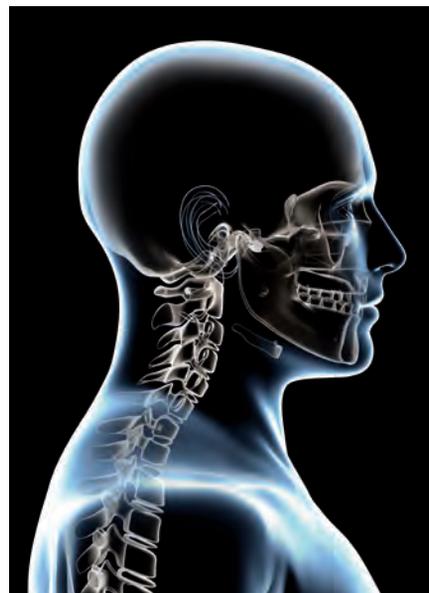
Du 15 au 17 avril

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 800 €

[www.cfpcfo.fr](http://www.cfpcfo.fr)



Perfectionnement  
en techniques structurelles  
et ostéopathie des sportifs  
de haut niveau

29 et 30 avril

Sport ostéo

Lieu : Bordeaux (33)

Tarif : 390 €

[www.sport-osteo.com](http://www.sport-osteo.com)

Ostéopathie, tensions  
myofasciales et méridiens

Du 29 avril au 1<sup>er</sup> mai

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 595 €

[www.cfpcfo.fr](http://www.cfpcfo.fr)

L'application du concept  
de tenségrité en ostéopathie  
structurale (1<sup>re</sup> partie)

Du 30 avril au 1<sup>er</sup> mai

Bretagne ostéopathie

Lieu : Lorient (56)

Tarif : 370 €

[www.bretagne-osteopathie.com](http://www.bretagne-osteopathie.com)

**Du 2 au 4 mars 2011****XXXIX<sup>es</sup> Entretiens de médecine physique et de réadaptation**

Les thèmes abordés au cours de ces rencontres qui se dérouleront à Montpellier sont très variés : gestion du risque cardio-vasculaire, risque fracturaire chez le sujet âgé, éducation thérapeutique et rachis, algies pelvi-périnéales et thérapies manuelles et douleurs rachidiennes de l'enfant et de l'adolescent.

**Plus d'informations sur :**

<http://empr.errf.free.fr/EMPR/ProchSession.php>

**Du 5 au 12 mars 2011****7<sup>es</sup> rencontres de thérapie-manuelle-ostéopathie en techniques non forcées**

Le rachis cervical sera au centre des conférences qui animeront à Tignes ces 7<sup>es</sup> rencontres de thérapie-manuelle-ostéopathie en techniques non forcées. De nombreuses conférences théoriques et de nombreuses techniques seront abordées. Les techniques selon Marsman notamment. Elles allient les connaissances de la médecine orthopédique, de l'ostéopathie, de la posturologie, avec les notions de latéralité, de mouvements préférentiels et de biomécanique holistique de l'appareil locomoteur. Autres conférences pratiques : *Le placement corporel du binôme : thérapeute / patient et mouvements préférentiels dans les voies de passage* et *Gestuelles corporelles du patient et dysfonctions ostéopathiques*.

**Plus d'informations sur :**

[www.amphotherapie.fr/](http://www.amphotherapie.fr/)

**Du 2 au 4 avril 2011****Secondes rencontres françaises en ostéopathie**

Le thème de cette année portera sur la fonction respiratoire, le diaphragme, les viscères thoraciques, leur place et leur importance dans les traitements ostéopathiques.

Une respiration équilibrée est un préalable indispensable pour que la loi de l'artère, principe fondamental en ostéopathie, puisse exprimer ses pouvoirs homéostasiques. Dans la philosophie ostéopathique, deux systèmes respiratoires co-existent : la respiration primaire et la respiration pulmonaire. La respiration primaire est le reflet de l'état de santé et d'équilibre. C'est un mouvement fin qui se palpe et peut se rééquilibrer par des techniques subtiles. La respiration pulmonaire est une fonction vitale qui fournit l'énergie indispensable à la vie, elle régule la voix, les émotions, la performance, la digestion, la posture, etc. Souvent « simplement » considérée comme une fonction physiologique à rééquilibrer, elle peut pourtant devenir un outil thérapeutique puissant dans son abord posturo-respiratoire ou somato-émotionnel par exemple. L'objectif de ces rencontres qui se dérouleront à Paris est d'utiliser au mieux la respiration dans les traitements ostéopathiques.

**Plus d'informations sur :**

[www.cfpc.fr](http://www.cfpc.fr)

**Du 6 au 9 avril 2011****Congrès international d'ostéopathie**

Organisé conjointement par le registre des ostéopathes italiens et l'EBOM (european institute for evidence-based osteopathic medicine), ce congrès se déroulera à Florence en Italie. L'evidence based medicine (EBM) ou médecine factuelle est fondée sur des preuves provenant d'études cliniques systématiques, telles que des essais contrôlés randomisés en double aveugle, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites.

Au programme, des conférences sur les bases scientifiques de l'ostéopathie, sur la tenségrité et le somato-viscéral. Mais surtout, toute une série d'interventions sur l'ostéopathie et ses champs d'application médicaux : endocrinologie, neurologie, ophtalmologie, ORL, obstétrique-gynécologie, pneumologie, pédiatrie, gastro-entérologie, cardiologie et urologie, etc.

Les participants pourront également prendre connaissance d'études cliniques sur l'ostéopathie et la santé

**Plus d'informations sur :**

[www.osteopatia2011.it](http://www.osteopatia2011.it)



# Ostéopathie viscérale : ces viscères qui pensent

Pour aborder la sphère viscérale, il est nécessaire de faire appel à de nombreuses compétences dans plusieurs disciplines. Pour traiter ce sujet, nous avons choisi de nous appuyer sur les conférences qui ont réuni, au cours du 8<sup>e</sup> symposium international ostéopathique de Nantes, des professionnels d'horizons variés. Anatomie clinique, fascias, sphère digestive du nourrisson, manipulations spécifiques, recherche, etc. Nous vous proposons les développements de quelques-uns des intervenants du symposium qui, cette année encore, a su placer l'ostéopathie au centre des échanges.



Organisés par l'association IOR (International Osteopathic Research), les symposiums internationaux ostéopathiques de Nantes, dont la huitième édition s'est déroulée les 19 et 20 novembre 2010, mettent l'accent sur la pluridisciplinarité. Ils permettent la rencontre de professionnels de santé sur un sujet donné. Le thème de cette année, *Approche pluridisciplinaire de la sphère viscérale*, a été décliné au travers de 14 conférences. Autant de points de vue et d'expériences qui ont permis d'aborder l'ostéopathie viscérale sous de nombreux aspects.

### Des états mixtes où troubles fonctionnels et organiques sont mêlés

En effet, l'abord de la sphère viscérale en ostéopathie nécessite de posséder des connaissances approfondies en physiologie et en anatomie. Notamment lorsqu'il s'agit de mieux comprendre les pathologies et les dysfonctionnements de la sphère oro-digestive. C'est pourquoi, Stanislas Bruley des Varannes, gastroentérologue, a présenté les différentes phases de motricité digestive et pour chacune d'elles, a détaillé les mécanismes mis en jeu ainsi que leur régulation.

André Métra, ostéopathe DO, a quant à lui mis en avant l'intérêt de l'anatomie dans l'abord ostéopathique de la sphère viscérale. La bonne connaissance anatomique de cette région permet, au cours de l'examen clinique et au moyen de la palpation, de poser un diagnostic précis. Un exercice d'autant plus difficile « qu'il existe des états mixtes où troubles fonctionnels et organiques sont mêlés » soulève ce dernier. Dès lors, il est indispensable de connaître les tests de base qui permettront de poser un diagnostic d'exclusion le plus fiable possible (voir les fiches techniques pages 29). L'approche ostéopathique de la sphère digestive du nourrisson a également été abordée par Daniel Chopineaux, ostéopathe DO. Dans cette prise en charge, explique-t-il, « il faut toujours garder présent à l'esprit que le système digestif et neurologique du bébé est immature. »

### Mieux comprendre les mécanismes des techniques ostéopathiques

Par ailleurs, les manipulations ostéopathiques peuvent agir au-delà de la région concernée. Les travaux de Noël Méi, neurobiologiste et ancien directeur de recherche au CNRS, sur la sensibilité viscérale permettent aujourd'hui de mieux comprendre, au niveau neurologique, les mécanismes mis en jeu par ces techniques. L'originalité de ses travaux montre à quel point cette région peut être méconnue et justifie les recherches que de nombreux ostéopathes produisent sur le sujet. Ainsi, l'équipe de Nicolas Erofeev, neurophysiologiste russe, a mené des travaux sur le *Monitoring physiologique au cours des manipulations viscérales* afin de prouver scientifiquement l'efficacité des techniques ostéopathiques alors que Jacques Saada, Charlène Granier et Sandrine Piraud, ostéopathes DO, se sont interrogés sur l'intérêt de la manipulation ostéopathique du coccyx par toucher rectal.

## PRÉ-SOMMAIRE

### Anatomie et accord palpatoire à l'unisson

André Métra, ostéopathe DO

### Quand l'intestin fait sa loi

Stanislas Bruley des Varannes, gastroentérologue

### Le toucher rectal ostéopathique : un traitement, pas un diagnostic

Jacques Saada, Charlène Granier et Sandrine Piraud, ostéopathes DO

### Les points clés pour comprendre l'innervation viscérale

Noël Méi, neurobiologiste et ancien directeur de recherche au CNRS

### D'abord analyser la fonction de succion-déglutition

Daniel Chopineaux, ostéopathe DO

## LES AUTRES CONFÉRENCES

### Organes structurants, viscères adaptatifs et biomécanique de l'aplomb

Pierre-Yves Robert, ostéopathe DO

### Les trois séquences fasciales internes

Carla Stecco, orthopédiste et anatomiste et Marco Morelli, ostéopathe (Italie)

### Ostéopathie intra pelvienne et arbre gynécologique, sexualité et identité

Christine Schweitzer-Michel, ostéopathe DO et sage-femme

### Monitoring physiologique au cours des manipulations viscérales

Nicolas Erofeev, neurophysiologiste (Russie)

### Sphère digestive et drainage homéo-phytothérapique

Patrick Gessant, homéopathe

### Considérations méthodologiques en termes de recherche viscéro-somatique

Laura Gentilini et Michela Foppiano, ostéopathes (Italie)

### Prévalence des dysfonctions somatiques chez des patients adultes atteints de mucoviscidose

Lucile Soubeiran et Rafaël Zegarra-Parodi, ostéopathes DO

### La langue : trait d'union entre le système pariétal et viscéral

Alain Piron, ostéopathe (Belgique)

### La voix : fonction viscérale ou pariétale ?

Jean-Blaise Roch, phoniatre et ostéopathe DO

Cette technique ayant été retirée de la pratique ostéopathique, ils nous apportent néanmoins des éléments de réponse à travers une étude rétrospective. Mais la sphère viscérale est un ensemble dont la bouche fait partie. C'est pourquoi, Alain Piron s'est attaché à décrire la langue et notamment sa situation particulière entre le système pariétal et viscéral. Une intervention complétée celle de Jean-Blaise Roch, phoniatre et ostéopathe, sur la voix. Deux témoignages que nous développerons plus particulièrement dans un prochain reportage.

L'approche viscérale, composante indispensable de la pratique ostéopathique, offre à la fois un large champ d'investigation scientifique et un grand potentiel thérapeutique pour les ostéopathes. Elle n'est pas figée. Elle fait l'objet de recherches et les récentes découvertes en neurosciences contribueront certainement à légitimer l'action des ostéopathes dans ce domaine.

**André Metra, ostéopathe DO**

## Anatomie et accord palpatoire à l'unisson

### OBSERVATION ANATOMO-CLINIQUE DU TUBE DIGESTIF

**Discipline rationnelle, raisonnée et fondée sur l'anatomie, l'ostéopathie peut s'inscrire à part entière dans une équipe médicale. Les techniques ostéopathiques sont tirées de l'observation de l'anatomie et, pour Andrew Taylor Still, « l'ostéopathie, c'est de l'anatomie, encore de l'anatomie, toujours de l'anatomie ». Dès lors, quelles conséquences logiques et réflexions thérapeutiques peut-on déduire de l'observation anatomo-clinique du tube digestif ? Comment fonctionnent les manipulations viscérales et quelle est la place de l'ostéopathie ?**



D'après les principes fondamentaux d'Andrew Taylor Still, le corps est une unité fonctionnelle où la structure gouverne la fonction et inversement. La règle suprême de l'artère et du nerf s'impose et le corps trouve en lui-même tous les éléments nécessaires pour s'auto-défendre et s'auto-gérer. De plus, la personne doit être prise en compte dans sa globalité. Ainsi, afin qu'une fonction puisse s'accomplir correctement, il faut une bonne innervation et une vascularisation pour une structure intègre, tout ceci dans un contexte psychologique

propre à chaque individu. C'est pourquoi, en suivant les principes fondamentaux de sa discipline, le travail de l'ostéopathe sera, à travers l'anatomie, de rétablir la physiologie pervertie. Pour John Martin Littlejohn, élève d'Andrew Taylor Still, « En ostéopathie, la symptomatologie est importante. Derrière la symptomatologie se cache la physiologie pervertie, conduisant aux symptômes de l'anormal, qui n'est pas pathologique, mais l'expression physiologique et la manifestation vitale de l'organisme corporel ».

