

# L'OSTÉOPATHE

N°8 • NUMÉRO DOUBLE • MAI > AOÛT 2011

MAGAZINE



enquête

## LOMBALGIE ET OSTÉOPATHIE UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

**PROFESSION**

Plate-forme d'actions concertées :  
6 mois 1 !

**RENCONTRES**

1<sup>re</sup> journée de l'ostéopathie

**INTERVIEW**

François Ricard

« La médecine ostéopathique, c'est avant tout une excellente  
connaissance de l'anatomie et de la physio-pathologie »

# DÉFISCALISATION 2011

## & Résidences Séniors

**VOUS PAYEZ PLUS DE 2 500 € D'IMPÔTS PAR AN !**

**Vous pouvez créer un revenu complémentaire pour votre retraite et transmettre un bien et une rente à votre compagnon ou vos enfants !**

**Profisca, cabinet de conseil en gestion de patrimoine et optimisation fiscale vous accompagne dans le choix de la solution adaptée à votre profil.**

### POURQUOI INVESTIR DANS UNE RÉSIDENCE SÉNIORS ?

Notre pays comptera près de 2,1 millions de personnes de plus de 85 ans en 2020 et les plus de 65 ans représenteront 25% de la population française.

L'investissement dans ce type de résidences répond à un besoin. Il constitue un investissement de valeur sûre à forte rentabilité. Les loyers sont garantis par bail locatif ferme sur 9 à 12 ans.



Exemple : avec une épargne mensuelle de 200 €, un investissement de 135 000 € HT dans le cadre de la loi Censi-Bouvard permet de réduire vos impôts de 2700 € par an pendant 9 ans (18% du montant HT investi) et de récupérer 26 000 € de TVA immédiatement sur le bien. Le loyer de 550 € (revalorisé tous les 3 ans) sera un revenu complémentaire avant et pendant toute votre retraite pour ensuite devenir une rente pour votre compagnon ou vos enfants.



Bénéficiez de mon expertise et mes conseils au cours d'un **entretien personnalisé, confidentiel et gratuit.**

Laurent MENNETRIER

Conseil en gestion de patrimoine et optimisation fiscale.

Profisca - 1, place Paul Verlaine - 92100 Boulogne-Billancourt

Tél : 06 74 76 05 94 - Fax : 09 72 23 18 80

Email : [l.mennetrier@profisca.fr](mailto:l.mennetrier@profisca.fr)

## Ours

**Rédacteur en chef :**

Guillaume Mercier

**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@losteopathe.fr](mailto:contact@losteopathe.fr)

**Rédaction :**

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

**Abonnements :**

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

**Publicité :**

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

**Courrier des lecteurs :**

[courrierdeslecteurs@losteopathe.fr](mailto:courrierdeslecteurs@losteopathe.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.losteopathe.fr](http://www.losteopathe.fr)

**Impression :**

Imprimerie Fluoo,

Voiron (38).

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



## 2011, année du patient... et de leurs droits !

Quels sont les objectifs de cette opération lancée en 2010 par le ministère de la santé ?

L'intérêt du patient va-t-il être intégré parmi les préoccupations des politiques de santé ? N'était-ce pas le cas auparavant ? Après les scandales des autorisations de mises sur le marché de médicaments aux risques thérapeutiques sous-évalués, la notion de bénéfice/risque dans le choix d'un traitement devient une variable non négligeable. Dans l'intérêt du patient donc, il est aujourd'hui primordial de l'informer sur toutes les possibilités thérapeutiques qui s'offrent à lui. Sans oublier les prises en charge alternatives, et bien évidemment l'ostéopathie.

Quel rapport avec la lombalgie, sujet au cœur de l'enquête de ce numéro ?

Une étude révèle que le traitement des lombalgies chroniques par des techniques manipulatoires vertébrales est tout aussi efficace que les traitements couramment prescrits. Ainsi, au vu de la prévalence des lombalgies dans la population, l'ostéopathie représente un réel enjeu de société, à la fois par son rapport bénéfice/risque et son efficacité économique. Mais qu'en est-il de l'information du patient par les professionnels de santé concernés ? Le patient se voit-il systématiquement proposer cette alternative ? Malheureusement, le recours à l'ostéopathie n'arrive qu'à la fin du parcours de soins classique. Si les ostéopathes se doivent de connaître le rôle de chaque praticien de santé pour réorienter correctement leurs patients, la réciproque serait également une nécessité pour les professionnels de santé. Méconnaître les indications de l'ostéopathie relèverait ainsi d'un défaut d'information vis-à-vis du patient.

Néanmoins, la communication des ostéopathes vis-à-vis de leurs patients est aussi primordiale. La bande dessinée *L'ostéopathie pour tous* y contribue. Vous en trouverez un extrait à la fin de ce numéro.

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** Plate-forme d'actions concertées : 6 mois !
- 07** L'ostéopathie au sommet
- 08** Médias, référentiel métier et médecine ostéopathique : l'éclairage de Joël Moret-Bailly
- 09** EFEAC : disséquez vos techniques

### rencontres

- 12** 1<sup>re</sup> journée de l'ostéopathie : l'ostéopathie, une réponse aux enjeux de santé publique

### 18 agenda

### 20 formation

### 23 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.

### interview

**24** François Ricard, ostéopathe DO

### enquête

**28** Lombalgie et ostéopathie : un enjeu de santé publique

## HORIZONS

Certaines prises en charge (grands malades, personnes âgées, etc.) nécessitent une approche particulière du patient. Toute l'expertise de spécialistes pour adapter et personnaliser la prise en charge ainsi que des reportages pour présenter les complémentarités de l'ostéopathie avec d'autres pratiques.

### patients

**52** L'ostéopathie a sa BD !



## PROFESSION

## Plate-forme d'actions concertées : 6 moins 1 !

La plate-forme d'actions concertées (PAC) regroupe aujourd'hui cinq des six organisations représentant des ostéopathes exclusifs : l'AFO, la CNO, le ROF, le SNOF et l'UFOF. Bien que présent au départ, le SFDO ne participe plus aux réunions et le paysage ostéopathique se retrouve bipolarisé : d'un côté la PAC et ses cinq membres, de l'autre, le SFDO et la FFO (fédération française de l'ostéopathie, voir *L'ostéopathe magazine* n° 5). Quels sont les objectifs et les actions engagées par cette plate-forme d'actions concertées ?

Mise en place le 18 décembre 2010, la PAC ne constitue pas une structure à part entière mais son activité est essentiellement animée par le ROF. Il n'y a donc ni statuts, ni administrateurs et chaque ostéopathe « appartient à la PAC » si le président de l'association ou du syndicat auquel il appartient y siège. Le but de la PAC est de trouver des axes de travail convergents pour montrer, auprès des autorités, l'image d'une profession unie. En mars, les cinq organisations, AFO, CNO, ROF, SNOF, UFOF, ont décidé de mutualiser leurs moyens pour atteindre les objectifs suivants :

- mener des actions communes auprès des administrations,
- mettre en place un code de déontologie unique,
- promouvoir l'image de l'ostéopathie et son exercice exclusif,
- lutter contre les dérives commerciales des établissements de formation et des professionnels,
- trouver des solutions contre les dangers de la démographie des ostéopathes,
- réaliser des travaux sur la formation et le champ de compétences des ostéopathes exclusifs, ainsi que sur les décrets qui encadrent leur exercice.

Depuis sa première réunion, la PAC a mené plusieurs actions communes. En avril 2011, elle a soutenu l'AFO, le SNOF et l'UFOF qui avaient décidé

de ne plus siéger à la commission du CNA (conseil national d'agrément) tant que le rapport de l'IGAS ne serait pas publié. La CNO et le ROF, bien que ne siégeant pas à cette commission, ont soutenu cette position (ndlr, le SFDO a également adopté la même attitude).

D'autre part, pour lutter contre les dérives commerciales de certains professionnels, une action systématique commune a été établie. Une fois constatée une dérive par les adhérents de chaque association siégeant à la PAC, le ROF lance une procédure « contrevenant à l'éthique » ou « d'usurpation de titre » si nécessaire. Un courrier est alors envoyé au professionnel concerné avec l'aval et la signature de chaque président des associations faisant partie de la PAC.

Par ailleurs, une communication a été lancée auprès du journal *L'étudiant* pour informer les futurs étudiants qui voudraient suivre un cursus en ostéopathie des difficultés démographiques auxquelles ils pourraient être confrontés.

### LA PAC EN QUATRE DATES

• **Le 4 novembre 2010**, le ROF, le SFDO et le SNOF se sont rencontrés en vue d'un rapprochement. Ils sont parvenus à un accord de principe pour : créer une commission de rédaction d'une déontologie transversale sous la maîtrise d'œuvre du ROF ; mener des actions juridiques et politiques afin de favoriser la publication de nouveaux décrets d'application de l'article 75 ; définir une conception commune de la profession d'ostéopathe et de son positionnement dans le paysage, engager des actions d'organisation de la profession et mener une campagne de communication politique communes.

• **Le 18 décembre 2010**, les six organisations représentatives des ostéopathes exclusifs se sont réunies : AFO, CNO, ROF, SFDO, SNOF et UFOF. L'UNEO était également présente. C'était la première réunion de la PAC et à cette occasion, le ROF a précisé qu'il ne souhaitait ni prendre la paternité de cette initiative ni présider à ce regroupement. Mais le ROF s'occupe de la logistique et de la partie administrative de la PAC.

• **Le 18 février 2011**, le SFDO a présenté la FFO à laquelle n'ont pas adhéré les autres organisations socio-professionnelles. À l'issue de cette réunion, une lettre commune cosignée par l'AFO, la CNO, le ROF, le SNOF et l'UFOF a été adressée au ministère pour réclamer le rapport de l'IGAS et évoquer les questions démographiques de la profession. Le SFDO n'a pas cosigné cette lettre.

• **Le 1<sup>er</sup> juillet**, les membres de la PAC ont adopté un code de déontologie commun et le texte sera présenté à l'État.



La PAC mènera aussi une action pour les ostéopathes proches de l'âge de la retraite qui cotisent à la CIPAV (caisse de retraite des ostéopathes) et n'en récupéreront aucun subside. De plus, à l'occasion des élections de la CIPAV pour renouveler une partie des conseils d'administration, elle apporte son soutien à un candidat, Armand Gersanois,

ostéopathe DO, président de la FEO (fédération européenne des ostéopathes) et vice-président de l'UFOF, pour assurer la prise en compte des revendications des ostéopathes. Enfin, la rédaction d'un code de déontologie, synthèse de ceux des différents membres de la PAC, a été finalisée et le texte adopté le 1<sup>er</sup> juillet 2011.



## DEUX QUESTIONS À GUY VILLEMAIN, PRÉSIDENT DU ROF

**Vous avez rédigé un code de déontologie. Comment le rendre applicable à toute la profession ?**

L'avantage d'un code partagé par les membres de plusieurs associations d'ostéopathes se situe au niveau juridique : applicable à un grand nombre de professionnels, il devient applicable à la profession.

Lorsqu'il sera ratifié lors des assemblées générales des différentes associations de la PAC, il concernera directement près de 4 000 ostéopathes. Par ailleurs, le ROF pourra assurer la partie disciplinaire nécessaire à son application car nous avons les structures pour entamer une procédure initiale ou mettre en place des commissions d'appel. Nous pouvons prendre en charge cette partie ou mettre cet outil disciplinaire à disposition de chaque membre de la PAC.

**Pourquoi ce rassemblement au sein de la PAC ne s'est-il pas inscrit dans la structure proposée par la FFO dont c'est la vocation ?**

Pour plusieurs raisons. D'abord parce que les cinq organisations qui constituent actuellement la PAC trouvaient au départ le fonctionnement de la FFO trop complexe. Ensuite, lorsqu'elle a été présentée aux membres de la PAC, les statuts étaient déjà publiés, ce qui laissait peu de marge de manœuvre pour en modifier son organisation et son fonctionnement. D'autre part, elle regroupe une association de patients et d'étudiants qui ne sont donc pas des professionnels. Enfin, la participation des établissements de formation au fonctionnement de la FFO est aussi un risque : les objectifs d'établissements privés ne sont pas toujours en adéquation avec ceux des ostéopathes professionnels.



## L'ostéopathie au sommet

**Afin de revendiquer auprès des autorités la mise en place de critères qualitatifs et quantitatifs pour la formation des ostéopathes, la FFO (fédération française de l'ostéopathie) a constitué, les 2 et 3 juillet, une cordée composée d'ostéopathes exclusifs, d'étudiants et de patients pour gravir le Mont-Blanc.**

Ce projet a pour objectif de montrer une opposition à la décision du gouvernement de supprimer l'article 75 de la loi relative au droit des patients et à la qualité du système de santé (article 75, loi n° 2002-303, amendé par l'article 64 de la loi HPST) la partie relative à la formation (décret n° 2011-390 du 12 avril 2011). En effet, pour de nombreux ostéopathes, la régulation démographique et la qualité de la formation constituent des priorités pour la profession. Une position à laquelle se rallie la FFO qui revendique une formation de qualité, d'au moins cinq années après le baccalauréat, et un exercice exclusif de l'ostéopathie pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Cette ascension est symbolique car elle réunit toutes les composantes sociales de l'ostéopathie. À travers la médiatisation de cet événement, la FFO espère sensibiliser les pouvoirs publics, les patients et futurs patients, les étudiants et futurs ostéopathes, sur les enjeux liés à la formation des ostéopathes exclusifs.



# Communication dans les médias, référentiel métier et médecine ostéopathique : l'éclairage de Joël Moret-Bailly

Campagne de communication du CNOMK, référentiel métier des masseurs-kinésithérapeutes, création d'une nouvelle spécialité de « médecine ostéopathique » : Joël Moret-Bailly, maître de conférences en droit privé à l'université de Lyon (Saint-Étienne), répond à nos questions sur ces trois thèmes d'actualité.