#### **Comment l'ostéopathe peut-il intervenir dans la sphère viscérale ?**

L'objectif de l'ostéopathe sera de redonner de la mobilité aux viscères (notion d'articulation viscérale, de fluidité viscérale) et de restaurer la motilité viscérale. À l'aide de techniques viscérales appliquées directement sur l'organe et sur son environnement, il pourra stimuler et obtenir une perfusion optimum du parenchyme de l'organe. Par ailleurs, des techniques crâniennes et structurelles lui permettront de réguler les informations neuro-végétatives et neuro-hormonales agissant sur l'organe. Toutes ces techniques vont jouer un rôle prépondérant pour assurer la trophicité en apportant aux cellules du parenchyme de l'organe tout l'oxygène, toutes les informations hormonales et nerveuses nécessaires pour assurer une protection et un drainage cellulaire optimum. Un bon fonctionnement viscéral aura alors un retentissement sur l'organisme tout entier.

D'autre part, l'ostéopathie est habituellement décrite comme une thérapie qui s'adresse aux troubles fonctionnels. La réalité n'est pas aussi simple car il existe des états mixtes où troubles fonctionnels et organiques sont mêlés. C'est à l'ostéopathe de prendre en compte l'environnement anatomique, circulatoire, hormonal et nerveux, et ce dans un contexte psychologique propre à chaque individu. Il devra déterminer avec l'interrogatoire, l'observation clinique, les examens complémentaires et l'imagerie médicale, si la plainte du patient est ou non du ressort de sa discipline.

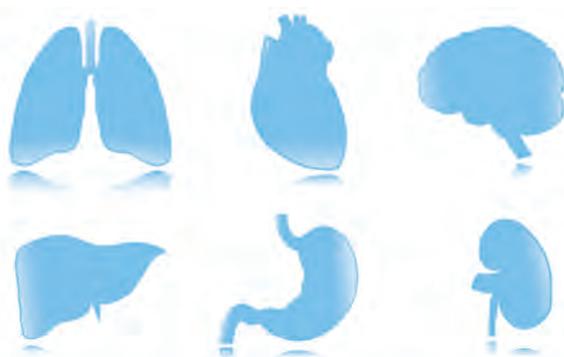
Néanmoins, en ostéopathie viscérale, en plus de l'altération de l'état général du patient, il existe cinq grands signes dont il faut se méfier : une douleur vive, un essoufflement non diagnostiqué, une fièvre, un ictère et un saignement. Une fois tous ces signes écartés, le praticien peut prendre en charge les

personnes souffrant d'un trouble du fonctionnement du tube digestif sans lésion organique décelable. La préoccupation première doit être l'optimisation de la digestion et de l'assimilation des nutriments et des oligoéléments car l'équilibre de l'écosystème intestinal (flore, muqueuse et système immunitaire) est primordial.

## L'accord palpatoire et l'examen clinique

C'est le dialogue qui doit exister entre la main du praticien et son esprit. La main va recueillir l'expression tissulaire, l'esprit va analyser, scannériser et interpréter les sensations tissulaires ressenties. La qualité de cet accord palpatoire sera dépendante de deux facteurs : le crédit de peau et la mise en tension. Au cours de la palpation, lorsque la main est posée à plat, il faut répartir sa mise en tension sur toute sa surface, ne pas se crispier, ne pas trop ou pas assez appuyer.

Chaque praticien possède sa propre sensorialité et étalonnera sa palpation en fonction des sensations tissulaires ressenties. Le praticien devra toujours prendre en compte la qualité des tissus sous les doigts, respecter la règle de la non-douleur, pratiquer tout en sensorialité et non par des gestes mécaniques. Il est important de visualiser l'organe traité et l'environnement anatomique pendant la technique. L'ostéopathe devra toujours rechercher « la voie de passage » qui permet de réaliser convenablement la technique. Finalement, c'est le patient (sa qualité tissulaire) qui oriente l'ostéopathe et lui indique le geste thérapeutique adéquat.



## Human organs set



L'examen clinique a pour objectif de rechercher des éléments objectifs : reconnaître le caractère de la douleur, identifier s'il s'agit d'une douleur projetée ou référée, une douleur pariétale ou viscérale vraie. C'est un moment essentiel car les objectifs de l'ostéopathie viscérale sont de lutter contre les douleurs et les troubles fonctionnels, contre les douleurs projetées ou référées dues à une hypersensibilité viscérale, ainsi que de restaurer et dynamiser la fonction viscérale pour finalement lutter contre « la physiologie pervertie » de John Martin Littlejohn.

## FICHES TECHNIQUES

### L'examen clinique de l'estomac

Anatomie cohérente

#### Interrogatoire

- Douleurs épigastriques
- Sensations de pesanteur
- Hoquet
- Palpitations
- Douleurs thoraciques constrictives

#### Inspection

- Voussure au niveau du triangle de Labbé
- Hypomobilité thoracique gauche « espace de Traube »

#### Palpation

- Présence d'une masse au niveau du triangle de Labbé
- Palpation des creux rétro-claviculaires, présence ou non d'un ganglion de Troisier

#### Percussion

- Tympanisme
- Hyper-tympanisme ou matité

#### Auscultation

- Diagnostic différentiel d'une atteinte cardiaque

### L'examen clinique de l'intestin grêle

Anatomie cohérente

#### Interrogatoire

- Douleurs hypocondre droit
- Douleurs épigastriques
- Douleurs abdominales
- Douleurs lombaires

#### Inspection

- Ictère
- Voussure triangle de Labbé
- Voussure abdominale

#### Palpation

- Présence ou non d'une masse au niveau du triangle de Labbé
- Présence ou non d'une masse au niveau abdominal
- Recherche de douleurs, spasmes, voussures au niveau de l'abdomen
- Ganglion de Troisier

#### Percussion

- Matité, hyper-tympanisme ou non du triangle de Labbé
- Matité, hyper-tympanisme ou non abdominal

#### Auscultation

- Bruits de défense épigastrique et/ou abdominale

### L'examen clinique du côlon

Anatomie cohérente

#### Interrogatoire

- Douleurs abdominales
- Vomissement ou simple nausée
- Arrêt des matières et des gaz
- Dorsalgies
- Lombalgies

#### Inspection

- Météorisme
- Distension abdominale
- Localisation douloureuse

#### Palpation

- Perte de souplesse abdominale
- Spasme
- Voussure
- Présence d'une masse
- Douleur à la pression
- Ganglion de Troisier

#### Percussion

- Matité si présence d'un plastron (douleur à la pression, mat à la percussion)
- Tympanisme du météorisme

#### Auscultation

- Gargouillement ou ventre muet
- Altération de l'état général
- Arrêt du transit et des gaz si occlusion

# Quand l'intestin fait sa loi

## MOTRICITÉ VISCÉRALE DIGESTIVE

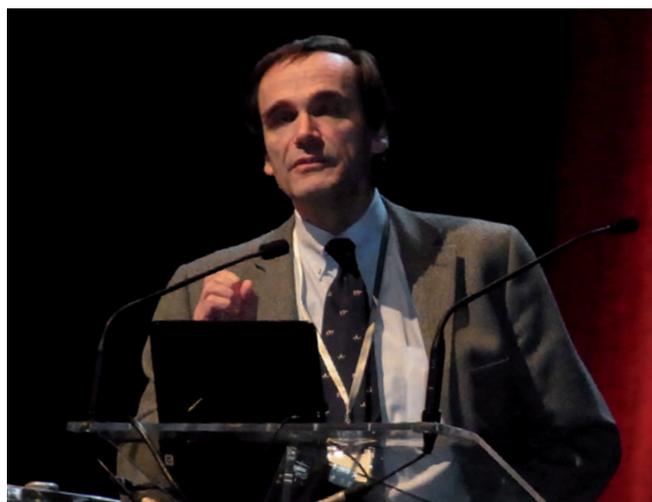
**Stanislas Bruley des Varannes,  
gastroentérologue, CHU Nantes**

**Composante essentielle de la physiologie digestive, la motricité digestive a pour objectif d'assurer la mise en charge des différents segments du tube digestif de façon harmonieuse et la plus adaptée à leur fonction (absorption, sécrétion, stockage, etc.). Activité largement autonome, principalement contrôlée par le système nerveux entérique, elle persiste après déconnexion du système nerveux central. Les dysfonctions de la motricité digestive sont primitives ou secondaires. Dans ce dernier cas, elles s'intègrent à une pathologie générale (maladies de systèmes, maladies immunitaires, diabète, etc.). Voici les bases anatomiques et physiologiques pour mieux comprendre les mécanismes qui permettent et contrôlent la motricité digestive.**

À l'exception de sa partie proximale (tiers supérieur de l'œsophage), le tube digestif est constitué d'une musculature lisse organisée en deux couches : une couche circulaire interne et une couche longitudinale externe. Les contractions et/ou relaxations des cellules musculaires lisses sont modulées par un système nerveux extrinsèque (le système nerveux central [SNC] et le système nerveux autonome) et par le système nerveux entérique (SNE). Le contrôle nerveux extrinsèque du système digestif haut est assuré par les efférences parasymphatiques (excitatrices, en dehors des systèmes sphinctériens) et par les filets sympathiques thoraco-lombaires (inhibiteurs sur le muscle lisse en dehors des systèmes sphinctériens) en provenance des racines T5-T10 (colonne intermédiolatérale de la moelle). Les ganglions pré-vertébraux intègrent les signaux entre le tube digestif et le SNC.

### L'organisation du système nerveux entérique

Le système nerveux entérique est un système intégratif et autonome, composé de plus de 100 millions de neurones et de plus de 400 millions de cellules gliales, parfois dénommées astrocytes entériques. Localisés dans la totalité du tube digestif, de l'œsophage jusqu'au rectum, les neurones et les cellules gliales entériques sont regroupés dans des structures appelées ganglions. Ces derniers sont connectés les uns



aux autres par des fibres inter-ganglionnaires qui permettent leur communication.

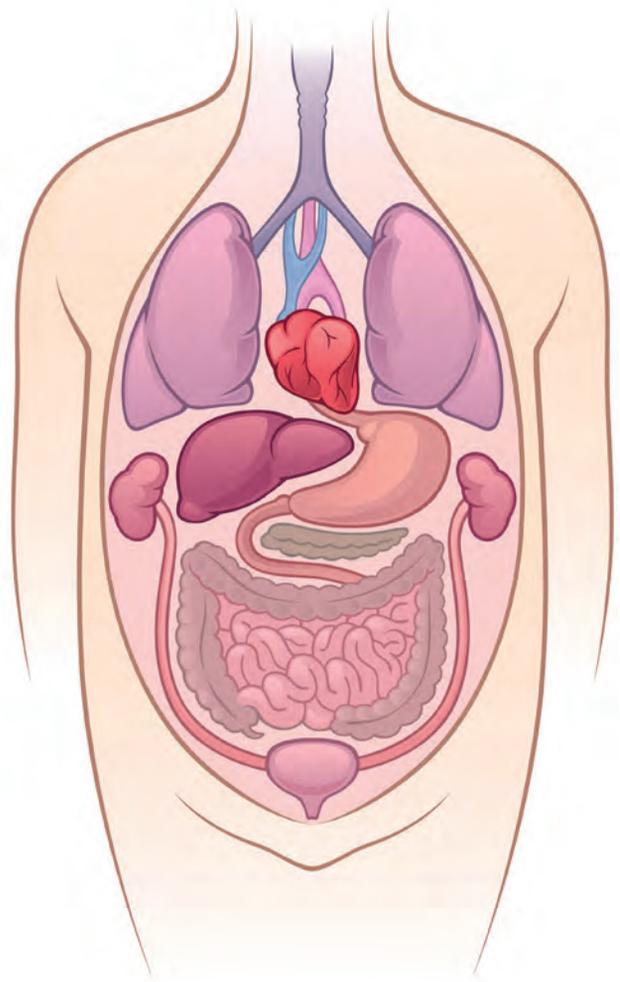
Le système nerveux entérique est organisé en deux structures distinctes. D'une part, le plexus sous muqueux : localisé entre la muqueuse intestinale et la couche musculaire circulaire, il contrôle principalement les fonctions de la muqueuse intestinale (absorption, sécrétion, défense, perméabilité, etc.). D'autre part, le plexus myentérique : localisé entre la couche musculaire circulaire et longitudinale, il règle les activités motrices du tube digestif. Des communications existent entre ces deux plexus afin de coordonner les phénomènes de sécrétion et l'activité motrice lors du péristaltisme. Les cellules interstitielles de Cajal (ICC) constituent une série de pacemakers non neuronaux situés dans la paroi du tube digestif. Elles forment un réseau dense de cellules situées entre les fibres nerveuses et les cellules musculaires et constituent donc des intermédiaires entre les deux structures. Ces cellules pacemakers sont responsables de la genèse des ondes électriques lentes, et permettent ainsi d'établir le rythme des contractions intestinales car elles sont électriquement couplées aux cellules musculaires. L'activité électrique s'étend alors de proche en proche, et permet des activations neurochimiques excitatrices (acétylcholine, substance P, etc.) ou inhibitrices (monoxyde d'azote, somatostatine, etc.).