## La campagne de communication du CNOMK

Il s'agit d'une double communication à destination du grand public réalisée par le conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes (CNOMK). La première, intitulée « Mon kiné tout au long de ma vie », a été réalisée dans la presse écrite, à travers deux insertions dans *Le Monde* les 13 et 14 mars. La seconde est une campagne radio de cinq spots diffusés entre le 6 et le 16 juin sur RTL, France Inter et NRJ. Un de ces spots aborde entre autres l'ostéopathie et incite les patients à consulter un ostéopathe professionnel de santé. Comment cette communi-

tion, menée par le conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes (CNOMK), ne s'oppose-t-elle pas aux obligations déontologiques des professions de santé par rapport à la publicité ?

**Joël Moret-Bailly :** La question ne se pose pas ainsi. Les règles déontologiques ne concernent que les professionnels et non les institutions professionnelles, notamment les ordres chargés, quant à eux, de défendre les intérêts de la profession. L'ordre des masseurs kinésithérapeutes est donc tout à fait dans son rôle lorsqu'il veut assurer la promotion de ses membres. D'autres l'ont fait avant lui, comme les notaires ou les avocats.

## Les masseurs-kinésithérapeutes se sont dotés d'un référentiel métier

Comme pour les infirmiers et les sages-femmes avant eux, les masseurs-kinésithérapeutes se sont dotés d'un référentiel métier. Présenté publiquement le 9 juin 2011, le document a été réalisé en six mois par le conseil national de l'ordre. Quel parallèle possible avec l'ostéopathie, notamment dans le fait que les kinésithérapeutes aient pu mettre aussi longtemps avant de produire un tel document, alors qu'ils bénéficient d'une forte reconnaissance et d'une solide organisation ?

**Joël Moret-Bailly :** Là encore, les questions du référentiel métier et celle de l'organisation sont différentes. Que la profession soit organisée, que le titre soit reconnu par l'État, qu'il faille un diplôme particulier pour exercer légalement la profession constituent des questions d'organisation professionnelle. Il en est de même des actes prohibés ou autorisés pour les masseurs kinésithérapeutes, qui font l'objet d'une réglementation spécifique. La loi ne dit rien, en revanche, de la manière dont les techniques professionnelles doivent être précisément mises en œuvre, ou de la manière dont le patient doit être informé. Sur cette dernière question, les règles déontologiques peuvent intervenir, en fixant les buts à atteindre ou en précisant le contenu de la loi. Mais les règles déontologiques ne font

pas tout et le référentiel métier a parfaitement sa place dans cette organisation normative. On peut d'ailleurs imaginer un type semblable d'organisation pour l'ostéopathie.

### **La demande par l'AFO et le SNOF de créer une nouvelle spécialité de « médecine stéopathique »**

L'AFO et le SNOF entendent solliciter la modification de l'arrêté du 10 juin 2005 relatif à la nomenclature prévue à l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004 en vue de créer une nouvelle spécialité « médecine ostéopathique ». La Cour de cassation ayant considéré que le terme de médecine n'est pas protégé à l'inverse du titre de médecin, les ostéopathes pourront être inscrits dans cette spécialité bien qu'ils ne soient pas membres d'une profession de santé régie par

le Code de la santé publique. Quelle est votre réaction face à cette démarche ?

**Joël Moret-Bailly :** Ma réaction est dubitative. Il est absolument exact que l'utilisation du terme médecine ne permet pas, à elle seule, la qualification de l'infraction d'exercice illégal de la médecine (l'arrêt cité est connu), et que l'on peut imaginer l'existence d'une spécialité d'expertise intitulée « médecine ostéopathique ». Mais si une telle spécialité existait et que je sois magistrat, j'aurais tendance à désigner comme expert un médecin ostéopathe. Ce ne serait sans doute pas vrai s'il existait une spécialité « ostéopathie », auquel cas j'envisagerais sans doute sérieusement de désigner un ostéopathe. Je pense aussi que la réussite ou l'échec d'une telle modification ne renvoie pas seulement à une logique juridique, mais essentiellement à une logique de reconnaissance sociale de

l'ostéopathie, qui est évidemment en très bonne voie.

Cependant, et au-delà des arguments de fond, je me demande si le moment est le mieux choisi pour effectuer une telle demande. En effet, eu égard au calendrier politique (élection présidentielle dans un an), et à celui du ministère de la justice (de nombreux projets de loi en discussion ou en élaboration), il me semble très difficile que les pouvoirs publics répondent favorablement à une telle requête, d'autant plus que l'une des « clientèles électorales » traditionnelle du parti au pouvoir réside bien dans la profession médicale.

Pour les interventions de Joël Moret-Bailly dans *L'ostéopathe* magazine, nous vous renvoyons au reportage que nous avons réalisés : « Un code de déontologie : pour quoi faire ? » (*L'ostéopathe* magazine n° 4).

# EFEAC

## Disséquez vos techniques !

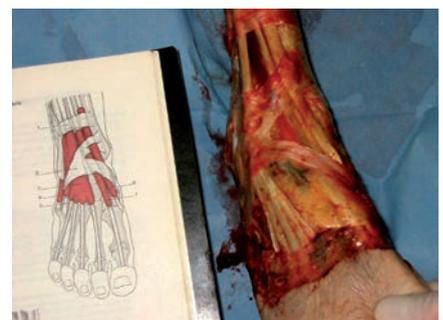
**La connaissance de l'anatomie est indispensable à l'approche clinique et impose un apprentissage théorique mais également pratique à travers la dissection. Une double exigence mise en avant par l'EFEAC (école de formation et d'évaluation anatomo-clinique).**

**P**alper un nerf, apprécier la densité d'une veine ou celle d'une artère, observer les rapports entre différentes structures et leur interdépendance, situer la topographie des organes, repérer les variations anatomiques, comparer les tissus, etc., c'est apprendre l'anatomie in situ et confronter ses connaissances avec la réalité. La compréhension des liens anatomiques et physiologiques in situ amène en effet à établir des relations avec la clinique, la sémiologie, et à enrichir la réflexion thérapeutique. À travers la dissection, l'EFEAC propose

d'atteindre ces objectifs. Créée en février 2009, elle a déjà formé près d'une centaine de praticiens.

Ouvertes à tous les professionnels et aux étudiants en ostéopathie en fin de cursus, les dissections se pratiquent sur des sujets morts depuis moins d'un mois, non formolés et dont les tissus encore imprégnés des liquides physiologiques sont très proches du vivant. Les sessions rassemblent au maximum trente personnes (dix par sujet) et 90 % des participants sont des ostéopathes. Elles sont animées par des profes-

sionnels avec plus de quinze années d'expérience en dissection et chargés d'enseignement en anatomie au sein de l'université.



## Un chirurgien et deux ostéopathes

L'équipe pédagogique de l'EFEAC est composée d'un chirurgien et de deux ostéopathes DO : Nestor Gomez, chirurgien général et chargé d'enseignement d'anatomie, André Soussan et André Métra, ostéopathes DO. Précédées de présentations vidéo et de rappels anatomiques, les dissections peuvent être orientées selon des demandes spécifiques pour des élèves souhaitant investiguer plus particulièrement une structure comme un disque intervertébral. À la suite des dissections, des débats contradictoires sont menés. Cette année, l'EFEAC propose une formule « Dissection appliquée à la pratique ». Ces sessions durent deux jours et sont composées d'une matinée de clinique, d'une après-midi de dissection et d'une journée de pratique.



« Généralement, précise André Métra, nos élèves sont curieux de comparer au niveau anatomique, par exemple une sciatique, avec un sujet normal. Ou bien de visualiser leurs techniques. Ainsi, nous adaptons la dissection au regard ostéopathique pour permettre aux professionnels de visualiser leurs techniques de correction au niveau

de la clavicule, des ménisques, des fascias, des aponévroses, etc. Les élèves peuvent toucher et sentir les différences entre un nerf, un muscle, mesurer la solidité de la faux du cervelet, etc. Autant d'informations qui, en complément de leurs savoirs théoriques, renforcent la connaissance palpatoire de l'anatomie ».



## ÉCOLE DE FORMATION ET D'ÉVALUATION ANATOMO-CLINIQUE

*Journées de dissections anatomiques*

dans le cadre de la formation continue

### LE PROGRAMME

**4 et 5 novembre 2011**

Région antéro latérale du cou, thorax, membre supérieur

**20 et 21 janvier 2012**

Membre inférieur, cavité abdominale, rétro et sous péritoine

**23 et 24 mars 2012**

Crâne, ATM, rachis cervical, dorsal, lombaire, périnée

**4 et 5 mai 2012**

Séminaire et atelier clinique : abdomen et pratique ostéopathique

**LE LIEU :** Faculté de Médecine, Université René Descartes Paris V

45 rue des Saints Pères 75006 Paris

**LES FORMATEURS :** Nestor Gomez, chirurgien, André Soussan, ostéopathe DO et André Métra, ostéopathe DO

Tous les formateurs sont chargés d'enseignement en anatomie

**OBSERVER**

**APPRENDRE**

**COMPRENDRE**

**[www.efecac.fr](http://www.efecac.fr)**



# Un événement extrême

qui fait monter la

TENSION



Exclusivement  
Ostéopathe  
fédération française  
de l'ostéopathie

du 1<sup>er</sup> juillet  
au 3 juillet 2011

## RENCONTRE AU SOMMET POUR L'OSTÉOPATHIE EXCLUSIVE

Patients, étudiants et Ostéopathes s'élèvent pour faire entendre aux pouvoirs publics leur volonté de faire progresser la formation en ostéopathie afin de garantir :  
la qualité des soins et la sécurité du patient.

Avec le soutien des partenaires des Ostéopathes



**L'OSTÉOPATHE**  
www.losteopathe.fr  
MAGAZINE

**Ravanel** &co  
Ski, Run, Breathe. Since 1897 in Chamonix Mont-Blanc.

**Stream-Techs**

ASSURANCES  
LONGUEVILLE

Fédération Française de l'Ostéopathie  
15, rue Dulac 75015 PARIS • Tél. : 09 81 82 24 49  
contact@osteopathie-federation.org • www.osteopathie-federation.org

Association enregistrée à la Préfecture de Police de Paris

## RENCONTRES

## 1<sup>re</sup> Journée de l'ostéopathie

### L'ostéopathie comme élément de réponse aux enjeux de santé publique

Le 17 juin dernier, s'est tenue au CNAM à Paris (centre national des arts et métiers) la première édition de la Journée de l'ostéopathie, articulée autour de deux sujets majeurs : l'ostéopathie pédiatrique et l'ostéopathie du sport. Une journée qui a aussi mis en avant la place de l'ostéopathie dans le système de santé ainsi que les problématiques auxquelles elle est confrontée. Les prises de parole de professionnels de santé reconnus, de représentants d'associations et du ministère de la santé ont permis de dresser un état des lieux de l'ostéopathie et de poser les bases d'une pratique efficace et pérenne, dans le cadre d'une transdisciplinarité au seul bénéfice du patient.

Cette journée a été introduite par Édouard Couty, magistrat à la Cour des comptes, avec un bref rappel sur le statut de l'ostéopathie en France. Encore très jeune sous l'angle juridique, l'ostéopathie possède les caractéristiques d'une profession de santé, notamment par l'élaboration d'une liste des actes autorisés à pratiquer, l'inscription des professionnels sur une liste, la réglementation de la formation initiale, l'obligation d'une formation continue pour les professionnels, l'enregistrement des diplômes et la labellisation des bonnes pratiques par la profession. Néanmoins, la pratique de l'ostéopathie n'est pas considérée comme une profession médicale ou paramédicale et n'est donc pas remboursée. Les actes ne sont pas cotés. Or la cotation d'un acte autorise sa mesure et son évaluation.

#### Une profession en questions

Les ostéopathes doivent cependant réfléchir à l'avenir de leur activité, dans un contexte général très évolutif, et s'interroger particulièrement sur trois points-clés. Dans le contexte de l'application en France du modèle LMD (licence - master - doctorat), comment s'inscrit l'ostéopathie dans le mouvement général d'« universitarisation » des formations initiales et des diplômes de toutes les professions paramédicales ? D'autre part, le ministère de la santé lance la réingénierie des formations, diplômes et métiers, des professions de santé. Comment l'ostéopathie, bien que n'étant pas une profession de santé, peut-elle se positionner ?

Enfin, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié, le 7 juin dernier, un rapport intitulé « Développement de

#### CRÉDIBILISER ET VULGARISER LA PRATIQUE DE L'OSTÉOPATHIE

Toutes les disciplines ayant un statut scientifique ont une école méthodologique. Le développement du concept ostéopathique passe nécessairement par la création d'une école méthodologique dont la finalité est de développer un outil adéquat à la démarche ostéopathique, à l'instar de celui de la médecine mais plus qualitatif que quantitatif.

« Sur le plan pratique et manuel, nous avons une avance considérable reconnue par nos patients. Nous sommes capables, avec nos mains intelligentes, de soigner une personne dans sa globalité. Or, il y a un écart considérable entre cette avance pratique et ce que nous sommes capables de dire et de produire en termes d'écrits, de recherches, etc. », constate en effet Clairette Martin, vice-présidente de l'Académie d'ostéopathie.

Cette méthodologie peut être créée à partir des outils qualitatifs et quantitatifs existants, en les adaptant ou en les mixant. Les pratiques ostéopathiques pourront ainsi être validées et obtenir de la crédibilité vis-à-vis du monde scientifique et médical.