**La loi de l'intestin :  
un réflexe péristaltique coordonné**

La fonction motrice fondamentale du tube digestif est constituée par le réflexe péristaltique aussi appelé loi de l'intestin. Le péristaltisme est provoqué par le bol alimentaire qui stimule la muqueuse et active un circuit neuronal local responsable d'une contraction musculaire du côté oral du bol, et d'une relaxation simultanée du côté aboral. Ce complexe « contraction orale - relaxation aborale », répété de manière séquentielle autour du bol alimentaire, permet alors sa progression le long de l'intestin.

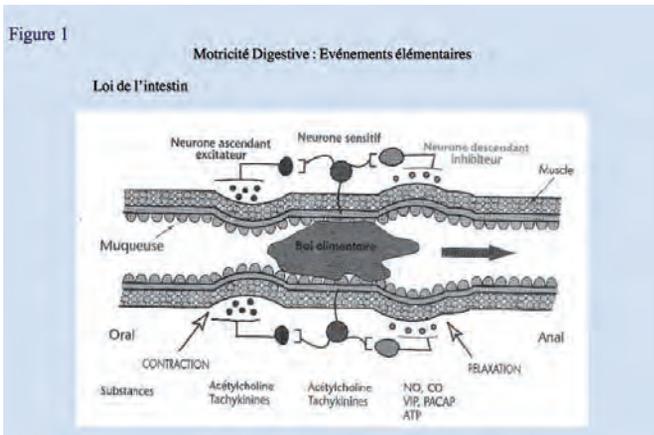
De nombreux stimuli déclenchent le réflexe péristaltique : des stimuli mécaniques tels que la distension de la paroi, le frottement de la muqueuse, mais aussi des stimuli chimiques (acidité, acides aminés, glucose, acides gras, etc.). Mécaniques ou chimiques, ces stimuli de la muqueuse induisent une libération de médiateurs, notamment la sérotonine, par les cellules entérochromaffines. La sérotonine libérée va alors activer les terminaisons nerveuses des neurones primaires afférents intrinsèques (IPAN), projetant vers la muqueuse. Les neurones moteurs ascendants et descendants ont une activité contrôlée par les inter-neurones.

Chez l'animal, les neurones ascendants excitateurs contiennent des substances tels que l'acétylcholine, la substance P et les enképhalines. Les neurones descendants inhibiteurs contiennent entre autres la monoxyde d'azote synthase (NOS), le vasoactive intestinal peptide (VIP), le PACAP, l'ATP. Chez l'homme, les neurones ascendants excitateurs sont principalement cholinergiques, tandis que les neurones descendants inhibiteurs sont principalement réactifs pour la NOS et le VIP. Les actions s'effectuent donc par libération de neuromédiateurs, le système nerveux entérique lui-même n'ayant que peu d'actions directes sur les cellules musculaires. De plus, une part importante des effets des neuromédiateurs sur la motricité digestive est médiée par les cellules interstitielles de Cajal. La libération des neuromédiateurs du SNE se faisant au voisinage des ICC, celles-ci vont transmettre aux cellules musculaires lisses les variations du potentiel membranaire induit par les neuromédiateurs.



**Deux profils de motricité viscérale :  
un profil de jeûne et un profil postprandial**

La motricité du tube digestif se décompose selon deux grands profils d'activité motrice : un profil de jeûne et un profil postprandial. Le profil de jeûne est caractérisé par un complexe moteur migrant inter-digestif (CMM), constitué de séquences de contractions cycliques qui descendent de la partie basse de l'œsophage, puis sur l'estomac et enfin sur l'ensemble de l'intestin grêle. Ces rythmes de jeûne se reproduisent environ toutes les 90 minutes. L'activité motrice du rythme postprandial est, quant à elle, constituée de contractions irrégulières. En période postprandiale, il existe une relaxation au niveau de l'estomac proximal qui assure l'adaptation du contenant au contenu, sans augmentation notable de la pression intra-gastrique (relaxation adaptative). Cette relaxation, qui permet d'éviter l'augmentation de la pression intra-gastrique, représente une fonction de réservoir permettant la mise en charge progressive de l'estomac distal puis de l'intestin grêle. L'activité motrice de l'estomac distal est une activité phasique intense qui se propage dans l'estomac dans le sens aboral (systole antrale). Cette activité permet la réduction volumétrique des particules alimentaires. Pour franchir le pylore, elles doivent avoir un diamètre inférieur à 1 mm. Les particules alimentaires sont



donc broyées et régulièrement rétro-propulsées. Ces dernières années, ces phénomènes de relaxation ont pu être mieux décrits chez l'Homme grâce à la technique du barostat.

Cette activité motrice de l'estomac explique pourquoi les solides s'évacuent plus lentement que les liquides. On considère que la cinétique d'évacuation des liquides se fait sur un mode exponentiel, alors que les solides digestibles quittent l'estomac beaucoup plus lentement. Il y a une phase initiale au cours de laquelle la vidange gastrique des solides est quasi nulle. Cette phase traduit le temps nécessaire au broyage des particules solides. Ensuite, la cinétique de vidange des solides se fait sur un mode linéaire. Les solides non digestibles, fibres alimentaires ou particules non réductibles, s'évacuent après les solides digestibles, au moment où se réinstalle la motricité de jeûne.

La méthode de référence d'étude de la vidange gastrique est la méthode isotopique qui permet d'évaluer séparément la cinétique de vidange des liquides et des solides. Les méthodes par tests respiratoires sont encore peu utilisées ; elles présentent un intérêt en clinique du fait de leur caractère non invasif (acide octanoïque marqué au  $^{13}\text{C}$ ). Les autres méthodes de vidange gastrique (radiologie, échographie, impédancemétrie, tomographie d'impédance, etc.) sont peu utilisées en pratique clinique du fait de leur difficulté de mise en œuvre ou de leur précision insuffisante.

## La motricité colique, un phénomène mal connu chez l'Homme

Au niveau de l'intestin grêle, il existe également deux phases d'activité motrice, jeûne et postprandiale. En période postprandiale, la motricité est composée de contractions irrégulières souvent groupées en courtes bouffées de trois ou six contractions non successives. Celles-ci se propagent le plus souvent sur une courte distance, de l'ordre de quelques centimètres. Les relations entre la motricité et le transit restent encore imprécises. En période postprandiale, les mouvements endoluminaux sont lents et relativement limités, ce qui favorise les processus d'absorption. L'arrivée des nutriments au niveau de l'iléon entraîne un ralentissement de la vidange de l'estomac et du transit de l'intestin grêle. Ce mécanisme de « frein iléal » peut survenir moins d'une heure après la prise alimentaire, lorsque les premiers éléments du repas atteignent l'iléon.

Au niveau du côlon, la motricité a pour principaux objectifs de favoriser la réabsorption d'eau et de sodium en grande quantité et de permettre une activité propulsive des fèces vers le côlon terminal. La motricité colique, difficile à étudier chez l'Homme, est encore assez mal connue. Il existe, au niveau du côlon, de longues périodes d'inactivité motrice, notamment en période nocturne. En période diurne, les prises alimentaires induisent une augmentation de l'activité contractile et du tonus pariétal du côlon. Des enregistrements électro-myographiques coliques ont mis en évidence des activités rares mais amples et propulsives sur parfois de longs segments coliques responsables de grands mouvements du contenu colique. Il existe aussi des activités motrices très segmentaires et de courte durée, parfois rétro-propulsives.

## Les questions du public

### Quel peut-être l'intérêt du stéthoscope dans un examen clinique de la sphère viscérale ?

Stanislas Bruley des Varannes – L'auscultation abdominale permet de vérifier la présence permanente des bruits hydro-aériques dont l'origine précise ne peut être localisée. En revanche, un ventre qui ne fait pas de bruit peut être révélateur d'une pathologie comme une ischémie mésentérique.

### Les deux phases de la motricité viscérale, jeûne et postprandiale, sont-elles présentes chez le nourrisson ?

SBV – Ces phénomènes sont assez mal connus chez le nourrisson. Mais les phases de motricité sont très vite présentes chez lui. Elles le sont même dès la naissance. Mais avec huit repas par jour, le nouveau-né est pratiquement constamment en phase post-prandiale.

### Quelles sont les conséquences des interventions chirurgicales by pass gastrique\* sur la motricité viscérale ?

SBV – Même si un segment d'intestin est sectionné, la motricité est tellement autonome que le système digestif récupère les profils moteurs de jeûne et postprandial.

### Quel est le phénomène physiologique à l'origine de la diarrhée osmotique ?

SBV – La diarrhée peut apparaître lorsque l'estomac ne peut régler harmonieusement la mise en charge de l'intestin grêle. Il y a alors une réaction osmotique et l'intestin grêle sécrète en grande quantité.

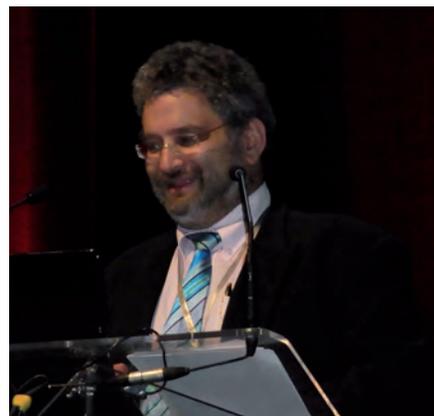
\* Le *bypass gastrique* consiste à réduire, par *coelioscopie*, le volume de l'estomac et à modifier le circuit alimentaire. Cette technique consiste à faire une *trans-section verticale* de l'estomac, créant une poche proximale de *capacité restreinte* dans laquelle arrivent les aliments, reliée directement au *jéjunum*. Les aliments ne passent plus par l'estomac et la partie supérieure du *tube digestif*, ils vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle.

Enfin, la motricité ano-rectale est impliquée dans les mécanismes de la continence fécale. Elle permet d'assurer les phases volontaires de la défécation. Entre les phases de défécation, l'ampoule rectale reste vide chez le sujet normal. Son remplissage, à la suite de contractions propulsives du côlon terminal (sigmoïde), entraîne une distension rectale et induit une sensation de besoin exonérateur. La distension rectale est à l'origine d'une relaxation du sphincter interne (réflexe recto-anal inhibiteur) qui assure donc une ouverture de la partie haute du canal anal qui permet à l'individu, grâce à la richesse des récepteurs sensitifs de cette zone, d'identifier le contenu rectal. Simultanément, une contraction du sphincter externe de l'anus permet de maintenir la continence (réflexe recto-anal excitateur). Lorsque la défécation est décidée, une relaxation du sphincter externe de l'anus, associée à l'abaissement du plancher pelvien, permettent simultanément une ouverture de l'angle ano-rectal qui, associée à une poussée abdominale, permettra l'exonération.

Charlène Granier, Sandrine Piraud,  
Jacques Saada, ostéopathes DO

## Le toucher rectal ostéopathique : un traitement, pas un diagnostic

MANIPULATION OSTÉOPATHIQUE DU COCCYX PAR TOUCHER RECTAL :  
ÉTUDE RÉTROSPECTIVE ET INTÉRÊT DE LA TECHNIQUE



**Le toucher pelvien est à l'origine un mode d'investigation employé surtout en obstétrique et en chirurgie. Depuis la loi du 25 mars 2007, sa pratique est interdite aux ostéopathes. Cependant, certains le considèrent comme nécessaire dans la prise en charge ostéopathique des patients lorsque la dysfonction coccygienne est en lien avec le motif de consultation. Ce constat s'appuie sur une étude de Georges Nelissen, menée auprès de 467 patients.**

En ostéopathie, le toucher rectal était utilisé avant 2007 afin de corriger une dysfonction coccygienne ou inter-coccygienne et pour travailler sur les structures périphériques. Cette dysfonction est un trouble positionnel du coccyx, avec perte de mobilité de l'articulation sacro-coccygienne et/ou inter-coccygienne. Une dysfonction coccygienne, comme toutes les dysfonctions ostéopathiques, peut perturber l'équilibre du corps et ainsi entraîner des symptômes divers tels qu'une coccygodynie ou, à distance, une douleur au niveau de la sacro-iliaque et plus loin encore des céphalées, voire un syndrome dépressif.

Les décrets parus en 2007 ont donc proscrit les touchers pelviens aux ostéopathes alors qu'ils étaient les seuls à savoir pratiquer le toucher rectal ostéopathique. En l'interdisant, peut-on laisser se perdre au fil des années une telle expérience et un tel savoir-faire ? Cette technique est-elle réellement utile ? Ces

questions sont au cœur de la problématique de cette étude rétrospective sur la mise en œuvre du toucher rectal par des praticiens en exercice libéral.

### Pourquoi le toucher rectal a-t-il été interdit aux ostéopathes ?

Le motif évoqué par Francis Brunelle, conseiller technique auprès du ministre de la santé de l'époque, pour expliquer l'interdiction du toucher rectal aux ostéopathes est d'ordre général. Il s'appuie sur le constat qu'il est de moins en moins nécessaire en médecine, compte tenu des moyens modernes d'investigation, de procéder à des touchers internes pour établir un diagnostic. Il souhaite éviter toutes dérives dans les pratiques, notamment d'ordre sexuel, et prendre en compte certaines valeurs morales. Lors de la commission qui a mis en place les décrets, l'affaire d'Outreau a été évoquée. Le principe de précaution a alors été retenu. Seul cet argument a été relevé et aucun document écrit ne justifie l'interdiction du toucher rectal aux ostéopathes. Aucune sinistralité n'a notamment été évoquée dans le débat concernant les décrets d'application de l'ostéopathie.