En parallèle, il faut développer le dialogue avec les populations concernées car une fraction importante de la population n'a jamais consulté un ostéopathe et ignore même précisément en quoi consiste cette pratique. Une méconnaissance qui découle d'une responsabilité collective. Il faut trouver de meilleures façons de communiquer avec le public et lui donner envie de consulter un ostéopathe. Une démarche incontournable qui doit être étendue aux pouvoirs publics et au monde médical.

la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses et validées ». Ce rapport fait le point sur les freins au développement de ce type de prescriptions et les pistes de solutions à apporter ; la HAS incite aussi les professionnels à réfléchir sur des prescriptions moins médicamenteuses. Une démarche dans laquelle l'ostéopathie doit s'inscrire en présentant le rôle qu'elle peut jouer, aussi bien auprès des autres professionnels de la santé que de la population. « Ce sont toutes ces questions que cette profession émergente doit se poser et dont les réponses seront déterminantes pour son avenir », a conclu Édouard Couty.

#### Aldo Naouri : un pédiatre convaincu par l'ostéopathie



Ancien procureur d'une profession dont il se méfiait au départ faute de la comprendre, il est devenu depuis l'un de ses plus ardents défenseurs. Ce changement s'est opéré tardivement, par un questionnement sur sa pratique professionnelle et à partir d'expériences personnelles où il a été confronté à la douleur. En effet, dans son exercice de la pédiatrie de ville, sa prise en charge des nourrissons ne prend pas en compte les inquiétudes des parents. C'est à travers un travail d'analyse qu'il a appris à écouter, lui, plus habitué à soigner des nourrissons sans « voix ». De plus, de nombreux parents lui rapportaient leur

expérience chez un ostéopathe parvenu à régler un problème récurrent chez leur enfant.

Pour approfondir ses connaissances, il a réalisé quelques recherches mais les documents qu'il a découverts sur l'ostéopathie l'ont renforcé dans sa condamnation de cette pratique : « L'ostéopathie prétendait intervenir sur les articulations du crâne, ce qui n'avait aucun sens pour un médecin ». Plus tard, confronté à des lombalgies chroniques, il se rend chez un ostéopathe qui parvient à le soulager. Au terme d'une séance, la douleur est diminuée de 80 %, transformant dans le même temps le pédiatre sceptique en un défenseur inconditionnel de l'ostéopathie.

#### « Si c'était à refaire, je serais ostéopathe »

Une expérience qui a également fait évoluer son activité de pédiatre : « La médecine est une défense contre la mort : elle s'enseigne sur des cadavres. Or, la vie est un équilibre entre deux forces contraires. En médecine, on oublie les forces de vie et on se focalise sur celles de mort. Ainsi, je savais comment sauver un enfant mourant, mais pas comment m'occuper d'un enfant vivant. J'étais incapable de gérer la vie. Aujourd'hui, si c'était à refaire, je serais ostéopathe », a conclu le pédiatre.

#### Une réglementation plus équilibrée : le ministère dévoile ses pistes

Représentante de la direction générale de l'offre de soins au ministère de la santé, Michèle Lenoir-Salfati est venue s'exprimer sur la position du ministère en matière de pratique ostéopathique en France. Elle a rappelé le chemin de la construction réglementaire et les évolutions encore nécessaires afin de garantir la sécurité des actes.

#### Le dispositif d'encadrement

En 2002, le législateur a considéré que les actes ostéopathiques qui touchent le corps et sont destinés à soigner ou

à prévenir les troubles fonctionnels ne pouvaient pas être considérés comme du simple « bien-être ». C'est pourquoi il a voulu donner à l'ostéopathie un cadre réglementaire, afin d'assurer aux patients la qualité et la sécurité de ces actes. En 2007 ont été publiés les décrets d'application et a été élaboré le dispositif réglementaire qui repose sur deux points essentiels : la reconnaissance et l'usage du titre d'ostéopathe et la définition des conditions d'exercice de cette pratique en précisant les actes et la formation qui peuvent amener à l'usage de ce titre.

Ce titre ne fait pas de l'ostéopathie une profession de santé réglementée pour autant, car soumise à une très grande diversité d'appartenance et de formations : sur les 15 000 ostéopathes déclarés, on trouve en effet des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmières, des sages-femmes et des ostéopathes dits « exclusifs ».

La pratique a été encadrée et les limites de l'exercice définies à minima avec une grande prudence et certaines réticences de la part des professionnels notamment médicaux. De même pour la formation, traitée dans ses grandes lignes : nombre d'heures minimum exigées, réparties entre théorie et pratique, et définition des critères d'agrément des écoles. Ces derniers, en l'absence d'un référentiel de compétences et de formation, ne pouvaient pas, pour l'essentiel, permettre de mesurer la qualité de la formation.

#### Un dispositif très discuté

Le dispositif est aujourd'hui très discuté et fait l'objet de contentieux entre professionnels, organisations socio-professionnelles et étudiants. La question se pose sur les conditions d'usage du titre entre professionnels de santé. « Chaque partie pousse le ministère à demander un usage ou distinguer les usages du titre. Mais n'y a-t-il pas qu'une ostéopathie ? Ainsi, ce débat est un faux débat car le sujet est celui de la formation », a précisé Michèle Lenoir-Salfati. Et le dispositif de 2007 a entraîné de nombreux contentieux,

entre autres autour de l'agrément des écoles. Concernant la pratique et la reconnaissance de la profession, des pistes d'évolution sont aujourd'hui évoquées :

- proposer un travail aux professionnels pour construire les bases d'un référentiel de formation partagé et tenant

compte de la diversité des parcours ;

- établir des procédures de contrôle des établissements de formation comme la loi HPST l'y autorise car le dossier d'agrément est constitué à partir d'éléments déclaratifs, voire intégrer des représentants de la santé au niveau régional au conseil des écoles ;

- réaliser une évaluation scientifique des bénéfices/risques de l'ostéopathie. Cette mission d'évaluation a été confiée à l'INSERM ;

- rendre les critères d'agrément des écoles plus discriminants en intégrant des éléments qualitatifs (adossement de l'école à une clinique par exemple).

## Ostéopathie pédiatrique

### Une autre réponse au bien-être du nourrisson et de l'enfant

**L'ostéopathie pédiatrique a rapidement pris une place importante dans la chaîne de soins du nourrisson et du petit enfant, notamment pour répondre aux problèmes de pleurs incessants, de reflux, de torticolis, de déficit d'attention, d'hyperactivité, d'hypotonie ou encore de troubles du sommeil. Et si l'ostéopathie guérit les troubles fonctionnels, elle sert aussi à les prévenir : une réflexion qui s'accorde particulièrement bien avec la pédiatrie.**

Progressivement, l'ostéopathie s'est installée dans les maternités. Toutefois, les places restent rares, les obstacles nombreux et les réticences profondes. Dans le cadre de son mémoire, Catherine Garrigos-Montaron, étudiante en ostéopathie, a mené une enquête entre octobre 2009 et janvier 2010 pour déterminer le rôle de l'ostéopathie au sein des maternités. Un questionnaire a été envoyé à 526 maternités françaises dont 361 publiques et 165 privées. En termes de capacités de prise en charge, la répartition est la suivante : 266 sont de niveau 1, 204 de niveau 2 et 56 de niveau 3. Les ostéopathes sont beaucoup plus présents dans les maternités de niveau 1.

Le questionnaire a obtenu un taux de réponse de 95 %, soit 502 maternités. Résultats : 439 maternités n'ont pas d'ostéopathes, contre seulement 63 qui ont fait la démarche d'en accueillir un dans leurs services, soit moins de 15 %. Par ailleurs, le secteur public est à la traîne : on n'y trouve que 8,3 % d'ostéopathes, contre 20 % dans le privé.

Et pourtant, curieusement, 76 % des sages-femmes interrogées se disent convaincues de l'intérêt de cette pratique pour les nouveau-nés et conseillent souvent à leurs patientes d'en consulter un dès leur sortie de la maternité. Alors, pourquoi un nombre d'ostéopathes aussi réduit dans les maternités françaises ? Les maternités avancent plusieurs raisons pour expliquer ce constat :

- le manque de budget, argument le plus souvent cité ;

- les difficultés structurelles ensuite : l'ostéopathie n'étant pas reconnue comme une profession médicale, les établissements peinent à convaincre les assurances et à définir un statut précis dans les contrats de travail ;

- le déficit d'information des médecins et du personnel encadrant, mais aussi le manque d'intérêt pour une pratique encore méconnue ;

- la réticence des pédiatres par manque d'information et de validité des pratiques ostéopathiques. Ils restent prudents et il faut les convaincre de l'intérêt de la complémentarité avec l'ostéopathie ;

- enfin, l'absence de candidature spontanée.

#### Comment faire évoluer les choses ?

« L'ostéopathie pédiatrique demande des compétences spécifiques et nécessite une formation complémentaire au diplôme classique que nous avons évaluée à 400 heures, réparties entre théorie et pratique. Plus encore que dans d'autres domaines, la sécurité du patient est primordiale et seules la compétence et l'expérience du praticien peuvent la garantir », souligne Michèle Barrot, ostéopathe à la maternité de l'hôpital d'Argenteuil et secrétaire du CDOP (collectif de développement de l'ostéopathie périnatale).

Devenir ostéopathe en maternité demande donc une parfaite maîtrise de son art, mais aussi une grande volonté et une capacité à saisir les rares opportunités qui peuvent se présenter. « Intégrer une maternité ne se fait pas du jour au lendemain.

Nous essayons encore les plâtres dans ce domaine. La reconnaissance de l'ostéopathie en tant que profession favorisera sans aucun doute son développement à l'hôpital, mais le chemin risque d'être encore long. Nous ne devons pas baisser les bras », conclut Michèle Barrot.

**Parents, enfant, ostéopathe : naissance d'un dialogue à trois voix**  
Bruno Ducoux, ostéopathe DO



Pendant la grossesse, la mère a déjà instauré avec le bébé un dialogue intime, cœur à cœur. Le bébé a aussi développé une expérience sensorielle très riche. « Mon expérience m'a prouvé que la vie ne commence pas le jour de la naissance et qu'elle n'est pas l'opposé de la mort. Toutes les informations qui passent entre la mère et l'enfant pendant la grossesse, mais aussi celles recueillies lors de l'accouchement, ont des incidences sur la vie future du bébé. À travers nos mains, nous réalisons que les corps nous parlent et que des échanges sont possibles et bénéfiques pour le petit enfant », explique Bruno Ducoux, ostéopathe DO.

À cela s'ajoutent les informations génétiques et l'expérience initiatique de la naissance qui peut être douloureuse, difficile mais reste essentielle pour le développement futur. « Il est intéressant que l'ostéopathe puisse intervenir dans les heures qui suivent la naissance, dans le cadre d'un dialogue à trois voix entre le bébé, la maman et le professionnel. Cette

première rencontre doit être placée sous le signe de l'échange tactile plutôt que de la manipulation à proprement parler », précise Bruno Ducoux.

Les réactions émotionnelles du nouveau-né sont partie intégrante du traitement ostéopathique. Il est important que les parents mettent des mots sur ces émotions afin de permettre à l'enfant d'éliminer de sa mémoire corporelle un passé récent qui peut déjà être un fardeau et se traduire par des troubles dans la petite enfance : pleurs, difficultés respiratoires, pour téter ou pour digérer, mauvaise posture de la tête ou encore sommeil perturbé. Ce sont ces troubles fonctionnels qui peuvent être prévenus par l'ostéopathie dès la naissance.

Une conception de l'ostéopathie pédiatrique qui rejoint celle de Jean-Pierre Relier, chef du service de néonatalogie de Port-Royal pendant vingt ans et professeur de pédiatrie à l'hôpital René Descartes pendant trente ans, également auteur de *Adrien ou la colère des bébés*. Ses travaux ont porté sur la sensorialité fœtale et, pour lui, l'ostéopathie pratiquée tôt après la naissance doit avoir comme but de « reconstituer l'univers sensoriel auquel l'enfant a été habitué durant neuf mois de vie intra-utérine : olfactif, auditif et gustatif ».

**La prise en charge ostéopathique dans le service de chirurgie maxillo-faciale et d'orthopédie dento-faciale de l'hôpital Robert Debré à Paris**

Roselyne Lalauze-Pol, ostéopathe DO

Depuis 2004, Roselyne Lalauze-Pol, ostéopathe DO et présidente de la SEROPP (société européenne de recherche en ostéopathie périnatale et pédiatrique) prend en charge, au sein du service de chirurgie maxillo-faciale et d'orthopédie de l'hôpital Robert Debré, un grand nombre d'enfants présentant des pathologies diverses : de la simple plagiocéphalie posturale positionnelle dans les premiers mois de vie,

aux pathologies les plus complexes. Certains enfants présentent ainsi des troubles des arcades dentaires pour lesquels l'ostéopathie précoce peut éviter le port d'un appareil dentaire ou écourter le temps de traitement orthodontique. Quel que soit l'âge de l'enfant, les troubles de la posture et du tonus sont toujours investigués, de l'hypotonie marquée à l'hyperactivité.

Dans ce service pédiatrique, nombre d'enfants présentent de sévères pathologies maxillo-faciales, souvent génétiques, qui peuvent être traitées par l'ostéopathie avec des résultats spectaculaires tant pour les parents que pour l'équipe hospitalière. L'apport de l'ostéopathie a permis d'agrandir le champ « maxillo-facial » : les enfants sont pris en charge dans leur globalité.

« Ce sont les chirurgiens, avant ou après opération, qui nous adressent ces enfants, pour les aider à retrouver une posture ou éviter les récurrences. Les orthodontistes viennent aussi nous consulter et nous déterminons ensemble les soins à apporter dans le cadre d'une prise en charge parallèle. C'est vraiment ce que l'on peut appeler une transdisciplinarité et c'est dans ce contexte que l'ostéopathie à l'hôpital prend tout son sens », souligne Roselyne Lalauze-Pol. Un avis partagé par Patrick Fellus, responsable du département d'orthodontie de l'hôpital Robert Debré qui ajoute : « Aujourd'hui, nous avons totalement intégré l'ostéopathie à notre service. La prise en charge ostéopathique est une véritable valeur ajoutée dans les soins dispensés aux enfants ».



# Ostéopathie et sport de haut niveau

## La médecine de l'homme en mouvement

Dans le sport de haut niveau, l'ostéopathie découle d'une médecine spécifique et nouvelle : la médecine de l'homme qui court, de l'homme en mouvement, en opposition à celle traditionnelle de l'homme couché, dispensée dans les cabinets des généralistes. Une pratique curative, répondant à l'urgence, mais avant tout une médecine préventive, capable de détecter les dysfonctionnements à venir, de prévenir des lésions, d'entretenir et de comprendre le corps dans sa globalité, en favorisant la performance grâce au maintien de l'équilibre postural.

Pour Jean-Marcel Ferret, médecin du sport attaché à l'Olympique Lyonnais de 1976 à 2007 et à l'équipe de France de 1993 à 2004, les choix offerts par la médecine traditionnelle sont limités et pas toujours recommandés pour ces corps constamment sollicités. Sur le plan thérapeutique, ils se réduisent bien souvent à la cryothérapie, au repos, à des massages et à l'administration d'anti-inflammatoires et de myorelaxants. Or, pour un sportif de haut niveau, le repos n'est pas forcément une méthode adaptée, tout comme l'ingestion massive d'anti-inflammatoires qui, outre leur effet nocif sur la muqueuse gastro-duodénale, entraîne une lyse des hépatocytes, défavorable sur le plan énergétique. Jean-Marcel Ferret se tourne alors vers d'autres disciplines telles que l'homéopathie, la kinésithérapie, l'isocinétisme (renforcement musculaire), la nutrithérapie et, bien évidemment, l'ostéopathie.

### La médecine du sport : une médecine plurielle

« Pour moi, il n'existe pas des médecines, mais une seule comprenant des techniques différentes, complémentaires et synergiques, pour une prise en charge globale du

sportif. L'athlète, il faut le traiter de haut en bas, de la tête aux pieds. Et, surtout, lui apporter une réponse comportant le moins d'effets iatrogènes et capable d'optimiser ses performances dans le respect de l'éthique », explique-t-il. Car si le médecin a une obligation de moyens, le médecin du sport a, quant à lui, une obligation de résultats. Et doit agir comme le chef d'orchestre d'une équipe thérapeutique multidisciplinaire. Ainsi, il pose le diagnostic, établit le protocole de soins et guide ses collaborateurs dans la partition à jouer, en fonction de leur spécialité instrumentale. Une prise en charge partagée avec un ostéopathe, un kinésithérapeute et un préparateur physique, associée à une hygiène, un diagnostic précis, un protocole de soins ostéopathique pour les douleurs aiguës et chroniques, permettent au sportif de se rétablir plus vite.

### Les atouts de l'ostéopathie pour le sportif de haut niveau

Dans le contexte d'une prise en charge pluridisciplinaire de l'athlète, l'ostéopathie peut se révéler d'une efficacité remarquable : elle stimule les défenses naturelles et les capacités de récupération et d'adaptation de l'organisme, elle libère

de la mobilité articulaire et tissulaire, elle optimise le potentiel de l'athlète en améliorant notamment sa rapidité d'adaptation, elle s'inscrit à la fois dans une action préventive et curative, elle présente peu ou pas d'effets secondaires, elle nécessite peu de matériel, avant, pendant et après la compétition et enfin, elle est très bien acceptée par les sportifs qui la plébiscitent.

### Un carnet de santé biomécanique

Julien Vignes, ostéopathe DO



### Pour les sportifs de haut niveau, les bénéfices attendus de l'ostéopathie se situent sur plusieurs plans.

Sur le plan mental, le diagnostic et le traitement ostéopathique s'inscrivent parfaitement dans l'esprit du sport. En effet, le sportif de haut niveau est extrêmement attentif aux réactions de son corps et donc au mouvement. Il fait donc naturellement confiance à l'ostéopathe pour en prendre soin, ce qui optimise bien sûr les résultats. De plus, il ne s'expose pas à un risque de dopage pouvant survenir avec un traitement allopathique.

Sur le plan curatif, la douleur du sportif est généralement associée à un geste particulier, d'où un recours logique à l'ostéopathie reconnue pour être très efficace dans le traitement des douleurs dynamiques. Autre atout majeur pour le sportif de haut niveau : la rapidité thérapeutique. Certains dysfonctionnements

spécifiques nécessitent de régler un problème mécanique par des traitements longs qui incluent la prise d'analgésiques et des séances de kinésithérapie. Or, le sportif ne peut pas mettre sa carrière entre parenthèses durant un mois. L'ostéopathe doit ici prendre sa place dans le traitement, en réduisant immédiatement ce déséquilibre mécanique, pour que le joueur poursuive la compétition. Ensuite, le kinésithérapeute peut intervenir dans le cadre de la rééducation.

Enfin, l'ostéopathie permet de détecter les mobilités articulaires déficientes à l'origine de blessures graves. L'ostéopathe rencontre ainsi régulièrement le sportif, dressant son carnet de santé biomécanique afin de contrôler sa charge d'entraînement, discuter des dysfonctionnements éventuels ou prévisibles avec son staff et le rassurer sur ses capacités.

### Une reprogrammation posturale permanente Patrick Tépé, médecin du Stade Toulousain



**Patrick Tépé, médecin du Stade Toulousain pendant trente ans, a découvert l'ostéopathie en 1983.**

Dès lors, il s'est passionné pour cette discipline et a pris conscience de sa capacité à influencer sur le contrôle postural, essentiel dans le sport de haut niveau : « Il existe une interaction entre tous

les éléments de notre structure biomécanique : tendons, muscles, os, tissus conjonctifs, qui s'inscrivent dans une continuité pour assurer le schéma postural et faire face aux contraintes que le corps devra affronter tout au long de sa vie. Ce qui m'a intéressé dans l'ostéopathie, c'est la possibilité de dépasser la notion de symptôme : faire un diagnostic, c'est facile pour un médecin, mais le plus fascinant, c'est de chercher et comprendre le mécanisme initial primaire qui aboutit à ce déséquilibre ».

Patrick Tépé parle de reprogrammation posturale permanente : « Il faut concevoir le corps dans sa globalité, un tout indivisible et qui possède des programmes pré-établis sur lesquels l'ostéopathe peut agir ». Ainsi, il est possible de comprendre comment, par une approche thérapeutique, le corps s'adapte au fur et à mesure des traumatismes qu'il subit, blessures ou chirurgie. La reprogrammation des anomalies posturales va donc mener vers un meilleur équilibre et un mouvement plus sûr. Avec le sport de haut niveau notamment, il faut préparer le corps à réagir aux dysfonctionnements prévisibles, car tout se fait dans la vitesse et dépend de la qualité de la réponse centrale qui permettra de réaliser le geste parfait dans la pression, en faisant intervenir une multitude de fonctions. L'amélioration de la posture participe ainsi à maintenir les fonctions vitales : circulation, digestion, etc., protéger les organes nobles, lutter contre la gravité et s'accommoder des contraintes mécaniques internes : émotionnelles, motrices, etc.

Une correction posturale va également influencer d'autres paramètres : l'auto-régulation, l'auto-immunité, l'auto-équilibre de toutes les fonctions du corps. Chez un sportif de haut niveau, les petites dysfonctions peuvent anéantir des années d'efforts. La multiplication des traumatismes, la nécessité constante d'aller plus loin, obligent à entretenir le corps du sportif pour améliorer sa performance et gagner plus de liberté de mouvement.

### Observer pour comprendre Éric Delion, ostéopathe DO



**L'ostéopathie fonde sa pratique sur la manipulation, mais aussi sur l'écoute et l'observation des corps.**

Chaque sport a ses particularités, ses douleurs spécifiques. L'ostéopathie est aujourd'hui présente dans toutes les disciplines sportives, même les plus récentes comme le Stand Up Paddle, une discipline du surf qui se pratique avec une pagaie. Ce sport a été introduit en France en 2005, notamment par l'un de ses plus grands compétiteurs, Rico Leroy, champion de France et d'Europe 2010 de la discipline.

C'est en suivant ce sportif et en étudiant ses concurrents au fil des compétitions qu'Éric Delion a observé que les douleurs aux coudes, fréquemment ressenties lors de l'introduction de la discipline chez ces surfeurs, provenaient non pas du matériau utilisé pour la fabrication des pagaies, mais de leur taille inadaptée. Il est aussi parvenu, à l'aide de deux études comparatives, à définir les motifs de consultation et les dysfonctions spécifiques présentés par ces compétiteurs, en les comparant avec ceux des surfeurs sans pagaie. C'est finalement l'étude et la prise en compte des rapports que ces sportifs entretiennent avec leur environnement (la pagaie et leur position à la rame sur la planche) qui, conformément aux concepts ostéopathiques, permettent d'arriver à ces conclusions.

**Du 1<sup>er</sup> au 3 septembre**  
**Confrontations**  
**cliniques : dysfonctions**  
**du complexe lombo-**  
**pelvi-coxo-fémoral,**  
**convergences**  
**et divergences**  
**des concepts**  
**de la kinésithérapie**  
**analytique et de**  
**l'ostéopathie**

Ce nouveau concept de « confrontations cliniques » consiste à mettre en parallèle deux intervenants sur un concept ou des méthodes de soins voisins et donner la possibilité aux participants de comparer les différentes approches. Cette rencontre se déroulera à Lausanne (Suisse) et les participants suivront alternativement l'enseignement des deux intervenants pour prendre connaissance des méthodes et réaliser des travaux pratiques comprenant des études de cas. Chaque intervenant dispose de deux jours pour exposer sa manière d'envisager la méthode et les techniques qui en découlent. Michel Haye (Belgique) et Arnaud Rey Lescurie (Suisse), les intervenants de cette édition des confrontations cliniques, sont des spécialistes dans ces domaines et ont une vision élargie de ces deux concepts. Une table ronde avec les intervenants sera organisée à la fin pour discuter des convergences et divergences et un document de synthèse sera ensuite élaboré.

**Plus d'informations sur**  
[www.mainslibres.ch](http://www.mainslibres.ch)

**9 et 10 septembre**  
**Congrès national**  
**de posturologie 2011**

Ce premier congrès se déroulera à Perpignan autour du thème « Recherches et perspectives cliniques ». Organisé par les docteurs Clauzade, Vallier et Vélou, ce congrès réunira des spécialistes reconnus issus de différentes écoles de

pensée, ainsi que des chercheurs universitaires et du CNRS. L'objectif : confronter les idées des uns aux travaux de recherche en cours des autres pour déterminer des consensus thérapeutiques. Les thèmes développés porteront d'une part sur le rachis et la posture, notamment à travers l'attitude scoliotique et les pathologies discales ; d'autre part, sur le pied et la posture, avec des conférences sur les différents types de semelles et leurs indications. Enfin, les conférences de la journée du 10 septembre seront axées sur les capteurs céphaliques : œil, mandibule et vestibules.

**Plus d'informations sur**  
[www.orthoposturodentie.com](http://www.orthoposturodentie.com)

**23 et 24 septembre**  
**6<sup>e</sup> congrès national**  
**de la SOFMMOO**

Le programme de la SOFMMOO (société française de médecine manuelle orthopédique et ostéopathique) portera sur des sujets classiques comme « sciatique discale et manipulation » ou « algies thoraciques et d'autres », ainsi que sur des thèmes peu abordés comme le toucher en médecine manuelle, les thérapeutiques manuelles et la fibromyalgie ou la pathologie du médecin manipulateur. Différents événements ponctueront ce congrès : présentation de recommandations professionnelles sur la sciatique, session polémique sur le thème « Médecine manuelle orthopédique ou ostéopathique ? », etc. Une session d'ateliers pratiques viendra conclure ces deux journées de travail.

**Plus d'informations sur**  
[www.sofmmoo.com](http://www.sofmmoo.com)

**Du 29 septembre**  
**au 2 octobre**  
**Congrès international**  
**de médecine**  
**ostéopathique**

Le thème de ce congrès, qui se déroulera à Potsdam en Allemagne, portera sur le thorax et son importance pour le mouvement, la respiration et la vie. À travers des ateliers et des conférences, l'objectif est de montrer la diversité des approches et méthodes

ostéopathiques dans le diagnostic et le traitement des dysfonctions somatiques ainsi que leurs actions sur le thorax sur les systèmes pariétal, viscéral et crânien. Par ailleurs, pour la première fois en Allemagne, ostéopathes et médecins ostéopathes allemands vont travailler ensemble dans différents domaines. La reconnaissance de l'ostéopathie s'est constamment accrue au cours de ces dernières années, aussi bien auprès de la population et que des institutions publiques. Ce congrès a ainsi pour volonté d'inscrire le développement de la médecine ostéopathique comme une méthode complémentaire au sein du système médical. La coopération internationale entre ostéopathes et médecins ostéopathes sera mise en avant avec des associations comme l'OIA (association d'ostéopathes et médecins ostéopathes) et des organisations européennes, OSEAN et FORE, qui se réuniront dans le même temps pour tenir un forum sur la formation et la recherche en ostéopathie. Des coopérations pourront inscrire véritablement l'ostéopathie comme une médecine moderne du 21<sup>e</sup> siècle.

**Plus d'informations sur**  
<http://osteopathie-kongress2011.de/>

**14 octobre**  
**Forum de discussion**  
**du ROF**

La veille de son assemblée générale, le registre des ostéopathes de France organise un forum de discussion qui se tiendra à Nîmes. Le thème du forum n'a pas encore été défini.