Ainsi, aujourd'hui, seuls les médecins, les kinésithérapeutes et les infirmiers sont autorisés à pratiquer le toucher rectal. Le médecin dans un but diagnostique, le kinésithérapeute lors de la rééducation périnéale. Quant à l'infirmier, il a la possibilité de le pratiquer dans un cadre bien défini, à visée rectale et non coccygienne.

## Prise en charge de la coccygodinie en médecine

En médecine, les solutions proposées dans la prise en charge d'une coccygodinie sont : les coussins d'appui, la physiothérapie pour corriger les mauvaises positions du coccyx, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les infiltrations au niveau de l'articulation sacro-coccygienne et, dans certains cas, la résection coccygienne chirurgicale.

L'étude de Georges Nelissen, ostéopathe belge, « Effet de la manipulation du coccyx sur la coccygodinie », a pour but de mettre en évidence l'efficacité d'une mobilisation du coccyx par voie interne, sur la coccygodinie et les symptômes gynéco-urinaires associés. La manœuvre est réalisée trois fois à chaque séance. La fréquence des séances est d'une fois par semaine. L'évaluation du traitement est réalisée par le médecin qui a diagnostiqué la coccygodinie et a orienté le patient vers l'ostéopathe. À la suite de cette évaluation, les auteurs ont pu conclure que :

- la douleur a disparu chez 80 des 105 patients ;
- la dyschésie a disparu chez 51 des 62 patients ;
- la dysurie a disparu chez 32 des 40 patients ;
- la dyspareunie a disparu chez 19 des 20 patients.

D'après ses résultats, la technique est donc efficace sur la coccygodinie et les symptômes associés. Jean-Yves Maigne a montré que le taux moyen de succès du traitement du coc-

cyx par voie interne sur la coccygodinie est de 25 % à six mois. Le traitement manuel consiste en un massage des releveurs, mobilisation du coccyx en extension et étirement des releveurs par toucher rectal.

Le toucher rectal peut néanmoins présenter des effets secondaires. Qu'il soit effectué par un médecin ou un ostéopathe, il peut entraîner une infection nosocomiale, risque probablement faible mais non nul, ou un malaise lipothymique en agissant sur le système nerveux autonome. Au niveau de cette zone, ce dernier est composé du ganglion coccygien sympathique se situant en avant du coccyx et des nerfs sacrés du plexus hypogastrique contenant des fibres parasymphatiques se situant à la face antérieure du sacrum.

## Matériel et méthode

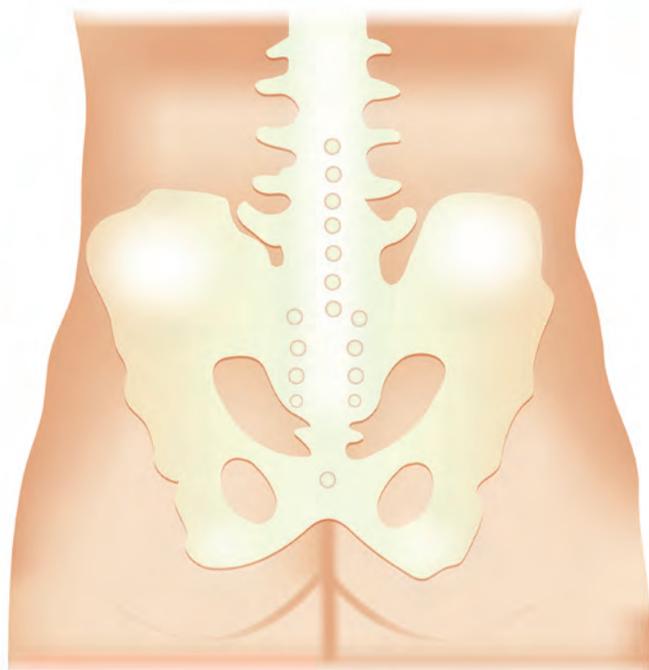
Pour cette étude, ont servi de base les dossiers patients de deux ostéopathes exclusifs installés à Paris et diplômés après six années d'études. L'un d'entre eux possède également un diplôme de docteur en médecine. Les consultations sélectionnées présentent chacune un toucher rectal, à visée coccygienne, dans une prise en charge ostéopathique globale. Ces consultations ont eu lieu entre 1998 et 2009, donc pour un certain nombre d'entre elles avant la parution des décrets. À ce jour, seul l'ostéopathe ayant un diplôme de médecin continue de pratiquer les touchers rectaux. Après avoir établi le diagnostic ostéopathique nécessitant la correction de la dysfonction coccygienne, le praticien pèse le pour et le contre, avec le patient, d'une correction du coccyx par voie interne. Il explique le déroulement de la technique au patient de la manière suivante : « Le coccyx est la dernière partie de la colonne vertébrale, au-delà du sacrum. C'est un os difficile à atteindre. Les techniques externes n'ayant pas été suffisantes chez vous, je vous propose un toucher rectal afin de bien pouvoir mobiliser votre coccyx. Ce ne sera pas plus douloureux que la technique externe ; l'ensemble de la technique durera environ une minute et demie à deux minutes. En général, le confort est immédiat dès que vous allez vous asseoir en fin de séance. Il n'est en principe pas prévu de second toucher rectal dans l'immédiat, sauf cas exceptionnel. »

Après accord du patient, la technique décrite dans l'encadré page 36 est mise en place. À chaque nouvelle consultation, le praticien demande au patient l'évolution du dernier motif de consultation et note l'information dans le logiciel Jstéo2002. Quand les patients n'ont pas été revus par les praticiens, ils ont été contactés par téléphone avec leur accord pour savoir comment a évolué leur plainte initiale suite au traitement, quel souvenir ils gardent de cette technique et s'ils seraient prêts à renouveler cette expérience en cas de nécessité.

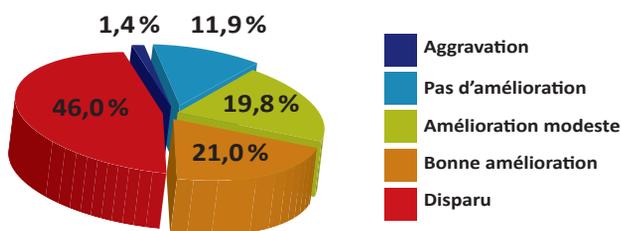
L'étude a porté sur 467 patients à très forte majorité féminine, soit 416 femmes (89 %) et 51 hommes (11 %). L'âge s'échelonne de 6 à 84 ans, avec une moyenne à 43 ans et un écart type de 16,4. Même si le toucher rectal chez un enfant peut choquer, les deux mineurs contactés par télé-

## Les motifs de consultations répartis par région du corps

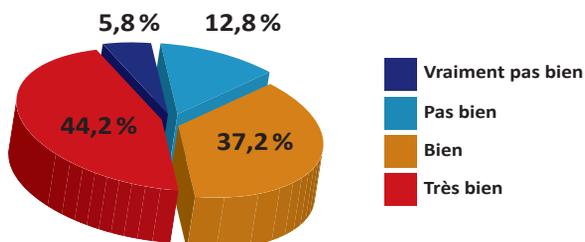
- **Coccygodinie** : 204 patients soit 43,7 %
- **Bassin** : douleur sacro-iliaque, douleur du sacrum, douleur de l'iliaque, trouble rectal, trouble urinaire, trouble gynécologique, douleur du périnée, trouble de la libido, stérilité. 116 patients soit 24,9 %
- **Abdomen** : lombalgie, douleur de la charnière lombosacrée, troubles digestifs, douleur de ventre. 43 patients soit 9,2 %
- **Crâne** : céphalée, migraine ophtalmique, névralgie d'Arnold, douleur occipitale, vertige, trouble de l'équilibre, acouphène, sensation d'ébriété, sinusite. 23 patients soit 4,9 %
- **Cou** : cervicalgie, douleur de la charnière cervico-dorsale. 22 patients soit 4,7 %
- **Membre inférieur** : douleur de hanche, douleur de cuisse, gonalgie, douleur de pied et de cheville, paresthésie au niveau du membre inférieur, douleur sur un dermatome du membre inférieur. 15 patients soit 3,2 %
- **Thorax** : douleur thoracique, dorsalgie, douleur de la charnière dorsolombaire. 11 patients soit 2,4 %
- **Douleurs multiples** : douleurs rachidiennes, polyalgie. 10 patients soit 2,1 %
- **Trouble du comportement** : anxiété, dépression, angoisse, trouble du sommeil, fatigue, trouble scolaire. 8 patients soit 1,7 %
- **Membre supérieur** : épaule. 3 patients soit 0,6 %
- **Divers** : préventif, suite d'accouchement, whiplash, retard de croissance. 12 patients soit 2,6 %



Les résultats obtenus avec le toucher rectal



Comment le (la) patient(e) a vécu le toucher rectal



phone lors de cette étude ont bien vécu la technique et sont prêts à renouveler l'expérience. Peut-être qu'à cet âge, 11 et 13 ans, la zone anale est moins associée à la sexualité que chez l'adulte et donc plus abordable si la technique est bien expliquée. Les patients étudiés présentent tous une dysfonction coccygienne mais consultent pour des plaintes différentes. Les motifs de consultations sont répartis par catégorie correspondant à différentes parties du corps (voir encadré page 34). Les chiffres montrent la variété des motifs en lien avec une dysfonction coccygienne. Tout l'organisme est en continuité, et une dysfonction peut se répercuter loin de sa source.

**Traitement coccygien par voie externe avant le traitement par voie interne**

Sur 467 patients étudiés, les praticiens ont effectué une correction du coccyx par voie externe, avant le traitement par voie interne, dans 47,1 % des cas (soit 220 patients). Ce qui montre que la technique externe a été insuffisante pour corriger la dysfonction coccygienne. Cependant, notre étude n'ayant pas pris en compte l'ensemble des patients ayant eu une technique externe seule, il est impossible de comparer l'efficacité de ces deux techniques. La technique par voie externe a été effectuée soit lors de la consultation qui comporte le toucher rectal, soit lors d'une consultation précédente pour le même motif.

Dans 70 % des cas (soit 328 patients), les patients ont eu un premier contact avec l'un des praticiens antérieurement à la consultation où le toucher rectal a été réalisé. Un climat de confiance a pu alors s'installer, ce qui facilite l'abord d'une technique interne. Par ailleurs, pour certains patients, une technique par voie interne est difficile à concevoir. Pour eux, il est donc important de disposer de temps pour se préparer psychologiquement et prendre du recul pour faire leur choix. Une patiente parmi d'autres confirme l'importance de ce temps de réflexion. Certains patients, au contraire, préfèrent ne pas connaître le praticien.

**Efficacité du traitement relatif au motif de consultation**

Les résultats liés aux motifs de consultations des 420 patients considérés ont été recueillis en moyenne 693 jours après la consultation. Ils confirment l'hypothèse de départ. En effet, la correction d'une dysfonction coccygienne par voie interne est efficace sur les plaintes en lien avec cette dysfonction : 86,7 % des patients notent une amélioration favorable et 46 % sont totalement soulagés. Cette amélioration est : modeste dans 19,8 % des cas, bonne dans 21 % des cas et complète dans 46 % des cas. La consultation n'a donné aucun résultat dans 11,9 % des cas et a aggravé la plainte dans 1,4 % des cas (6 patients). En ce qui concerne la façon dont le toucher rectal a été ressenti, 86 patients ont accepté de partager leurs impressions sur la technique. 81,4 % d'entre eux ont bien vécu la technique dont 37,2 % « bien » et 44,2 % « très bien ». 18,6 % d'entre eux en gardent

un mauvais souvenir dont 5,8 % qui ont « vraiment pas bien » et 12,8 % « pas bien » vécu cette technique.

Lorsqu'il a été demandé aux patients s'ils seraient prêts à accepter de nouveau un toucher rectal si nécessaire, seuls 79 ont répondu. Parmi eux, 82,3 % (soit 65 patients) ont répondu oui et 17,7 % non (soit 14 patients). Ces patients, contactés pour connaître leur ressenti, n'ont jamais de nouveau consulté auprès de cet ostéopathe. Pourtant, leurs réponses montrent qu'ils sont majoritairement satisfaits (81,4 %).

L'efficacité du toucher rectal peut, par ailleurs, influencer le ressenti de la technique. En effet, pour la majorité des patients dont le traitement a été bénéfique, la technique a également été bien vécue. Au contraire, si les résultats n'étaient pas à la hauteur de leurs espérances, des patients peuvent ne pas garder un bon souvenir de la technique. De manière générale, lorsque la technique est bien vécue, les patients sont dans la plupart des cas prêts à recommencer.

Cependant, chaque patient a son propre vécu et ses opinions, il en ressort donc quelques cas particuliers. Sur les 70 patients qui gardent un bon souvenir de la technique, quatre d'entre eux ne sont pas prêts à recommencer. 16 patients gardent un mauvais souvenir de la technique et pourtant cinq d'entre eux sont prêts à recommencer. Malgré la gêne qu'ils ont pu ressentir lorsque le praticien a proposé cette technique et lors du toucher rectal, ils se sont montrés ouverts à la discussion lors de l'enquête téléphonique. Ils n'ont pas hésité à exprimer leur avis et leurs critiques sur le sujet. Les patients ont peut-être répondu de façon plus objective du fait d'une communication avec une personne étrangère, autre que le praticien.

### **Le toucher rectal ostéopathique : un traitement, pas un diagnostic**

Cette étude montre clairement que le toucher rectal est efficace, puisque 86,7 % des patients ont eu une évolution favorable de leur motif de consultation, et 46 % des patients n'ont plus la douleur initiale. Cette technique entraîne de bons résultats sur de nombreux motifs de consultation, quels que soient l'âge et le sexe du patient. Et bien que ce soit une technique délicate, 82,3 % des patients sont prêts à recommencer si nécessaire. Le ressenti du patient dépend bien entendu du succès du traitement ostéopathique et de l'explication de la technique procurée au patient.

Toutefois, cette étude se limite volontairement à la manipulation du coccyx par voie interne. Nous ignorons le devenir des patients présentant une dysfonction coccygienne traitée uniquement par voie externe. Une telle étude reste à faire. Ces dernières années, le nombre de patients consultant en ostéopathie est en augmentation constante. Les décrets ont certes permis la légalisation de l'ostéopathie mais ils ont limité la pratique de techniques considérées comme dangereuses, sans doute par principe de précaution. Il est notamment interdit de pratiquer et d'enseigner le toucher rectal. À long terme, le toucher rectal, qui est en ostéo-

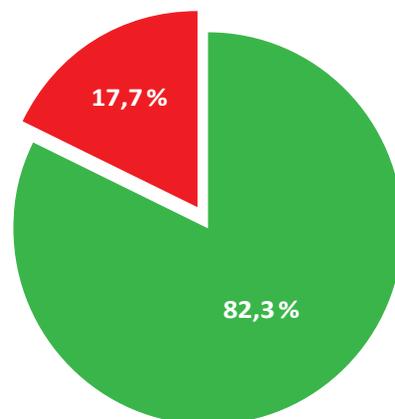
pathie un traitement et non un diagnostic, tombera dans l'oubli. Pourquoi les patients devraient-ils être privés d'un mieux-être, que la douleur soit récente ou ancienne, alors que le toucher rectal ostéopathique peut être la solution à des souffrances parfois invalidantes ?

## Technique utilisée pour pratiquer le toucher rectal

- Patient en décubitus latéral gauche
- Main droite du praticien gantée (latex non stérile), l'index enduit de xylocaïne visqueuse® à 2 % (ou, en cas d'antécédent allergique, de vaseline officinale)
- Main gauche posée sur l'aile iliaque droite
- Toucher rectal délicat, introduction de l'index complet
- Sagittalement, détente des muscles sus-coccygiens par massage. Latéralement, étirement des muscles et ligaments sacro-coccygiens par massage transverse
- Détermination de la position et de la mobilité des pièces coccygiennes l'une par rapport à l'autre
- Mise en tension délicate jusqu'à la barrière motrice de l'articulation en dysfonction. Trois contractés-relâchés du releveur de l'anus (« veuillez contracter comme pour retenir une envie d'uriner »), en gagnant en mobilité après chaque relâchement
- Mise en détente complète de l'articulation concernée dans le sens de sa dysfonction (paramètres de flexion-extension et latéroflexion droite ou gauche) et demande d'une apnée inspiratoire si flexion ou expiratoire si extension. Maintenir l'apnée au maximum
- S'assurer, tout au long de la technique, que le patient va bien
- Test final des mobilités
- Retrait du doigt ganté, vérification de l'absence de sang ou de glaires, gant retourné et jeté, solution hydro-alcoolique sur les mains du praticien
- Le praticien finit par une équilibration cranio-sacrée par prise sous occipitale. Cet abord est justifié par le fait que le coccyx est en lien direct avec le sac dural rachidien et donc la dure-mère, par le ligament duro-coccygien.

**Proportion de patients prêts à accepter un nouveau toucher rectal si nécessaire**

■ oui  
■ non



# Les points clés pour comprendre l'innervation viscérale

## ASPECTS PÉRIPHÉRIQUES ET CENTRAUX DE LA SENSIBILITÉ VISCÉRALE - DONNÉES RÉCENTES ET IMPLICATIONS POSSIBLES EN PHYSIOPATHOLOGIE ET EN THÉRAPEUTIQUE

Noël Méi, neurobiologiste et ancien directeur de recherche, CNRS, Marseille



**La sensibilité consciente des viscères, qu'elle soit pathologique (nociception) ou physiologique (sensations de faim, de soif, de plénitude de la vessie, etc.) sont des notions classiques. En revanche, la sensibilité inconsciente, l'autre aspect de l'intéroception, a été systématiquement sous-estimée, pour ne pas dire ignorée du public comme du monde scientifique. Plusieurs raisons peuvent être mises en avant pour expliquer cet état de fait difficilement compréhensible aujourd'hui.**

Premièrement et d'une façon très générale, les activités inconscientes du corps ont été longtemps éclipsées par les activités conscientes, ce qui a conduit parfois à nier leur existence même. Par exemple, la notion d'inconscient que Freud et ses prédécesseurs ont introduit en psychologie a été accueillie avec beaucoup de scepticisme alors que les neuropsychologues actuels insistent sur l'importance des mécanismes inconscients dans les fonctions cérébrales les plus évoluées comme le langage.

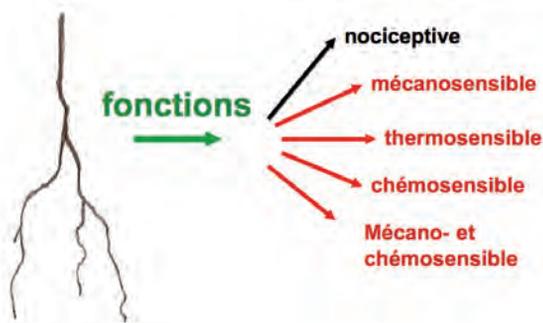
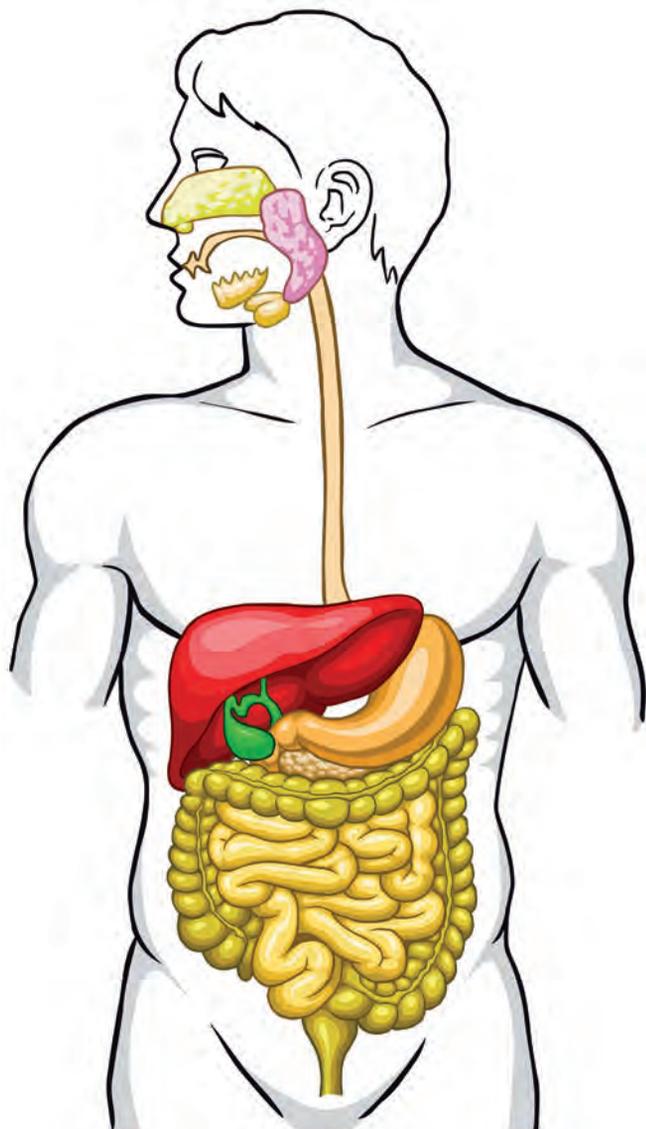
Deuxièmement, les viscères sont considérés comme des organes doués d'un haut niveau d'autonomie, en rapport avec leurs propriétés mécaniques (comme l'élasticité de la paroi des artères qui rend compte de l'existence de la pression artérielle) ou avec la présence d'un système nerveux intrinsèque (comme pour l'intestin doté de plexus intramuraux) ; dans ces conditions, le rôle du système nerveux extrinsèque (nerfs et cerveau) apparaissait très secondaire.

Troisièmement, la plus grande partie de l'innervation viscérale constituée de fibres fines, amyéliniques, échappait à l'observation microscopique classique (microscopie optique), pouvant ainsi accréditer l'idée que les fibres sensibles viscérales étaient peu nombreuses et devaient avoir des fonctions limitées (essentiellement dans la douleur).

### L'innervation viscérale : un système complexe et difficile à étudier

Et enfin, pendant longtemps, les caractéristiques d'ensemble de l'innervation sensitive viscérale – la complexité du trajet des fibres, les caractéristiques morpho-fonctionnelles des terminaisons périphériques et des fibres sensibles, ou encore la multiplicité des centres qui reçoivent les afférences viscérales – ont rendu difficiles les recherches en électrophysiologie qui, seules, permettent de préciser le fonctionnement et le rôle des intérocepteurs.

Au cours des dernières décennies, le développement de méthodes appropriées et complémentaires (morphologiques, biochimiques, électro-physiologiques, etc.), dont une technique d'enregistrement adaptée à la réception des messages sensitifs viscéraux, a permis de décrire l'ensemble des signaux sensitifs issus de la sphère viscérale ainsi que leur destination centrale. Issues de l'expérimentation animale, ces données sont venues compléter les résultats de la recherche en clinique humaine qui s'est considérablement développée au cours de cette période du fait, notamment, de l'importance actuelle des problèmes de santé liés aux pathologies viscérales.



**Terminaison libre**

Figure 1

Les intérocepteurs possèdent une structure simple (terminaison libre de fibre amyélinique). Cependant, contrairement à l'idée reçue, ce type de récepteur, prédominant dans le domaine viscéral, donne naissance à de nombreuses informations non douloureuses en plus des informations nociceptives (mécano-, thermo-, chémosensibles, mécano-chémosensibles, etc.).

## Cinq points-clés pour comprendre l'innervation viscérale

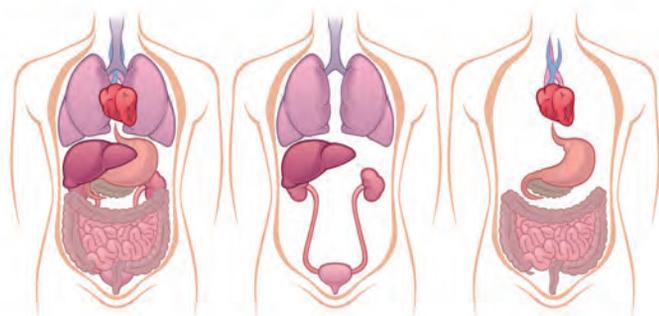
La compilation des données récentes conduit à remettre en cause drastiquement les idées et les conceptions sur la sensibilité viscérale. Les points les plus significatifs sont résumés ci-dessous :

- ❶ Contrairement à l'idée reçue, l'innervation sensitive extrinsèque des viscères (qui concerne aussi bien les nerfs du système nerveux sympathique que ceux du système parasympathique) est très riche ; dans les nerfs les plus importants du système nerveux autonome (vagues et splanchniques), on compte même davantage de neurones sensitifs que de neurones moteurs ! Cette richesse de la sensibilité viscérale est encore accrue par la présence d'un nombre considérable de neurones sensitifs intrinsèques, en particulier dans les plexus du tube digestif.
- ❷ Les neurones sensitifs viscéraux, malgré leur petit diamètre et l'absence de myéline, transmettent surtout des informations non douloureuses, inconscientes. Elles sont de nature variée et impliquent des terminaisons disséminées dans tous les viscères, dans toutes les couches de leur paroi ainsi que dans leurs tissus de soutien (figure 2, page 39).
- ❸ L'importance des fonctions des afférences viscérales est attestée par le fait qu'elles se projettent abondamment dans de nombreuses régions du cerveau, y compris dans le cortex cérébral.
- ❹ Les différentes terminaisons, fonctionnellement identifiées (mécanorécepteurs, thermorécepteurs et chémorécepteurs, principalement) ont généralement une structure simple, comme le suggéraient les données de l'histologie. On doit donc admettre que la forme « terminaison libre » n'est pas exclusive des nocicepteurs et, par voie de conséquence, que la fonction d'un intérocepteur n'est pas due à sa structure mais à son équipement membranaire en canaux ioniques et en récepteurs (figure 1, ci-contre).
- ❺ Les données fonctionnelles montrent que les messages sensitifs viscéraux interviennent non seulement dans la douleur et le contrôle de la motricité viscérale, mais également dans l'ensemble des fonctions de l'organisme, y compris dans les activités supérieures : émotion, comportement, protection de l'organisme et même dans les activités cognitives (conscience de soi par exemple) qui exigent en permanence des informations sensitives nombreuses (schéma corporel), issues de tout l'organisme dont des viscères.