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

**21 octobre**  
**Symposium du SNOF**

« Savoirs partagés autour de l'enfant sur la posture intra-utérine et ses rapports avec les déformations posturales du nourrisson et de l'enfant », tel sera le thème du symposium organisé par le SNOF (syndicat national des ostéopathes de France) et qui se déroulera à Marseille.

**Plus d'informations sur**  
[www.snof.fr](http://www.snof.fr)



# CONGRÈS NATIONAL de POSTUROLOGIE 2011

*Recherches et perspectives cliniques*

**PERPIGNAN**

**Les 09 / 10 Septembre 2011**

organisé par

**S.O.O.F.**

Dr M. Clauzade

Dr G. Vallier

Dr P. Vélou

*Pour la 1<sup>ère</sup> fois dans un congrès, des spécialistes reconnus des différentes écoles de pensée ainsi que des chercheurs universitaires et du CNRS vont venir confronter leurs idées à la recherche de consensus thérapeutiques.*

## PROGRAMME

### Vendredi 9 septembre

#### Introduction

Historique et perspectives. (Dr P.M. Gagey)

Développement du contrôle postural au cours de l'enfance et de l'adolescence (Dr C. Assaïante)

#### Rachis et posture : attitude scoliothique et scoliose

Hiérarchisation des entrées posturales à partir de l'analyse posturo-statique clinique. (Dr P. Malafosse)

Contrôle postural et intégration des informations proprioceptives dans la scoliose idiopathique de l'adolescent. (Dr C. Assaïante)

Implication du système vestibulaire dans la scoliose idiopathique. (Dr J. Lacoudre)

Posture et scoliose. (Dr B. Bricot)

Débat : Attitude scoliothique et scoliose, même traitement ?

#### Rachis et posture : pathologies discales

Traitement biomécanique des pathologies discales et rééducation. (D. Dessauge)

Traitement neurochirurgical des pathologies discales et rééducation. (Dr V. Porhiel)

Traitement rhumatologique des pathologies discales et rééducation. (Dr M. Trabis)

Débat : Quel protocole de traitement ?

Démonstration de manipulations discales. (D. Dessauge)

### Pied et posture

Les semelles proprioceptives : mode d'action et indications. (S. Legendre)

Les semelles de recalibration posturale : mode d'emploi et indications. (Dr B. Bricot)

Les semelles thermoformées : mode d'action et indications. (I. Piau)

Débat : Quelles semelles prescrire ?

### Samedi 10 septembre

#### Capteurs céphaliques : œil, mandibule et vestibules

Dernières découvertes en plasticité neuronale. (Prof P. Gil Loyszaga)

Le rachis cervical intégrateur neurosensoriel et proprioceptif. (Dr P. Malafosse)

Vision et attitude compensatrice de la tête. (M. Blayac)

Interrelation dent et œil. (Dr P.H. Dupas)

Posture et ventilation. (Dr J.L. Ouhioun)

Occlusion dentaire et références spatiales. (Dr M. Clauzade)

Les traitements de l'occlusion : gouttières et Bruxisme ; Gouttières et Pathologies crano-mandibulaires ; Gouttières et sport. (Dr P.H. Dupas, Dr M. Clauzade et M. Viguier)

Rééducation posturale : transdisciplinarité en exercice libéral. (L. M. Bontoux ; A. F. Duong ; S. Falcetta)

Posture assise et déséquilibre postural. (Dr G. Vallier)

Nouvelles techniques de rééducation vestibulaire des canaux semi-circulaires. (D. Gerbaulet)

Développement postural du nourrisson et de l'enfant. (Dr J.F. Roche, A. Cudel, Dr P. Vélou)

## Inscription

Renseignements : 04 68 51 22 23 / 04 68 54 04 07 ou [congres.posturologie@gmail.com](mailto:congres.posturologie@gmail.com)

Possibilité d'inscription et de paiement en ligne sur le site [www.orthoposturodentie.com](http://www.orthoposturodentie.com)

Tarif : 290 € avant le 31 mai - 350 € après le 31 mai - Étudiant 190 €

Prise en charge par le FIF PL - [www.fifpl.fr](http://www.fifpl.fr)

## sept

Enseignements  
biocinétiques  
et biodynamiques  
de l'ostéopathie

**Du 8 au 11 septembre**

Farnçois Djabaku  
Ostéopathe D.O.  
Lieu : Mèze (34)  
Tarif : 680 €

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

Plagiocéphalies et  
torticolis chez le nouveau-né  
- nouvelle approche

**Du 9 au 11 septembre**

PLP Formation  
Lieu : Lyon  
Tarif : 400 €

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

Fasciapraxie (niveau 5)

**17 et 18 septembre**

Fasciapraxie  
Lieu : Lisses-Essonne (91)  
Tarif : 305 €

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

Stage d'ostéopathie  
biodynamique

et ressourcement :  
croisière en mer rouge  
avec les dauphins

**Du 17 au 24 septembre**

CFPCO

Lieu : Egypte  
Tarif : 690 €

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

Fasciapraxie (niveau 1)

**18 et 19 septembre**

Fasciapraxie  
Lieu : Lisses-Essonne (91)  
Tarif : 305 €

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

Perfectionnement  
en techniques structurales  
et ostéopathie des sportifs  
de haut niveau

**18 et 19 septembre**

Sport-ostéo  
Lieu : Lyon (69)

Tarif : 390 €

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

Formation sur l'approche  
tissulaire de l'ostéopathie  
(niveau 1)

**Du 22 au 25 septembre**

LOPG

Lieu : Loos (59)

Tarif : 600 €

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

Ostéopathie et nutrition

**23 et 24 septembre**

FCOP

Lieu : Paris

Tarif : 330 €

[www.fcop-formation-osteopathe.fr](http://www.fcop-formation-osteopathe.fr)

Acupuncture  
pour ostéopathes

**Du 23 au 25 septembre**

PLP Formation

Lieu : Lyon

Tarif : 750 € (2 fois 3 jours)

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

Ostéopathie crânienne

**Du 29 sept. au 1<sup>er</sup> octobre**

PLP Formation

Lieu : Lyon

Tarif : 1200 € (3 fois 3 jours)

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

Obstétrique et ostéopathie :  
le suivi de la grossesse,  
de l'accouchement

et des suites de couche

**Du 30 sept. au 2 octobre**

ATMAN training center

Lieu : Sophia Antipolis (06)

Tarif : 450 €

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

Ostéopathie  
périnatale : suivi de  
grossesse et préparation  
à la naissance

**Du 30 septembre  
au 2 octobre**

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 600 €

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

## oct

Traitement manuel  
des cicatrices

**1<sup>er</sup> et 2 octobre**

AFCMS

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 420 €

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

Fasciapraxie (niveau 1)

**1<sup>er</sup> et 2 octobre**

Fasciapraxie

Lieu : Lisses-Essonne (91)

Tarif : 305 €

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

Abord ostéopathique  
de la périnatalité

**Du 6 au 8 octobre**

CETHOM

Lieu : Lognes (77)

Tarif : 900 € (2 fois 3 jours)

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

Ostéopathie du sportif  
de haut niveau  
(1<sup>re</sup> session)

**7 et 8 octobre**

Bretagne ostéopathie

Lieu : Rennes (35)

Tarif : 970 € (3 fois 2 jours)

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

Ostéopathie viscérale :  
les bases

**Du 8 au 10 octobre**

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 600 €

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

Biodynamique  
et santé (1<sup>re</sup> partie) :  
l'écoute ostéopathique

**Du 13 au 14 octobre**

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 595 €

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

Masterclass  
en thérapie manuelle  
et raisonnement  
clinique

**Du 13 au 14 octobre**

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 420 €

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

Les urgences  
ostéopathiques  
de cabinet

**14 et 15 octobre**

FCOP

Lieu : Strasbourg

Tarif : 330 €

[www.fcop-formation-osteopathe.fr](http://www.fcop-formation-osteopathe.fr)

Thrust formation -  
Les cervicales et côtes

**Du 14 au 16 octobre**

PLP Formation

Lieu : Lyon

Tarif : 590 € (2 fois 2 jours)

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

Diagnostic et traitement  
des lithiases canalaies  
sans vertige

**15 et 16 octobre**

Lionel Guérin

Lieu : Biarritz

Tarif : 680 €

[soleil.formation@gmail.com](mailto:soleil.formation@gmail.com)

Integrative osteopathic  
technique : manipulations  
structurelles des membres  
périphériques (3)

**15 et 16 octobre**

CFPCO

Lieu : Paris

Tarif : 420 €

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

Tenségrité et ostéopathie -  
Perfectionnement

**15 et 16 octobre**

Bretagne ostéopathie

Lieu : Lorient (56)

Tarif : 390 €

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

Séminaire d'ostéopathie  
viscérale

**Du 18 au 20 octobre**

LOPG

Lieu : Loos (59)

Tarif : 1200 €

(8 jours de formation)

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

Ostéopathie  
et endocrinologie

**Du 20 au 22 octobre**

AFCMS

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 590 €

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

Sutherland, Still , etc :  
pratiquer le fonctionnel

**21 et 22 octobre**

LOPG

Lieu : Loos (59)

Tarif : 600 € (2 fois 2 jours)

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

Thérapie manuelle en  
uro-gynécologie (1<sup>re</sup> partie)

**22 et 23 octobre**

IFCOS

Lieu : Louvain-la-neuve  
(Belgique)

Tarif : 395 €

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

Perfectionnement  
en techniques structurelles  
et ostéopathie des sportifs  
de haut niveau

**23 et 24 octobre**

Sport-ostéo

Lieu : Metz (87)

Tarif : 390 €

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

Ostéopathie périnatale :  
stage à la Réunion

**Du 26 au 30 octobre**

CFPCO

Lieu : La Réunion

Tarif : 990 €

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

Nutrition, micro  
nutrition et ostéopathie  
(1<sup>re</sup> partie)

**Du 28 au 30 octobre**

CETHOM

Lieu : Lognes (77)

Tarif : 500 €

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

Retrouvez l'intégralité des formations sur [www.losteopathe.fr](http://www.losteopathe.fr)

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)

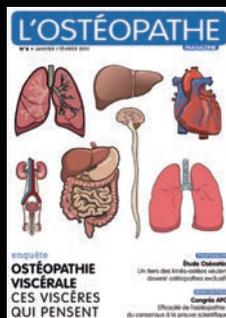
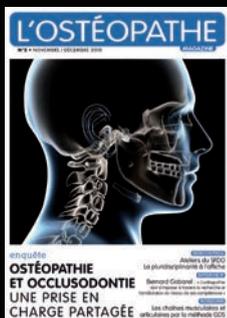
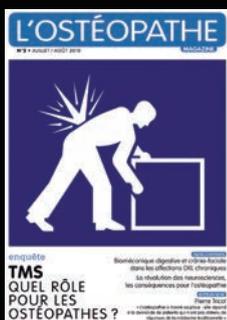
**Par courrier :**

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



## L'ostéopathe magazine fête ses 1 an

Abonnez-vous pour partager avec nous cette deuxième saison !



## Plongez dans le monde des fascias

**Fascia** : membrane fibreuse qui recouvre ou enveloppe une structure anatomique. Les fascias dont la première caractérisation remonte à la **fin du XVIII<sup>e</sup> siècle par Xavier Bichat**, forment **un réseau qui supporte et relie** toutes les structures du corps entre elles. La manipulation des fascias représente une part importante de la pratique des ostéopathes et certains en font une pratique exclusive : les **fasciathérapeutes**.

Nous vous proposerons dans l'enquête du prochain numéro de *L'ostéopathe magazine*, **un voyage dans le monde des fascias**, avec notamment des **travaux d'imagerie surprenants** et des témoignages d'experts.

## François Ricard

Ostéopathe DO



**« La médecine ostéopathique, c'est avant tout une excellente connaissance de l'anatomie et de la physio-pathologie »**

Diplômé du DE de masseur-kinésithérapeute en 1978, François Ricard a obtenu son diplôme d'ostéopathie en 1985. Il a suivi de nombreuses formations, notamment au sein de la Cranial Osteopathic Association à Londres, sur les techniques chiropractiques aux États-Unis, les techniques Dejarnette, ainsi que des enseignements auprès d'ostéopathes tels Viola

Fryman, Denis Brooks, Fred Mitchell ou Upledger. Il s'est installé comme ostéopathe en cabinet libéral en 1984 à Paris, puis à Madrid en 1995. Il a également donné des cours au collège ostéopathe ATMAN, au CETMO, à la British School of Osteopathy, etc. En 1989, il est devenu directeur de l'EOM (école d'ostéopathie de Madrid) et du CIMO (collège international de médecine ostéopathe) de Paris. Il a été vice-président de la FESO (fédération européenne des syndicats d'ostéopathes) en 1995 et 1996, puis président de la SEFO (Scientific European Federation of Osteopaths) à partir de 2001. Membre du Registre européen d'ostéopathes et du Registre des ostéopathes d'Espagne depuis 2000, il assure aussi la coordination scientifique de la revue scientifique *Thérapie Manuelle et Ostéopathie* et, depuis 2008, édite pour Elsevier la revue indexée *Osteopatía científica*.

### Quelle est votre vision de l'ostéopathie ?

La médecine ostéopathe est une profession indépendante à hautes responsabilités au niveau sanitaire. Elle n'est pas assujettie au médecin, à travers l'ordonnance, comme d'autres professions paramédicales. C'est une médecine de première intention et c'est pourquoi la formation des ostéopathes se doit d'être de niveau troisième cycle d'études supérieures (doctorat) et l'ostéopathe doit posséder les notions nécessaires pour lire les analyses biologiques, l'imagerie médicale, etc.