## Vers une meilleure compréhension des mécanismes d'action de l'ostéopathie

À partir des connaissances sur la sensibilité viscérale que nous venons de rappeler brièvement, mais aussi des données actuelles sur le fonctionnement cérébral, il est possible de mieux comprendre comment agissent les thérapies manuelles et en particulier l'ostéopathie viscérale. L'existence de nombreux récepteurs dans la paroi des viscères et dans leurs tissus de soutien, ainsi que les nombreuses projections centrales des informations qu'ils produisent, militent en faveur d'une

implication possible du système nerveux autonome dans les mécanismes de correction des dysfonctions viscérales ayant une origine mécanique. Mais on ne peut aujourd'hui s'en tenir à la seule explication mécanique : il convient de prendre en compte, en effet, l'ensemble des réactions de défense susceptibles d'intervenir, notamment celles de nature immunitaire et endocrinienne et celles qui relèvent du psychisme.



**Rôle complexe**

**Cognition :** conscience, vigilance, contrôle des fonctions volontaires et involontaires, etc.

**Fonctions de base :** émotion, comportement, homéostasie, douleur, coordination motrice, réflexe localisé ou étendu, etc.

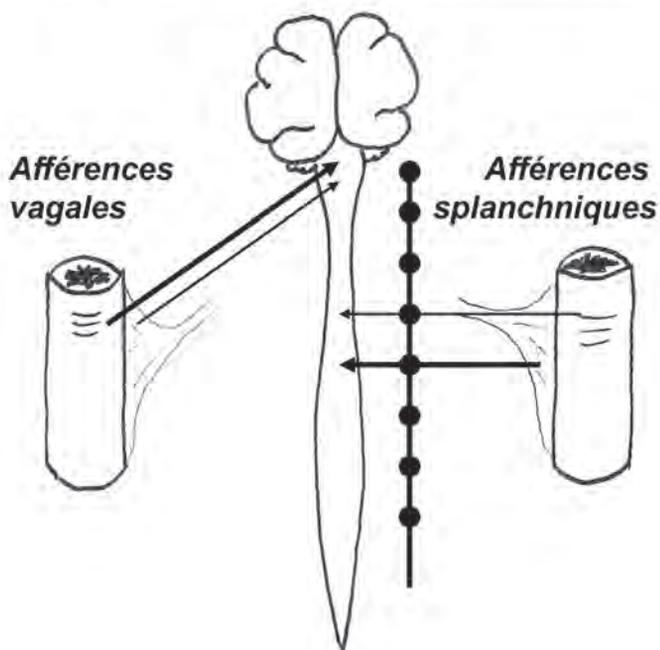


Figure 2

Les afférences du système parasympathique et du système sympathique proviennent de tous les viscères mais les afférences sympathiques issues des fascias sont plus nombreuses que les afférences parasympathiques qui proviennent surtout de la paroi des viscères. Les deux sortes d'afférences semblent jouer un rôle comparable dans les diverses fonctions où elles sont impliquées ; cependant, les afférences nociceptives sont plus nombreuses dans les nerfs sympathiques que dans les nerfs parasympathiques (d'après Noël Méi et Matthieu Schlachet).

## Implications physiopathologiques et thérapeutiques : conséquences de ces dernières découvertes pour l'ostéopathie

Les connaissances sur la sensibilité viscérale et sur le fonctionnement cérébral, qui viennent d'être rappelées ici, offrent des perspectives intéressantes dans le domaine de la physiopathologie et de la thérapie. Citons en particulier les points suivants :

### 1° Les relations étroites qui existent entre le cerveau

supérieur (c'est-à-dire l'esprit ou les fonctions cognitives ou encore le psychisme) et le corps (territoire externe cutané, avec ses organes sensoriels mais aussi territoire intérieur avec ses nombreux récepteurs musculo-articulaires somatiques et ses intérocepteurs viscéraux) ont pour interfaces les systèmes endocrine et immunitaire, en plus du système nerveux.

Ces relations bilatérales, cerveau-corps et corps-cerveau, permettent de comprendre l'importance du psychisme dans le déclenchement et l'entretien des maladies fonctionnelles et, d'une façon plus générale, le fait que le psychisme soit désormais considéré en médecine comme un facteur de risque à part entière. Il doit aussi être intégré en ostéopathie car la qualité de l'accueil et l'écoute du patient sont susceptibles de favoriser le traitement ; le tact, omniprésent en ostéopathie, peut jouer un rôle important de ce point de vue en tant que moyen d'échange entre le soignant et le soigné.

### 2° Le mode de fonctionnement holistique du cerveau,

maintenant bien établi, explique l'importance des coordinations entre les activités émotionnelles et volontaires : les activités émotionnelles, loin de s'opposer toujours aux activités cognitives (la raison), leur servent de support logistique. C'est pourquoi, dans toute thérapie dont l'ostéopathie, l'émotion doit être prise en compte très sérieusement, notamment dans les traitements de la douleur. Le fonctionnement holistique du cerveau apparaît aussi dans les coordinations des activités somatiques et viscérales qui se réalisent à tous les niveaux du cerveau, depuis la moelle jusqu'au cortex cérébral. Les convergences somato-viscérales constituent l'une des explications possibles au mode d'action des thérapies manuelles, comme l'ostéopathie, à visée viscérale.

### 3° Le fonctionnement du cerveau s'appuie sur une série

de réactions hiérarchisées, mais interdépendantes, de plus en plus complexes au fur et à mesure que l'on s'élève dans le système nerveux, de la moelle au cortex cérébral. Cette organisation montre comment les mécanismes de défense psychique, comme l'effet placebo, peuvent agir sur le corps, par l'intermédiaire de diverses réactions somatiques de défense. L'effet placebo doit jouer un rôle non négligeable en ostéopathie dont l'indication principale est le traitement des maladies fonctionnelles qui, par définition, présentent une composante psychique.

# D'abord analyser la fonction de succion-déglutition

APPROCHE OSTÉOPATHIQUE  
DE LA SPHÈRE DIGESTIVE DU NOURRISSON

Daniel Chopineaux,  
ostéopathe DO



**Les coliques, les reflux gastro-œsophagiens ou les constipations fonctionnelles sont de fréquents motifs de consultation en ostéopathie pédiatrique. L'immaturation viscérale, les dysfonctions mécaniques des contraintes intra-utérines ou périnatales, les difficultés d'installation de la relation parents-enfant sont autant de causes possibles de difficultés fonctionnelles digestives du nourrisson. En considérant le symptôme comme l'expression d'un déséquilibre de la physiologie, et en s'attachant à rechercher la cause de ce déséquilibre, l'ostéopathe s'inscrit résolument dans une démarche holistique. Mais qu'entend-on par « contraintes intra-utérines et périnatales » ?**

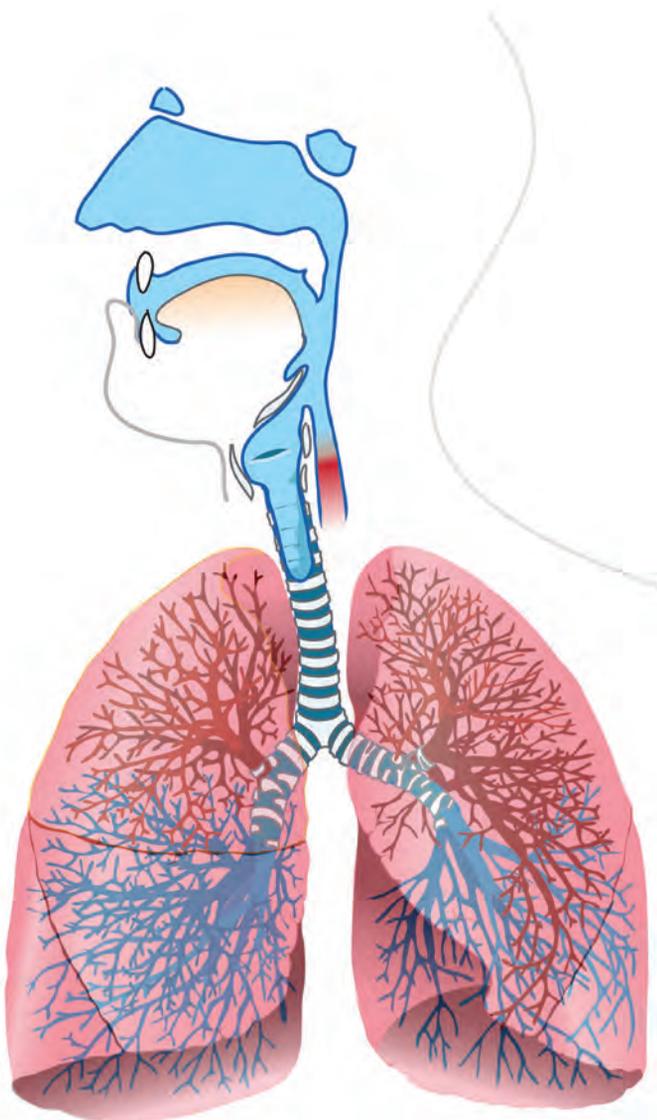
Que ce soit au cours de la grossesse ou lors de la naissance, les contraintes mécaniques s'installent si une mauvaise adaptation contenant/contenu existe. Les positions intra-utérines, les grossesses multiples, la quantité de liquide am-

niotique, les particularités utérines ou pelviennes maternelles, un utérus trop longtemps contractile, la présentation du bébé à la naissance, les stagnations, en particulier celles qui ont nécessité une instrumentation, sont autant d'éléments à considérer pour comprendre l'organisation de ces schémas de contrainte afin d'en libérer l'enfant. L'accumulation des tensions lors de ces contraintes, les mauvaises adaptations des pressions intracavitaires et en particulier abdominales, seront susceptibles de perturber la physiologie du nourrisson et feront apparaître les symptômes nécessitant une prise en charge ostéopathique.

Dans un principe d'action-réaction, la physiologie et la santé sont en équilibre. Si une structure subit une contrainte disproportionnée, elle sera incapable d'apporter une réponse adaptée. Elle gardera néanmoins dans sa trame tissulaire conjonctive l'empreinte de ces forces de contrainte. Au niveau physiologique, les tissus s'expriment à travers leurs propriétés élastiques. En cas de sollicitation excessive, ils se déforment et leur état d'élasticité devient alors caractéristique du traumatisme subi. C'est pourquoi l'examen des tissus passe par la recherche des modifications de leurs propriétés élastiques. La direction de ces forces et la capacité des tissus à réagir aux sollicitations du thérapeute seront des éléments pour établir le scénario et l'organisation lésionnelle, mais aussi l'impact sur la « vitalité ».

## Faut-il d'abord s'intéresser à la structure ou à la fonction ?

D'un point de vue mécanique, le bébé se présente comme un système hydro-fluidique enveloppé. Les chaînes myofasciales garantissent le gainage de cet ensemble conjonctif visco-élastique. Ainsi, ce système accepte relativement facilement les contraintes mécaniques. S'il est appréhendé dans un rapport « profondeur et périphérie », il est alors nécessaire pour la périphérie structurelle et fasciale d'absorber les contraintes afin de protéger la profondeur plus fonctionnelle et en lien avec le système nerveux central. La



profondeur est en effet nourricière, tandis que la périphérie, se comportant comme une armure fasciale, assure la protection. L'écoute, l'observation et l'évaluation tissulaire nous conduisent alors à objectiver les perturbations et déséquilibres, afin de déterminer si les contraintes se sont plutôt installées au niveau périphérique ou profond. Faut-il libérer les contraintes périphériques, disperser les tensions pour laisser la profondeur s'exprimer ? En d'autres termes : faut-il d'abord s'intéresser à la structure ou à la fonction ? D'autre part, au-delà des contraintes mécaniques évoquées, la pratique et les recherches de nombreux auteurs montrent que le champ émotionnel est également impliqué dans l'installation ou le maintien de certaines contraintes au sein des tissus du fœtus ou du bébé. Dès lors, il est important d'identifier au mieux ces contraintes. L'interprétation est ici inutile. En effet, la localisation de ce que certains appellent « enkystement », la qualité de la réponse tissulaire et de la « vitalité », mais aussi les réponses de la mère à un interrogatoire précis et respectueux, permettront à l'ostéopathe d'engager un traitement pour libérer les tissus.

### Les enjeux de la consultation ostéopathe

Toutefois, l'influence émotionnelle peut être si importante qu'elle nécessite de préciser le contexte psychoaffectif ou de stress qui a pu exister pendant la grossesse, ou depuis la naissance de l'enfant. Aborder ces sujets parfois délicats, pour ne pas dire douloureux, implique le plus grand respect et la plus grande neutralité. Il n'est évidemment pas question de sortir du champ d'action et des capacités de l'ostéopathe. Il sera parfois nécessaire là aussi de réorienter le patient vers un professionnel de santé.

La première question que l'ostéopathe devra se poser est de savoir si la plainte relève de l'ostéopathe ou s'il est nécessaire d'orienter vers le pédiatre ou le médecin généraliste. Le praticien devra ensuite déterminer le scénario qui a conduit l'adaptation de la structure aux contraintes intra-utérines ou périnatales. L'anamnèse, l'examen visuel et palpatoire, l'écoute tissulaire permettront au thérapeute de comprendre l'établissement du ou des schémas dysfonctionnels. Le travail pourra alors débuter et les choix thérapeutiques définis être mis en œuvre.

### Permettre au tout-petit de retrouver l'équilibre

Si nécessaire, l'ostéopathe contribuera à apaiser la relation parents-enfant. Rassurer, expliquer, relativiser, conseiller, orienter, etc. Il n'est pas simple pour un parent de trouver comment apaiser son nourrisson. Le climat, dans cette période où chacun fait « co-naissance » avec l'autre, peut être particulièrement tendu. Le but du traitement est donc de permettre au tout-petit de retrouver l'équilibre, cet état dynamique parfois instable dans un environnement en perpétuel changement.

Il faut toujours garder présent à l'esprit que le système digestif et neurologique du bébé est immature. Cette immaturité, mais aussi la qualité et la quantité de ses apports nutritionnels, sont des éléments susceptibles d'expliquer les dérangements fonctionnels du système digestif. L'ostéopathe ne peut pas a priori influencer directement sur l'innervation entérique. En revanche, libérer des dysfonctions susceptibles de gêner le système neurovégétatif, les voies vasculaires abdominales et la perfusion qui en découle, ou l'hémodynamique, permettra de soulager les symptômes. L'ostéopathe exprime ainsi toute l'étendue de son « talent » en accompagnant des processus naturels. Écouter les tissus, leur proposer un point d'appui pour se réorganiser et laisser le corps de l'enfant s'équilibrer. Ne pas faire, mais laisser faire.

### Fonction respiratoire et fonction digestive sont indissociables

Lorsque l'on aborde le système digestif, il ne faut pas oublier qu'il commence au niveau de la bouche, voire du nez. Ainsi, considérer les problématiques digestives du nourrisson, c'est d'abord analyser sa façon de prendre le sein ou le biberon, sa fonction de succion-déglutition. Une dysfonction de mandibule ou du palais osseux, des tensions des fascias du cou, une déviation de l'os hyoïde, la langue qui reste trop postérieure sont parmi les dysfonctions fréquemment retrouvées.

Ce temps de l'alimentation doit être un moment agréable pour l'enfant et le parent. Il ne doit pas y avoir de stress inutile et le bébé doit accepter également de prendre le temps nécessaire pour s'alimenter, sans trop remplir d'air son estomac, au risque de devoir exprimer l'inconfort qui en résulte. Il faut accorder à la fonction respiratoire toute l'attention qu'elle mérite. En effet, fonction respiratoire et fonction digestive sont indissociables. Cette relation étroite existe déjà au niveau céphalique. Lorsque le bébé s'alimente, il lui est impossible de respirer autrement que par le nez. L'examen de la relation entre la voûte du crâne et la face prend alors toute son importance. De même, les tensions autour de la colonne d'air cervicale et des muscles hyoïdiens devront être évaluées. Une circulation particulièrement serrée, une posture intra-utérine particulièrement fléchie et basse peuvent être à l'origine de telles tensions tissulaires.

## Le rôle important du diaphragme

Le diaphragme tient une place particulièrement importante dans la prise en charge des pathologies fonctionnelles viscérales en ostéopathie. Il joue un rôle dans l'hémodynamique par son activité rythmique, il a une influence mécanique sur le foie et l'estomac, et il entretient des relations étroites avec les troncs vasculaires profonds. Il est donc l'interface entre les cavités thoracique et abdominale, à la fois d'un point de vue structurel, mais aussi fonctionnel. Son origine embryologique supérieure explique le continuum fonctionnel entre les fascias endothoraciques et le péritoine, entre la fonction respiratoire et la fonction digestive, entre la région crânio-cervicale et la sphère viscérale. La complémentarité des deux fonctions se retrouve très clairement dans les concepts énergétiques de la médecine traditionnelle chinoise, dans la notion d'énergie acquise dépendante de l'élément Terre et de l'élément Air, ou dans le couplage poumon-gros intestin à rattacher aussi aux fonctions « émonctorielles ».

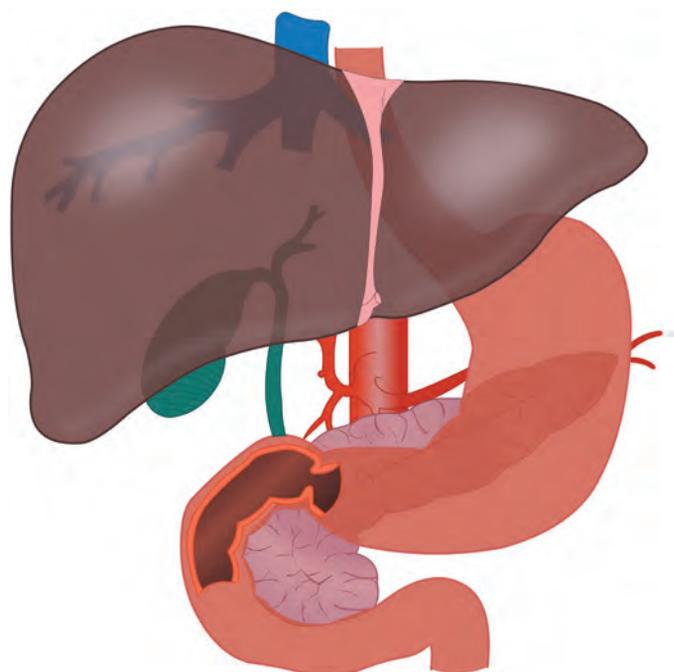
L'influence du diaphragme sur la sphère viscérale justifie d'examiner la mécanique costo-diaphragmatique, la liberté vertébrale de T6 à L3, l'intégrité de C3 à C5 en rapport à l'émergence du nerf phrénique, et l'équilibre des chaînes fasciales intéressant le diaphragme. Les arcades des psoas et des carrés des lombes, le fascia iliaca, les muscles abdominaux permettent de faire un lien aux membres inférieurs et au bassin. Pour les ostéopathes, le diaphragme (sous-entendu, thoracique) est indissociable, dans la globalité et le concept, des diaphragmes et de leur situation dans l'organisation du système myofascial. Dans ce système à dimension plutôt verticale, les diaphragmes présentent une dimension horizontale. En effet, on les retrouve dans des zones mécaniques charnières, zone d'accumulation de contraintes notamment de compression. Les diaphragmes se comportent alors comme des répartiteurs de forces, des amortisseurs de pression. Ils ont plutôt un caractère rythmique, élastique, fluide là où la charnière s'inscrit plutôt dans la stabilité, la rigidité et la densité tissulaire.

Il sera donc important de libérer ces zones charnières, de rééquilibrer chaque diaphragme pour redonner au système fas-

cial sa capacité fonctionnelle notamment dans la dimension circulatoire et hémodynamique. Dès lors, la prise en charge des symptômes fonctionnels digestifs du nourrisson passera par l'examen et le traitement de l'ensemble de sa structure, thoraco-abdominale bien entendu, mais aussi pelvienne et céphalique.

## La situation particulière du foie

La situation sous-diaphragmatique du foie, son volume important, ses relations aux viscères voisins, et en particulier à l'estomac par le petit épiploon, sont autant d'éléments qui justifient de s'y attarder. En outre, l'existence de la circulation portale, dérivation spécifique du sang veineux d'origine digestive, explique aussi l'intérêt à accorder à sa fonction de filtre. Les médications éventuelles de la mère et de l'enfant sont des informations à recueillir. Il y a également une dimension émotionnelle du foie qui se retrouve dans le concept énergétique. Les principes généraux ostéopathiques, globalité, interdépendance des systèmes, relation structure-fonction, etc. guident la démarche thérapeutique dans la prise en charge pédiatrique comme dans celle de l'adulte. Pour autant, si l'approche est identique dans la philosophie, il ne faut pas traiter un nourrisson comme un « petit adulte ». Il faut considérer les particularités du tout-petit, son immaturité, ses particularités anatomiques et également la non-installation de la verticalité. En effet, chez le nourrisson, la cage thoracique est circulaire, les arcs costaux sont horizontaux et le diaphragme est aplati. Les proportions de fibres I et II chez le nourrisson et chez l'adulte diffèrent, le diaphragme du nourrisson comportant plus de fibres de type II, à contraction rapide et fatigables. Ainsi, le diaphragme lui-même est d'autant plus fatigable chez l'enfant.



L'activité motrice et sécrétoire du système viscéral est sous dépendance endocrine, paracrine et nerveuse. Cette composante nerveuse est double. D'une part, elle est intrinsèque par les ganglions et les plexus entériques d'Auerbach et Meissner. D'autre part, elle est extrinsèque par le système neuro-végétatif donc sous l'influence du parasympathique et de l'orthosympathique.

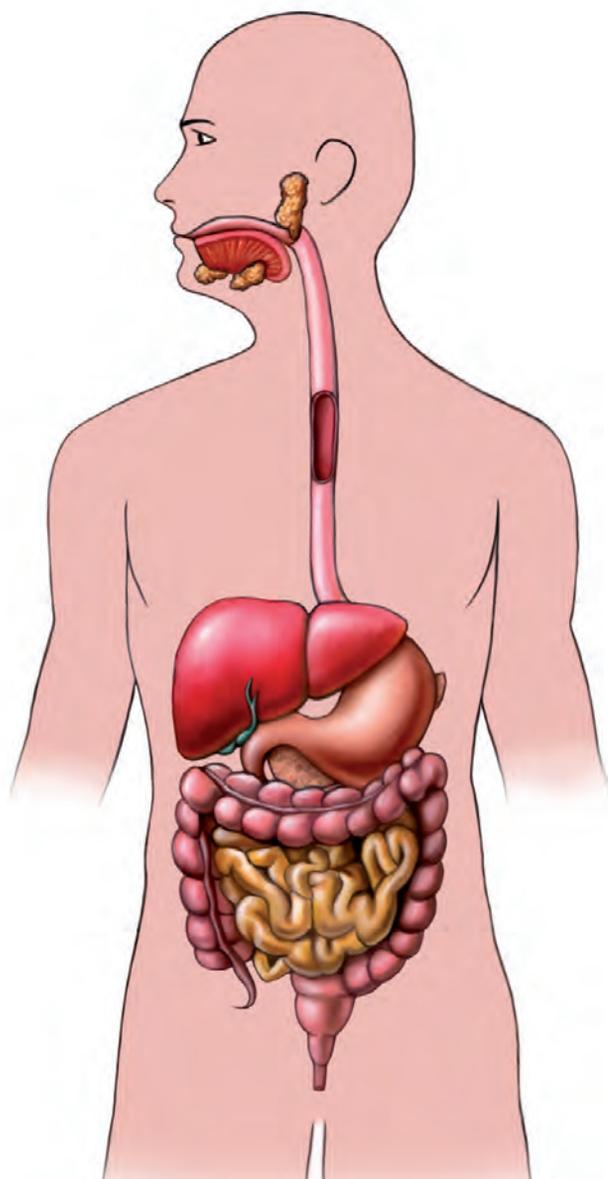
### La régulation viscérale

Pour rappel, le parasympathique présente un pôle crânial et un pôle sacré. L'essentiel de l'information parasympathique (90 %) est conduit par les nerfs pneumogastriques, X<sup>es</sup> nerfs crâniens qui trouvent leur origine dans le plancher du quatrième ventricule. L'émergence crânio-cervicale doit particulièrement retenir l'attention de l'ostéopathe lors de l'examen. Mais le X pourra être en conflit sur tout son trajet, cervical, rétroclaviculaire, endothoracique, diaphragmatique, etc. Le X gauche descend en avant de l'œsophage, le X droit en arrière. Le gauche innerve l'estomac à sa face antérieure, la première portion du duodénum et le pylore. Le X droit se divise en deux branches. La première gagne la face postérieure de l'estomac, son rameau terminal la 4<sup>e</sup> portion du duodénum. La seconde gagne les ganglions semi-lunaires droit et gauche, et mésentérique supérieur. De ce plexus solaire, il se distribue conjointement aux fibres sympathiques en suivant la distribution artérielle, et innerve ainsi l'estomac, le foie et la vésicule biliaire, la rate, le pancréas, le rein, les capsules surrénales, le côlon ascendant et transverse et la moitié supérieure du côlon descendant. L'innervation parasympathique de la moitié inférieure du côlon descendant, du sigmoïde et du rectum provient des centres médullaires sacrés. Elle est véhiculée par les nerfs sacrés qui se mêlent aux nerfs splanchniques pelviens pour former le plexus hypogastrique. Des fibres gagnent ensuite la partie terminale du tube digestif, le rectum. L'innervation des muscles releveurs de l'anus et du sphincter externe de l'anus provient également des racines sacrées. Le sacrum, dans ses relations inter-osseuses et intra-osseuses, sera de ce fait évalué car ses dysfonctions peuvent avoir un effet sur les racines sacrées et le plexus hypogastrique avec des dérangements fonctionnels possibles.

Les centres nerveux végétatifs orthosympathiques médullaires se trouvent entre les segments médullaires de T1 à L2, et cette situation thoraco-lombaire explique l'importance que nous accorderons aux dysfonctions costales et vertébrales susceptibles de perturber la régulation neuro-végétative. Le grand splanchnique, formé de fibres provenant de T6 à T9, innerve l'estomac, le foie, la vésicule biliaire, la rate, le pancréas et la première portion duodénale. Le petit splanchnique se distribue aux reins, aux surrénales, à l'intestin grêle, au gros intestin, au rectum.

L'influence de l'orthosympathique sur le rein, stimulant la production de rénine, et sur les surrénales, libérant adrénaline et noradrénaline, peut conduire à un état de sympathicotonie. Cela nous amène logiquement à vérifier T10 à T12, correspondance somatique du petit splanchnique.