### Vous employez les termes « médecine ostéopathe ». Pourquoi ?

Je parle de médecine ostéopathe car c'est le nom que porte l'ostéopathie dans le monde, et non pas du fait que l'ostéopathie doit être une spécialité de la médecine. Il s'agit plus d'une médecine que d'un assemblage de techniques manuelles. Un traitement ostéopathe repose sur le diagnostic, celui-ci devant utiliser les armes de la médecine moderne. Si vous traitez par exemple un patient souffrant d'une hépatite, vous devez savoir ce qu'est

un ictere, pourquoi les urines sont obscures, etc, pour proposer un traitement d'accompagnement au traitement médical. Il est donc indispensable de connaître la physiopathologie et le diagnostic des différentes pathologies. La médecine ostéopathique, c'est avant tout une excellente connaissance de l'anatomie, de la physiologie et de la physio-pathologie, avec des traitements ad hoc pour chaque cas clinique et nécessairement une recherche scientifique adaptée.

### **Vous êtes directeur d'une école d'ostéopathie en Espagne. Pourquoi avoir décidé de développer un enseignement dans ce pays ?**

Alors que j'enseignais en post-gradué en France, un physiothérapeute m'a demandé de faire une présentation de l'ostéopathie en Espagne où, en 1989, il n'y avait aucun ostéopathe. Il y avait par ailleurs une opportunité au niveau universitaire car la situation est très différente de la situation en France. En effet, les médecins espagnols ne sont pas opposés à l'ostéopathie et la formation continue de notre école a pu s'inscrire dans un cadre universitaire.

### **Pouvez-vous nous présenter cette formation ?**

L'EOM (École d'ostéopathie de Madrid), dont je suis directeur, est implantée dans plusieurs pays (Argentine, Brésil, Chili, Espagne, Italie, Mexique, Pérou, Portugal et Venezuela), et maintenant en France avec le CIMO. Elle regroupe près de 2 500 étudiants en Espagne et entre 800 et 1 000 élèves dans les autres pays. Chaque école est en relation avec une université depuis 1993 et également, parfois, avec une faculté de médecine. Ainsi, le diplôme d'ostéopathe délivré est un diplôme universitaire de niveau Master 2 ; il nécessite la réalisation d'un travail d'investigation scientifique de type doctorat, que nous espérons voir évoluer dans un proche avenir vers un Ph.D (doctorat universitaire de 3<sup>e</sup> cycle d'études supérieures). Pour les étudiants déjà kinésithérapeutes ou médecins, le cursus comporte 2 600 heures réparties sur six années. Il a été calculé pour

## **Comment est organisée la profession en Espagne ?**

« Il existe un registre espagnol des ostéopathes associé au registre européen. Comme nous l'avons vu, le corps médical ne s'oppose pas à la pratique de l'ostéopathie et l'enseignement de la kinésithérapie est universitaire également. Il y a moins cette opposition entre kinésithérapeutes ostéopathes et ostéopathes exclusifs que l'on peut retrouver en France. Mais certains kinésithérapeutes qui ne finissent pas le cursus pratiquent ensuite une kinésithérapie ostéopathique et d'autres kinésithérapeutes considèrent l'ostéopathie comme une spécialité de la kinésithérapie. À côté, il existe une très faible proportion d'ostéopathes ayant suivi une formation à temps plein, le plus souvent au BSO de Londres. Mais la plupart des ostéopathes espagnols sont donc des kinésithérapeutes qui se forment ensuite en formation continue à l'université. Le système de santé ne rembourse pas l'ostéopathie mais comme en France, il existe des assurances qui prennent en charge un certain nombre de séances. Les examens complémentaires peuvent être prescrits par les kinésithérapeutes et les ostéopathes qui ont les diplômes nécessaires et ils sont remboursés hormis les IRM. », conclut François Ricard.

répondre aux normes de l'OMS relatives à la médecine ostéopathique. Programme et examens sont communs dans tous les pays où nous sommes présents.

### **Quelles sont les spécificités du programme de l'EOM ?**

40 % du volume horaire est consacré au diagnostic différentiel accompagné de protocoles de traitement ostéopathique. La partie proprement médicale pratique (auscultation, analyses, etc.) et théorique, est dispensée à 60 % sous forme de cours classiques et pour 40 % en non-présentiel, c'est-à-dire par un travail personnel de l'étudiant avec des photocopies de médecine et l'aide de tuteurs. Ces derniers sont des professeurs responsables d'un certain nombre d'élèves et qui répondent par e-mail aux questions. Nous organisons aussi des stages pratiques de diagnostic.

### **Quel intérêt présente l'intégration dans l'université ?**

L'EOM est une école privée mais bénéficie d'un accord avec l'université pour mettre en place des collaborations au niveau des enseignements. Cette collaboration public-privé a aussi conduit à proposer aux étudiants des stages cliniques au sein même des hôpitaux et dans plusieurs services : rhumatologie, traumatologie, gynécologie, obstétrique, etc. Les patients de ces services sont orientés par les médecins selon les indications qui relèvent de l'ostéopathie qui leur ont été

transmises. Ainsi, les futurs ostéopathes sont concrètement confrontés à toutes les pathologies. Néanmoins, avant de parvenir à ce niveau d'intégration, il a fallu montrer patte blanche et, au départ, nous avons apporté les preuves de notre efficacité sur l'appareil locomoteur. Cette organisation et cet accès aux services hospitaliers permet également de mettre en place des travaux de recherche en épidémiologie.

### **Qu'apporte la recherche en ostéopathie ?**

Si nous avions voulu que l'ostéopathie soit reconnue comme nous le désirions, nous aurions dû, comme a su le faire la médecine traditionnelle, démontrer ce que nous savons faire. C'est la raison pour laquelle tant de lois sont passées en notre défaveur car le monde médical s'appuie sur des éléments scientifiques. Ainsi, toutes les thèses réalisées par les étudiants devraient être scientifiques, après avoir suivi des cours de méthodologie avec un encadrement par des directeurs de thèse compétents dans ce domaine. Il y a actuellement des problèmes de moyens car la recherche en ostéopathie n'a pas accès aux infrastructures universitaires. Cependant, avec des protocoles corrects d'investigation, et des moyens peu coûteux, une bonne méthodologie, des statistiques bien faites et des formules bien choisies, il serait possible de faire passer les pro-

ductions scientifiques en ostéopathie du grade C, faible niveau de preuve, vers le grade A, preuve scientifique établie selon la méthode « Recommandations pour la pratique clinique »\*. Par exemple, pour les techniques crâniennes, au lieu de chercher à démontrer le concept, les travaux de recherche et la communication auraient dû porter sur l'efficacité de ces techniques. Ils auraient aussi pu concerner d'autres zones du corps et pathologies où l'efficacité de la médecine ostéopathique aurait été plus facile à démontrer.

## Comment atteindre cet objectif ?

Je suis président d'une fédération scientifique, la SEFO\*\* (Scientific European Federation of Osteopaths) qui supervise les protocoles et la méthodologie de recherche en médecine ostéopathique. L'objectif est de respecter les critères internationaux de recherche en médecine de manière à pouvoir publier dans des revues indexées au niveau scientifique, de renommée internationale. C'est-à-dire rédiger des articles en respectant les normes de Vancouver. Nous réalisons ce travail depuis 1998 et à l'heure actuelle, nous avons publié environ une centaine de travaux dans une revue indexée au niveau scientifique, éditée par Elsevier, *Osteopathia scientifica*. Cette revue va évoluer : son nom changera, elle sera publiée en anglais et éditée en libre accès sur un site internet.

## Le dossier de ce numéro porte sur la prise en charge des lombalgies. Pouvez-vous dire quelques mots sur le sujet ?

Dans la prise en charge des lombalgies, la justesse du diagnostic différentiel est primordiale. Mais auparavant, il est nécessaire de poser le diagnostic d'exclusion. Pour ce faire, il faut connaître les maladies vasculaires, oncologiques, rhumatologiques, de médecine interne ou les traumatismes qui peuvent provoquer ces lombalgies. Il peut s'agir de contre-indications absolues ou bien relatives à la prise en charge ostéopathique, ou encore qui imposent une prise en charge accompagnée d'une réorientation. Par exem-

ple, une jeune femme consultant pour une lombalgie dont la douleur augmente ou apparaît tous les deux mois pendant l'ovulation, et qui s'accompagne d'autres signes cliniques évoquant une endométriose, sera traitée en ostéopathie et également vue par un gynécologue. Prenons un autre exemple. Un patient d'environ 60 ans, consultant pour une lombalgie basse et qui présente des difficultés à la miction. Un premier diagnostic a révélé une pathologie prostatique. Si la palpation confirme cette anomalie, une tumeur est possible : il ne faut pas traiter cette pathologie s'il s'agit d'un adénocarcinome ou bien d'un adénome prostatique, le patient doit être dérivé vers l'urologue. Néanmoins, après confirmation et traitement médical, il sera parfois possible de réaliser un traitement d'accompagnement ostéopathique, par exemple en cas de prostatite.

Par ailleurs, la majorité des femmes entre 25 et 40 ans consultent pour des lombalgies mécaniques. Pour 60 % d'entre elles, il y a une composante hormono-gynécologique et les symptômes augmentent avec les périodes du cycle menstruel lui-même anormal. C'est pourquoi les ostéopathes doivent avoir des connaissances médicales suffisantes dans leur enseignement ostéopathique. Et ils doivent savoir orienter leur patient vers un autre professionnel de santé.

## Et quelle doit être, selon vous, la prise en charge de l'ostéopathe pour des tableaux cliniques présentant une origine psychosomatique ?

Si l'origine est psychosomatique, la question est de savoir si l'ostéopathe est apte à traiter le problème psychologique. Sans formation supplémentaire adéquate, je ne pense pas que ce soit possible mais il existe des techniques de relaxation somato-émotionnelles. Elles permettent de faire revivre au patient, par la manipulation de ses fascias, des émotions négatives et d'ainsi libérer le système fascial. C'est une approche qui se développe actuellement, mais est-ce vraiment de l'ostéopathie ? Il est préférable selon moi d'intégrer cette approche psychologique clinique dans le cadre d'une équipe thérapeutique.

## Biblio

VOICI QUELQUES OUVRAGES DE FRANÇOIS RICARD TRADUITS EN FRANÇAIS.

*Traitement ostéopathique des algies du rachis thoracique*, François Ricard, éditions Elsevier, 2009

*Traité de médecine ostéopathique du crâne et de l'articulation temporo-mandibulaire*, François Ricard, éditions Elsevier, 2010

*Traitement ostéopathique des lombalgies et lombosciatiques par hernies discales*, François Ricard, éditions Elsevier-Masson, 2007

*Traitement ostéopathique des algies d'origine crânio-cervicales (cervicalgies, torticollis, névralgies cervico-brachiales, céphalées, migraines et vertiges)*, François Ricard, éditions Deverlaque, 1990

*Les techniques ostéopathiques et chiropractiques américaines*, François Ricard et Pierre Therbault, éditions Frison-Roche, 1991

*Traitement ostéopathique des algies d'origine lombo-pelvienne (lombalgies, lumbagos, radicalgies de type sciatique et crurale)*, tomes 1 et 2, François Ricard, éditions Atman-Deverlaque, 1988

*Lésions ostéopathiques de l'articulation temporo-mandibulaire*, tomes 1 et 2, François Ricard, éditions Atman-Deverlaque, 1986 et 1989

\* La méthode « Recommandations pour la pratique clinique » (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Selon le niveau de preuve de études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS. La force d'une recommandation est le niveau de confiance que l'on a sur le fait que son application apportera plus de bénéfices au patient que d'événements indésirables. Une recommandation de grade A est fondée sur un niveau de preuve 1, à savoir des essais comparatifs randomisés de forte puissance, une méta-analyse d'essais comparatifs randomisés et une analyse de décision basée sur des études.

\*\* plus d'informations sur <http://scientific-european-federation-osteopaths.org/>

# LÉGOSTEO

## La formation juridique pour les ostéopathes

Créé en au sein de l'université de Bourgogne à Dijon, le **diplôme universitaire** LEGOSTEO (L'Expertise judiciaire, la Gestion et l'Organisation de la profession d'Ostéopathe) débutera sa seconde session en octobre 2011

### LES OBJECTIFS

**Donner une formation théorique et pratique** à l'expertise judiciaire et d'assurance en ostéopathie

**Former les ostéopathes à la bonne gestion** de leur activité libérale

**Former les ostéopathes à l'encadrement** et aux responsabilités socio-professionnelles

**Former les ostéopathes aux bases** de l'éthique et de la déontologie professionnelle

seconde session  
octobre 2011

nombre de places limité  
à 25 personnes

Les études se dérouleront d'octobre 2011 à octobre 2012 en 7 fois 3 jours sur le campus de l'université.

### Renseignements pédagogiques et inscriptions

M<sup>me</sup> Anne Charlotte Frick  
anne-charlotte.frick@u-bourgogne.fr - tél : 03 80 39 38 29

### Programme détaillé :

<http://www.u-bourgogne-formation.fr/-DU-Expertise-judiciaire-Gestion-et,305-.html>

**OFFRE PRO**  
abonnement 1 an / 6 numéros  
**120 €**

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

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE

Je m'abonne

**Bulletin d'abonnement** à retourner à :  
RCR Éditions  
176 rue Saint-Maur 75011 Paris

M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M. Profession \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Offre PRO - 120 €  Offre étudiant - 60 € au lieu de 120 € (joindre la photocopie de la carte d'étudiant)

Je veux recevoir ces numéros dans mon abonnement :  1  2  3  4  5  6  
 7  8  9  10  11  12

J'adresse mon règlement par chèque bancaire ou postal à l'ordre de RCR Éditions

Je souhaite recevoir une facture

Date :

Signature :

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

MÉTIER

# ENQUÊTE



## LOMBALGIE ET OSTÉOPATHIE UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

L'étiologie de la lombalgie est complexe et la réussite d'un traitement ne passe pas uniquement par le soulagement du patient. La chronicité et la récurrence constituent des éléments qui permettront à l'ostéopathe de valider la justesse de son traitement pour ajuster son diagnostic. Le choix d'une prise en charge partagée peut également s'imposer, mais vers quel professionnel réorienter un patient ? Tant il est complexe de cibler la ou les causes de cette pathologie. Structurale, viscérale voire psychosomatique, toutes les compétences de l'ostéopathe sont mobilisées pour poser le diagnostic d'une pathologie à la prise en charge quasi quotidienne. De plus, le diagnostic d'exclusion doit être rigoureux pour écarter avec certitude toute cause grave, bien que rare, de type infectieux, tumoral ou inflammatoire.