La vascularisation de l'abdomen, la liberté circulatoire, la bonne perfusion de tissus viscéraux sont des facteurs importants pour la bonne régulation de la physiologie digestive. Le sys-



tème nerveux viscéral, à travers l'orthosympathique, influe sur la circulation abdominale en provoquant une vasoconstriction des vaisseaux des organes abdominaux. La distribution du système orthosympathique s'organise autour du système artériel, qui le « porte » véritablement. L'intimité de cette relation permet l'immédiateté de la réponse vasculaire à la stimulation orthosympathique. Ainsi, les ganglions (semi-lunaires, mésentériques supérieurs et inférieurs, aortico-rénaux) et les plexus abdominaux (coeliaques et mésentériques) sont indissociables du tronc aortique et des branches de l'arbre artériel du système digestif.

Ainsi, dans la prise en charge du nourrisson, l'ostéopathe effectuera un travail global de libération sur cet arbre circulatoire de ce qu'il est possible de qualifier d'unité fonctionnelle neuro-vasculaire abdominale. Il cherchera alors à améliorer la perfusion tissulaire profonde, la régulation de l'activité motrice et péristaltique, et, indirectement, l'activité sécrétoire.

**GESTION**

**IMMOBILIER**



**SOCIÉTÉ CIVILE  
IMMOBILIÈRE**

**CE QUE  
VOUS DEVEZ  
SAVOIR**

**L'acquisition d'un local constitue une étape importante dans l'installation d'un ostéopathe. Que ce soit pour son activité professionnelle ou à titre personnel, la création d'une société civile peut-être un bon moyen de faciliter la gestion d'un patrimoine, notamment immobilier, et d'en préparer la transmission. Mais est-il opportun de constituer une SCI (société civile immobilière) qui achètera puis vous louera un local pour exercer ? Quels sont les avantages et inconvénients d'une telle structure ? L'analyse de Fabrice Boudot, directeur d'APL94, association de gestion agréée pour professions libérales.**

Une SCI apparaît souvent comme une solution judicieuse lorsque plusieurs personnes souhaitent acquérir un bien immobilier en commun. Le bien est fractionné en parts facilitant la cession, la donation et la répartition lors d'une succession. Elle évite la lourdeur des procédures et les coûts fiscaux des cessions immobilières. Le montage consiste à créer une SCI qui gère le local commercial et le loue à votre cabinet. Les loyers perçus par la SCI, déductibles du résultat pour la société, sont imposés en revenus fonciers chez les différents associés.

### **LES NOMBREUX AVANTAGES DE LA SCI**

La SCI présente de nombreux avantages à la fois lors de l'acquisition du bien, mais aussi pendant l'existence de la société jusqu'à l'arrêt de l'activité professionnelle. Premièrement, elle distingue les patrimoines. Avec ce montage, les ostéopathes dissocient leur patrimoine privé de leur patrimoine professionnel pour mettre les biens immobiliers concernés à l'abri d'éventuels créanciers. Deuxièmement, elle permet de récupérer la TVA. En choisissant de soumettre la SCI à la TVA, il est possible de récupérer l'ensemble de celle-ci sur le prix d'achat du terrain, la construction et les travaux. À noter toutefois que les loyers perçus par la SCI seront alors soumis à TVA, son montant devant être reversé au Trésor Public pendant une durée de vingt ans. Troisièmement, la constitution d'une SCI conduit à réduire les droits de donation. Par le jeu mécanique des abat-

tements, les cessions d'immeubles sont exonérées d'impôt sur les plus-values après quinze ans de détention. Les cessions de parts de SCI sont soumises à un régime identique. De plus, les parts d'une société civile peuvent faire l'objet d'une certaine décote (environ 10 %) par rapport à la valeur des biens qu'elle possède, au motif qu'il est beaucoup plus difficile de vendre ses parts que ses biens. D'où une diminution intéressante de l'assiette de calcul des droits. Cette même décote est également applicable en matière d'impôt sur la fortune et de calcul des droits de succession.

### **TRANSMETTRE UN PATRIMOINE À MOINDRE COÛT**

Ainsi, créer une SCI offre de transmettre un patrimoine immobilier à moindre coût. Les droits à payer sont moins élevés s'agissant de parts de SCI qu'en cas de donation directe d'un bien immobilier. Toutefois, le donateur perd en général la pleine maîtrise du bien transmis. Un inconvénient d'autant plus sensible quand les bénéficiaires sont des enfants encore jeunes, voire mineurs. Dans ces conditions, est-il possible de conserver la gestion des biens tout en les transmettant ? La société civile per-

mettra malgré tout d'assurer la gérance avec des pouvoirs étendus au cours d'une transmission totale ou partielle et les enfants pourront être associés progressivement à sa gestion.

À titre personnel, pour éviter de posséder des biens en indivision avec les inconvénients classiques à la clé, les concubins peuvent avoir aussi intérêt, dès que les sommes en jeu sont importantes, à créer une société civile pour acheter certains biens, notamment immobiliers. Cet outil permet même une transmission astucieuse entre concubins et une protection efficace du survivant par démembrement croisé des parts. Il est aussi possible d'insérer une clause d'agrément dans les statuts de la SCI. Au décès de l'un des concubins, ses héritiers ou légataires devront obtenir l'accord de l'associé.

Toutefois, pour éviter tout problème avec l'administration fiscale, il est conseillé de fixer le loyer conformément aux usages du marché. Toute surévaluation des loyers, tout versement anormal ou tout transfert de fonds injustifié entre les deux structures pourraient compromettre la protection du patrimoine privé recherchée lors de la création, la SCI pouvant être qualifiée de fictive.

### **CESSION DES PARTS SOCIALES ET COMPTES COURANTS**

Lorsqu'un associé de SCI, qui a effectué des avances en compte courant à cette SCI, cède ses parts sociales, il cède simultanément son compte courant, ce qui réduit d'autant la valeur des parts. L'acquéreur des parts devient donc également créancier de la SCI pour le montant du compte courant racheté.

## DES CONTRAINTES DE CONSTITUTION ET DE GESTION

Néanmoins, la constitution d'une SCI présente quelques contraintes. Une fois signés les statuts, différentes démarches doivent être effectuées pour que la société obtienne sa personnalité morale (immatriculation de la société au Registre du commerce et des sociétés du greffe du Tribunal, publication d'un avis dans un journal d'annonces légales, etc.). Ces démarches ont un coût.

Par ailleurs, la gestion d'une SCI est assez lourde et implique certaines obligations : tenir une comptabilité et faire un rapport de gestion, convoquer les associés et rédiger les procès-verbaux des assemblées d'associés, etc. Fiscalement,

une déclaration de résultats (n° 2 072) doit être établie. Il est recommandé de constituer la SCI avant l'achat du local professionnel. Dans le cas contraire, les apports seraient soumis à un droit d'enregistrement de 5 %.

Constituer une SCI implique aussi le choix, par l'ostéopathe, de diminuer ses revenus professionnels au profit de ses revenus fonciers. Si le cabinet connaît des difficultés et devient déficitaire, il serait plus intéressant, fiscalement, de dégager des revenus professionnels non diminués des loyers (car non imposés) que de constater des revenus fonciers imposables. Dans ce cas, même si le choix de créer une SCI n'est plus judicieux, il sera difficile de revenir en arrière.

## RETRAIT D'UN ASSOCIÉ

À défaut de parvenir à céder ses parts sociales, un associé de SCI pourra demander aux autres associés l'autorisation de son retrait de cette SCI.

La mésentente entre les associés constitue par ailleurs un juste motif pour demander son retrait.

L'associé concerné devra :

- demander la nomination d'un expert pour évaluer ses parts,
- proposer son retrait aux autres associés (dans les conditions prévues par les statuts),
- saisir un tribunal pour demander l'autorisation de son retrait en prouvant un juste motif à sa demande.

## LE PATRIMOINE EST-IL MIEUX PROTÉGÉ ?

En ce qui concerne la mise à l'abri du patrimoine privé de l'entrepreneur, la création d'une SCI pour limiter les garanties offertes aux créanciers de l'entreprise ne constitue qu'une fragile protection. Les créanciers les plus importants exigent souvent une caution sur les murs de l'entreprise ou, si ces derniers sont gérés par l'intermédiaire d'une SCI, que cette SCI se porte caution de l'entreprise. En cas de faillite, même si les créanciers ne possèdent pas une caution sur les murs, ils tenteront de prouver que la SCI et la société dont ils sont créanciers sont confondues. En particulier, une SCI entre époux, constituée dans l'objectif de soustraire des biens professionnels d'une activité en difficulté afin de frauder ses créanciers, risquera d'être déclarée fictive en cas de poursuite judiciaire.

En outre, obtenir un emprunt pour des besoins personnels sera plus difficile en apportant pour garantie des parts sociales de SCI plutôt qu'un bien immobilier acheté en propre ou en indivision et représentant le même montant. En effet, l'associé d'une SCI ne pourra pas donner en garantie le bien immobilier mais seulement les parts qu'il détient. Ainsi, plutôt que de bénéficier d'une hypothèque sur un bien immobilier, les banques n'auront comme seule garantie possible que le nantissement des parts sociales.



## PRÉSUMPTION DE PROPRIÉTÉ

Quand un bien est possédé en usufruit par le défunt et en nue-propriété par un héritier ou un légataire, il est supposé appartenir en pleine propriété au défunt et l'héritier ou légataire doit payer les droits de succession sur cette pleine propriété. Mais cette présomption ne joue pas quand la nue-propriété a été acquise par une société civile, possédée elle-même par les héritiers.



Télésecrétariat 24h/24 et 7j/7  
Votre partenaire au quotidien



Pour 2011, A3COM exauce vos vœux



*...Un relais souple et compétent*

*...Finis les appels perdus*

*...Plus de productivité*

- Accueil téléphonique personnalisé 24h/24 - 7j/7
- Prise de messages
- Gestion de vos rendez-vous et instructions
- Traitement des appels urgents
- Agenda et messagerie interactifs
- Synchronisation appareil mobile\*
- Rappel des rendez-vous par SMS

Pour en savoir plus **01 45 14 75 01** ou [www.a3com.fr](http://www.a3com.fr)



A3 la Communication - Télésecrétariat 24h/24 7j/7

41 rue de la prairie - 94120 Fontenay-sous-bois - Tél. : 01 45 14 75 00 - [www.a3com.fr](http://www.a3com.fr)

\*Sous réserve d'une connexion internet depuis votre mobile

A3com - SC - Janvier 2011 - [www.a3com.fr](http://www.a3com.fr)



## Ensemble pour relever le défi d'une ostéopathie d'excellence

Le FERO réunit au sein d'un même registre des ostéopathes européens confirmés, ayant satisfait aux exigences de temps d'étude et de niveau de connaissances et de compétence.

Un engagement pour comprendre les enjeux de l'ostéopathie, guider nos actions et notre comportement de praticien responsable. Nos valeurs communes nous permettent d'agir en nous basant sur des principes partagés par toutes et tous au sein du FERO partout en Europe.

- Une équipe qui fait preuve d'intégrité, d'engagement et de respect mutuel
- Une équipe qui partage énergie, enthousiasme et implication
- Une équipe qui se bat pour défendre une ostéopathie juste et durable

C'est par votre engagement que nous construirons l'avenir ici et maintenant pour répondre aux enjeux de demain.

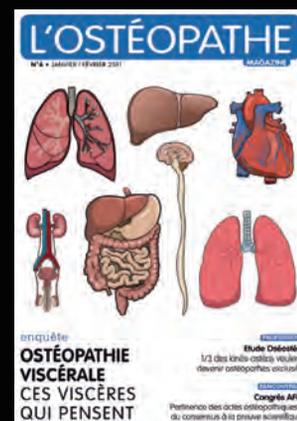
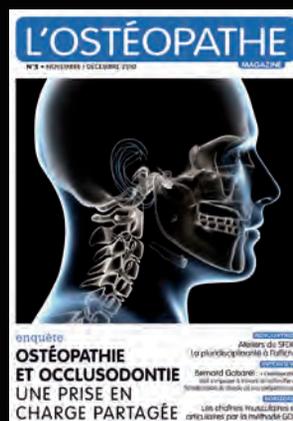
La vocation du FERO est de rassembler les ostéopathes avec un label DO en soutenant un mémoire devant un jury international. Une session est prévue en 2011.

FERO, 22 rue de Romainville 93260 Les Lilas

[www.fero-oste.com](http://www.fero-oste.com)

# L'ostéopathe magazine fête ses 1 an

Abonnez-vous pour partager avec nous cette deuxième saison !



**ACTUALITÉS** un an de rencontres à travers des congrès, forums et symposiums d'ostéopathes. Des analyses démographiques et le suivi de la vie associative et syndicale de l'ostéopathie. **MÉTIER** ostéopathie à l'hôpital, prise en charge des TMS, ostéopathie et occlusodontie, etc. Des dossiers de fond et des réponses concrètes à travers nos enquêtes. **INTERVIEW** Roselyne Lalauze-Pol, Pierre Tricot, Jean-Pierre Barral, etc. Ils nous ont fait partager leur expérience et leur point de vue sur l'ostéopathie. **JURIDIQUE** de la déontologie à l'expertise judiciaire, les clés pour comprendre les grandes problématiques de la profession. **HORIZONS** méthode GDS, prise en charge de la personne âgée, ostéopathie et acupuncture, etc. Des reportages pour mieux appréhender des pratiques complémentaires et d'autres alternatives thérapeutiques. **GESTION** logiciels de gestion, taxe professionnelle, société civile immobilière, des conseils pratiques pour vous accompagner dans la vie de votre cabinet.