## La lombalgie en chiffres

- **6 millions de consultations** en France chaque année, soit 9 % des consultations de médecine générale.
- **30 % des actes de kinésithérapie.**
- **3<sup>e</sup> cause d'invalidité** en France et 1<sup>re</sup> pour les patients de moins de 45 ans.
- 1<sup>re</sup> cause d'arrêts de travail et de plus d'un accident du travail sur cinq.
- **30 millions de journées de travail perdues** chaque année pour cause de lombalgie et une durée moyenne des arrêts de travail de 55 jours en 2005, contre 25 jours en 1970.
- **1 maladie professionnelle sur 20.**
- **1,4 milliard d'euros de coûts directs** en secteur libéral. Le coût total, direct et indirect, est difficile à évaluer mais certains pays européens l'ont chiffré entre 1 et 2 % de leur produit intérieur brut.

Source : INRS

## Quelle part pour les causes psychosomatiques ?

Certaines études font apparaître une association entre les symptômes de stress au travail (nervosité, tension, troubles du sommeil, anxiété) et les problèmes de dos. En effet, les contraintes psychosociales au travail sont susceptibles de favoriser des pathologies ostéo-articulaires, et en particulier leur passage à la chronicité, par un effet direct sur l'intensité des contraintes mécaniques, l'augmentation de la tension des muscles génératrice de fatigue musculaire, la réduction de l'irrigation sanguine des ligaments et des tendons, la diminution des capacités de défense anti-inflammatoires, etc. Il est classiquement admis que les contraintes physiques constituent plutôt des facteurs de risque de lombalgies aiguës, alors que les contraintes psychosociales participent au passage à la chronicité des lombalgies.

La plupart d'entre nous sont ou seront un jour confrontés à un « problème de dos ». Une enquête menée en 2005 par l'INRS (institut national de recherches et de sécurité, voir ci-contre) sur les problèmes de santé au travail dans les quinze pays de l'Union européenne, montre que 25 % des salariés se plaignent de maux de dos et on estime que quatre Français sur cinq sont ou seront concernés par le mal de dos. Un ratio en constante augmentation.

Cette douleur, aux formes variées (lumbago, hernie, cruralgie, etc.), qui touche une grande partie de la population, est responsable de 13 % des invalidités professionnelles. Les lombalgies représentent la première cause d'invalidité au travail chez les moins de 45 ans et leur fréquence s'accroît avec l'âge, jusqu'à un pic vers 45-50 ans, avant de se stabiliser, voire de diminuer.

Les lombalgies font partie des maladies professionnelles reconnues les plus courantes. Les symptômes lombaires sont répertoriés depuis 1999 dans des tableaux de maladies professionnelles selon deux critères : le niveau d'atteinte et la cause déclenchante. Les causes déclenchantes sont de deux natures : les vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier et la manutention manuelle de charges lourdes. Ces tableaux précisent par ailleurs une liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies.

### Une problématique socio-professionnelle

Par ailleurs, les données relatives aux 18 millions de salariés du régime général de la Sécurité sociale, sur 26 millions d'actifs, montrent que les lombalgies sont à l'origine d'environ un quart des accidents de travail avec arrêt. La durée moyenne de ces arrêts de travail est en croissance constante ces dernières années, à 55 jours en moyenne en 2005 contre 25 en 1970. C'est pourquoi l'INRS a publié, en mai 2011, une brochure *Travail et Lombalgie incitant à la prévention* de la lombalgie au travail, pour améliorer la prise en charge de la population et en réduire le coût pour la Sécurité sociale.

Si les lombalgies ont bien évidemment une cause multifactorielle (prédispositions personnelles, accidents domestiques ou lors des loisirs par exemple), les facteurs professionnels sont d'une importance majeure. Et dans ce cadre, les chutes, bien que souvent oubliées, sont à l'origine de près d'un quart des lombalgies reconnues comme accidents du travail. Il s'agit de traumatismes directs ou d'efforts de rattrapage violents ou importants qui entraînent un « stress » mécanique excessif.

### L'ostéopathe, un rôle central à revendiquer

Étiologie complexe, prise en charge coordonnée, diagnostic d'exclusion délicat et approche spécifique pour certains patients, la prise en charge des lombalgies est le lieu d'exercice privilégié des ostéopathes. L'ostéopathie apporte des moyens thérapeutiques pour répondre efficacement à la complexité du traitement des lombalgies. Pour toutes ces raisons, le rôle des ostéopathes devrait être reconnu comme central dans notre système de soins autour des lombalgies.

## témoignage

## Les spécificités de la lombalgie chez la femme

### Françoise Hainaut

gynécologue-obstétricien-ostéopathe, chargée d'enseignement à Paris



**Les origines gynécologiques et pelviennes ont une place non négligeable parmi les étiologies des lombalgies chez la femme. Il convient donc que l'interrogatoire d'une patiente lombalgique intègre ces causes afin que l'investigation clinique et para-clinique nécessaire puisse être envisagée.**

Au cours de l'interrogatoire de la patiente et de l'examen, il est important de penser aux points suivants :

- **LA PRÉSENCE D'UN DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN.**

La patiente porte-t-elle un stérilet standard au cuivre ou hormonal ? Le stérilet est mis en place de préférence pendant les règles chez une patiente informée du principe, des complications et du suivi nécessaire (deux fois/an). Le dispositif intra-utérin (DIU) standard augmente l'abondance des règles ; le système intra-utérin hormonal (SIU : MIRENA) diffuse de la progestérone et entraîne une diminution, voire une absence des règles. Il n'y a pas de risque de grossesse avec MIRENA mais plus de lombalgies. La simple présence d'un stérilet crée un point de fixation tissulaire et une modification de la mobilité de l'utérus. Il peut alors y avoir une mise en tension des moyens de sustentation de l'utérus et surtout des ligaments utéro-

## Trois questions à Françoise Hainaut

« L'image de l'ostéopathie s'est beaucoup améliorée chez les gynécologues »

**Nous venons de voir l'importance de l'anamnèse dans la prise en charge de la femme lombalgique. Quelles informations l'ostéopathe devra-t-il rechercher au cours de l'interrogatoire gynécologique ?**

Il faut prendre le temps d'écouter la femme et de réaliser un interrogatoire gynécologique, ce qui est parfois oublié. Dans la prise en charge d'une femme lombalgique et de manière générale, l'ostéopathe devra rechercher :

- les antécédents infectieux et obstétricaux,
- le mode de contraception, la patiente porte-t-elle un stérilet ?
- la date de ses dernières règles « normales »,
- le suivi gynécologique, sa régularité,
- la date de la dernière consultation,
- les éventuels signes fonctionnels gynécologiques d'accompagnement des lombalgies.

Un interrogatoire est aussi utile pour le diagnostic différentiel au niveau urinaire et digestif.

**Comment aborder une collaboration avec un gynécologue, notamment dans le cadre de ces indications ?**

Pour communiquer avec les gynécologues ou, généralement, avec le corps médical, il est important d'aborder le support physiopathologique des traitements ostéopathiques afin d'éclairer les médecins pas encore informés des intérêts de l'ostéopathie. Par exemple, il faut cesser de dire que les ostéopathes « redressent un utérus rétroversé » car c'est l'état de leur tissu conjonctivo-musculaire. Ou, en ce qui concerne le cas du pelvis adhérentiel, qu'ils « libèrent les adhérences » car il s'agit de matière fibreuse. En revanche, l'ostéopathie permet de redonner de la mobilité aux organes et aux structures environnantes et d'améliorer leur fonctionnalité. Le discours devient alors crédible et il peut être entendu par les médecins.

**Pensez-vous que les collaborations entre ostéopathes et gynécologues vont se développer ?**

Avant d'adresser leurs patientes à des ostéopathes, les gynécologues veulent savoir à qui ils les confient ; ils ont donc besoin de mieux appréhender leur base de travail et de mieux comprendre une formation maintenant plus rigoureuse. L'image de l'ostéopathie s'est beaucoup améliorée dans notre profession, notamment grâce à la prise en charge de femmes enceintes et de la préparation à la naissance. Dans le cas de l'infertilité, l'ostéopathie obtient également des résultats encourageants mais l'acceptation de cette indication de traitement ostéopathique dépend de l'ouverture individuelle de chaque praticien.

sacrés. Le travail ostéopathique aura pour objectifs de redonner de la mobilité à l'utérus, libérer les tensions et permettre un soulagement lombaire.

Par ailleurs, les lombalgies peuvent être le point d'appel de complications du dispositif intra-utérin. Ces complications sont de plusieurs natures : déplacement voire expulsion, perforation utérine, infection. Une grossesse est possible, d'où l'importance de toujours demander à la patiente la date de ses dernières règles « normales », c'est-à-dire la date, l'aspect, les couleurs habituels (à distinguer des saignements anormaux qui sont révélateurs de problèmes). Le contrôle gynécologique régulier est indispensable car les complications peuvent être muettes cliniquement.

#### • UN UTÉRUS RÉTROVERSÉ.

Il peut être responsable de façon chronique ou cyclique de lombalgies. Que la rétroversion soit congénitale ou acquise, secondaire à une endométriose ou à des séquelles adhérentielles post-infectieuses, elle entraîne une pesanteur de l'utérus et une tension/rétraction des ligaments utéro-sacrés. L'ostéopathie ne peut pas corriger cette situation mais agir sur la mobilité de l'utérus. L'utérus rétroversé peut « s'enclaver » dans le Douglas en arrière. Il est alors en hypomobilité et la jonction cervico-isthmique (où passent artères et veines utérines) est « plicaturée », provoquant ainsi une ischémie et une stase veineuse. Il faut remobiliser pour apporter une meilleure vascularisation utérine.

#### • UNE MASSE PELVIENNE CONNUE OU NON.

La présence d'un myome intra-utérin (interstitiel ou sous-séreux) augmentera la lourdeur de l'utérus et la traction sur ses ligaments. De même, des kystes séreux ou des tumeurs bénignes au niveau des ovaires mettent en tension les ligaments lombo-ovariens. Ce sont des diagnostics d'exclusion qui nécessitent de renvoyer la patiente vers un autre professionnel de santé.

#### • DES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE.

Les organes sont maintenus dans une orientation correcte ; il peut sinon y avoir des risques de ptose. Des déchirures des moyens de sustentation entraînent une modification d'orientation et une ptose des différents viscères pelviens qui « tirent » alors sur leurs attaches, entraînant des lombalgies. À un stade précoce, l'ostéopathie peut rétablir un équilibre pelvien ; si la ptose est importante, la correction anatomique sera d'abord chirurgicale.

#### • DES SÉQUELLES ADHÉRENTIELLES POST-INFECTIEUSES OU D'ORIGINE ENDOMÉTRIOSIQUES.

Le travail ostéopathique doit se faire en dehors de la phase inflammatoire aiguë (cadre des lombalgies). Il aura pour objectif de redonner de la mobilité viscérale. Les implants endométriaux dans la cavité (péritoine, ovaires, trompes) entraînent une réaction inflammatoire puis l'apparition d'adhérences qui peuvent aller jusqu'à l'accolement des organes entre eux. Il y a différents stades (de I à IV) et différentes répartitions des implants endométriosiques. Le travail ostéopathique se fait au niveau de la mobilité.



#### • UNE GROSSESSE.

Au début de la grossesse, une lourdeur pelvienne très précoce peut parfois survenir et être ressentie en région lombaire. D'où l'importance de demander à la patiente son mode de contraception et la date des dernières règles normales. Il faut toujours penser à une grossesse extra-utérine (GEU) dont le risque vital justifie d'adresser impérativement la patiente au gynécologue au moindre doute ; il faut rechercher le retard de règles, masqué parfois par des saignements « bizarres », foncés, peu abondants. D'où l'intérêt dans ce cas également d'interroger la patiente sur ses dernières règles normales et sur la présence d'une douleur unilatérale irradiant parfois dans la région lombaire basse.

Tous ces éléments sont des hypothèses d'étiologie de lombalgies. La littérature médicale ne précise pas en effet que le stérilet provoque des lombalgies mais les ostéopathes l'observent. Cette hypothèse est simple à vérifier : il suffit de retirer le stérilet et de constater si les lombalgies persistent ou non.

# REVUE DE LITTÉRATURE – MÉTA-ANALYSE TRAITER DES LOMBALGIES CHRONIQUES PAR LES TECHNIQUES MANIPULATOIRES VERTÉBRALES

RÉSUMÉ DE L'ARTICLE DE RUBINSTEIN ET ALII

ET COMMENTAIRES DE THIBAUT DUBOIS, OSTÉOPATHE DO, DU DE RECHERCHE CLINIQUE

**Cette revue de la littérature, publiée dans la base de données Cochrane en février 2011, constitue une mise à jour de la revue de littérature réalisée en 2009 sur le traitement des lombalgies chroniques par des techniques manipulatoires vertébrales.**

La lombalgie chronique y est définie comme une lombalgie présente depuis au moins douze semaines. Les auteurs n'ont donc inclus que les cas de douleurs lombaires sans co-morbidités connues sous-jacentes (infection, tumeur ou fracture par exemple), ainsi que les essais où les patients pouvaient également présenter une irradiation associée dans les membres inférieurs. Selon les auteurs, le traitement par des techniques manipulatoires vertébrales inclut à la fois les manipulations et les mobilisations. Pour les mobilisations, le thérapeute déplace la colonne vertébrale du patient en utilisant des mouvements lents et passifs afin d'augmenter progressivement l'amplitude du mouvement du patient. La manipulation est une technique passive où le thérapeute applique une impulsion manuelle de faible amplitude, à haute vitesse en fin de mouvement passif (ou physiologique).

## Un échantillon de 6 070 patients

Dans cette revue mise à jour, les auteurs ont recensés 26 essais contrôlés randomisés – soit 6 070 patients –, au cours desquels ont été évalués les effets d'un traitement par des techniques manipulatoires vertébrales chez des patients souffrant de lombalgie chronique. Les traitements ont été effectués par différents praticiens, notamment des chiropraticiens, des thérapeutes manuels et des ostéopathes. Seuls neuf essais ont été considérés comme ayant un faible risque de biais.

Cette revue de littérature suggère que le traitement par des techniques manipulatoires est aussi efficace que d'autres traitements couramment prescrits pour les douleurs lombaires chroniques, telles que la kinésithérapie, les soins médicaux courants ou la physiothérapie.

Toutefois, cette conclusion doit être relativisée. D'une part, les auteurs soulignent qu'il n'existe que très peu d'études comparant l'intervention par des techniques manipulatoires vertébrales à un placebo inerte. D'autre part, la variabilité des interventions dans les études incluses dans cette méta-analyse présente certes l'avantage d'évaluer les techniques manipulatoires au sens large (manipulations et mobilisations pratiquées par des

ostéopathes, des chiropracteurs, des thérapeutes manuels, etc.), mais aussi l'inconvénient de ne pas mettre en évidence une éventuelle prise en charge optimale par des techniques manipulatoires dans le cas de douleurs chroniques. Ainsi, les limites de cette méta-analyse sont directement liées à celles des essais inclus (variabilité des interventions évaluées).

## Aucune complication grave après des techniques manipulatoires

Les auteurs modèrent aussi leurs conclusions en soulignant qu'environ les deux tiers des études analysées avaient un risque élevé de biais. Pour les aspects positifs, les auteurs constatent, en outre, qu'aucune complication grave n'a été observée à la suite d'un traitement par des techniques manipulatoires. D'autre part, il semble que toutes les études rapportent des incidences d'événements indésirables inférieures avec la stratégie de thérapie manuelle par rapport à la stratégie AINS (anti-inflammatoires non-stéroïdiens).

Enfin, les auteurs soulignent le besoin d'évaluer l'intérêt médico-économique du traitement. En effet, ces derniers suggèrent que ces techniques pourraient être plus efficaces car elles nécessitent un nombre inférieur de séances en comparaison d'autres prises en charge des lombalgies chroniques. Ils soulignent par ailleurs qu'il faudrait évaluer l'efficacité de ces techniques au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire et mettent aussi l'accent sur la nécessité de se rapprocher des standards méthodologiques optimum pour les études à venir.

## Évaluer l'efficacité des différentes thérapeutiques

En résumé, le traitement par des techniques manipulatoires vertébrales ne semble être ni plus ni moins efficace que les autres traitements existants pour des patients atteints de lombalgie chronique. Néanmoins, cette méta-analyse met surtout en avant le fait que sans différence d'efficacité clinique, il devient important d'évaluer l'efficacité (rapport entre les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus) des différentes stratégies. Les questions de relations doses-effets et de demi-vies de traitements par des techniques manipulatoires seront aussi importantes à prendre en compte dans les futures études.

*Source : Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art. No.: CD008112. DOI: 10.1002/14651858.CD008112.pub2;*



## Prise en charge des lombalgies posturales

**André Chantepie et Jean-François Pérot, ostéopathes DO, chargés d'enseignement**

Les symptomatologies douloureuses lombaires irradiant ou non dans la fesse et le membre inférieur sont nombreuses et fréquentes. Leurs étiologies sont multifactorielles et correspondent à un support spécifique anatomique, physiologique et biomécanique précis. Les lombalgies posturales sont l'expression de la perturbation des lignes mathématiques du corps décrits par John Martin Littlejohn et John Wernham. Elles entraînent des modifications posturales et s'accompagnent de douleurs lombaires, sans irradiations dans les membres inférieurs.

Le corps humain est soumis aux forces gravitationnelles (strain/counter strain). L'équilibre postural et dynamique dépend de l'intégrité des lignes mathématiques du corps qui sont contrôlées par les chaînes musculaires et le tendon central. John Wernham a proposé une classification posturale dans le plan antéropostérieur en trois types, associée à des symptomatologies douloureuses s'accompagnant de dysfonctions viscéropariétales offrant une porte ouverte à l'installation de pathologies organiques. Ces symptomatologies douloureuses mettent en exergue les lombalgies d'origine posturale.

Lorsque la force d'action de la pesanteur et la force de réaction du sol s'équilibrent de façon harmonieuse, la position moyenne du

centre de pression correspond à la position moyenne du centre de masse corporelle. Le sujet est alors en type normal et l'énergie musculaire dépensée pour la régulation tonique posturale est minimale et permet une bonne homéostasie, élément indispensable d'une santé durable. Lorsque la position moyenne du centre de pression passe en avant ou en arrière du centre de masse, la ligne centrale de gravité est déplacée dans le même sens. Le sujet est en type antérieur ou postérieur. Il doit alors tenter de retrouver un équilibre postural satisfaisant en dépensant un surplus d'énergie musculaire créant des contraintes myo-fasciales, articulaires, capsulo-ligamentaires et viscéro-pariétales génératrices de lombalgies posturales.

Le diagnostic ostéopathique rigoureux, s'appuyant sur un examen reproductible pour chaque patient, amène à mettre en place un traitement adapté à chaque cas clinique selon l'étiologie du type de lombalgie posturale, antérieure ou postérieure. D'un point de vue épidémiologique, les lombalgies touchent une grande partie de la population ; on peut estimer que 50 à 80 % des individus souffriront d'une lombalgie à un moment ou un autre de leur vie. Leur fréquence augmente avec l'âge, avec une répercussion socio-économique importante. L'ostéopathie apporte des moyens thérapeutiques efficaces dans la prise en charge de la complexité des lombalgies.

## témoignage

## Les lombalgies d'origine viscérales

### Dominique Leroux

Ostéopathe DO et enseignant à l'IFSO-EFOM à Paris et l'IFSO Vichy



**L'évaluation clinique des personnes souffrant de rachialgies conduit très souvent à suspecter une étiologie non vertébrale. Les algies lombaires en particulier peuvent, par des liaisons métamériques, être l'unique « lampe témoin » repérable d'un dysfonctionnement viscéral, d'une anomalie positionnelle ou encore d'une perte de mobilité d'un organe suspendu ou sustenté.**

En dehors d'un contexte traumatique exprimé par le patient ou clairement repéré dans les antécédents, le praticien doit toujours s'interroger sur la possibilité d'une douleur référée relative à une pathologie autre que rachidienne et dégénérative. Si la plupart des étiologies viscérales nous semblent relever de dysfonctions bénignes abordables directement en techniques ostéopathiques, un certain nombre d'entre elles constituent de véritables signaux d'alarme de pathologies graves nécessitant examens et bilans complémentaires.

Parmi ces étiologies, à l'origine de lombalgies et lombosciatiques référées, figurent entre autres les cancers du pancréas et les pancréatites chroniques, les anévrismes de l'aorte abdominale, les coliques néphrétiques, les tumeurs rénales, les fibromes utérins et les fibroses rétro-péritonéales. Les résultats du bilan ne conduisant pas raisonnablement à conclure et affirmer le diagnostic ostéopathique, il convient alors de diriger le patient vers le spécialiste susceptible de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse évoquée ou retenue.

#### LES ORIGINES PÉRIONÉALES DES DOULEURS RAPPORTÉES

Les douleurs rapportées peuvent d'abord être liées au péritoine pariétal antérieur qui, richement innervé, est très sensible à tous les stimuli. Toute irritation provoque une douleur aiguë bien localisée. Si le stimulus est suffisamment intense, la douleur est complétée par une réponse musculaire de type contracture du myotome, voire une hyperesthésie dermatomérique. Ces douleurs peuvent aussi avoir pour point de départ :

- le péritoine postérieur qui produit souvent une douleur lombaire basse assez caractéristique ;
- le péritoine pelvien avec des sensations faussement attribuées aux organes du petit bassin ;
- le péritoine diaphragmatique et ses irradiations cervicales et scapulaires ;
- le péritoine viscéral et ses douleurs qualifiées d'imprécises, sourdes, centrales au niveau de l'abdomen.

Les organes pleins sont insensibles à la douleur. Dans le cas de spasmes, c'est la distension des organes creux qui est la cause des douleurs. Dans les cas de contractions musculaires douloureuses, la cause provient d'une inflammation locale ou loco-régionale. D'une façon schématique, il existe trois types de douleurs viscérales :

- celles en relation avec l'organe malade, en général profondes, diffuses et mal localisées ;
- celles qui sont secondaires à l'atteinte des séreuses et qui entourent l'organe en cause ; les douleurs sont alors souvent nettement mieux localisées ;
- enfin, les douleurs projetées ou référées, les moins évidentes et les plus difficiles à expliquer car elles n'offrent apparemment aucune relation avec la représentation cutanée de la douleur. C'est la douleur rapportée. Elle se situe à distance du viscère atteint. Le patient est tout à fait capable de montrer un siège de sa douleur, mais il se trompe sur la localisation de sa lésion.

## Les zones hautement réflexogènes

#### Les principales zones dites hautement réflexogènes sont :

- les jonctions viscérales : elles agissent les unes sur les autres et peuvent servir de cadre à la démarche thérapeutique une fois la lésion repérée ;
- les zones qui cliniquement semblent les plus rapidement efficaces à procurer l'antalgie viscérale et à lever les viscéro-spasmes : sphincter supérieur et inférieur de l'œsophage, jonction œsophago-cardio-tubérositaire, pylore, sphincter d'Oddi, jonctions duodéno-jéjunale et iléo-cæcale, région ano-rectale ;
- certaines zones dites critiques souvent impliquées : vésicule biliaire, sphincter d'Oddi et jonction entéro-cæcale ;
- les attaches viscérales : ligaments suspenseurs, racines et mésos (racine du méso-transverse, racine du mésentère, racine du côlon ilio-pelvien).

## LE RÔLE DE L'INNERVATION VISCÉRALE

Rappelons que l'innervation de type « mécanorécepteurs » est absente des régions viscérales et peu présente, d'après les anatomistes, au niveau des mésentères. Ces récepteurs sont présents uniquement dans le feuillet pariétal du péritoine et donc absents du feuillet viscéral constituant ainsi une frontière sensorielle entre l'innervation « centrale » et « autonome ».

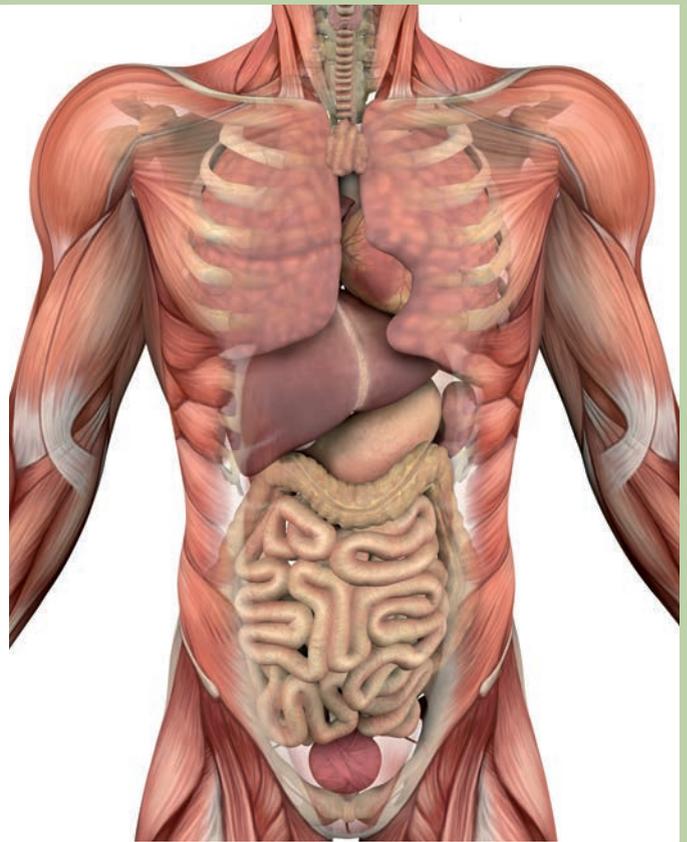
Le cerveau conscient « corticalisé » ne reconnaît ni les variations de volume des viscères ni directement la souffrance des tissus de ces organes ; en effet, l'innervation viscérale se fait via des barorécepteurs et des chémorécepteurs qui permettent de contrôler l'activité des muscles lisses intestinaux. Leurs contractions sont indépendantes de celles des muscles de la paroi abdominale dont l'innervation est de type centrale, comme pour tous les muscles de la locomotion. Ces innervations ont l'inconvénient de ne pas informer (localement) des troubles fonctionnels et organiques. L'indépendance fonctionnelle n'est cependant pas « cliniquement » totale et il semble que, dans des conditions physiologiques normales, la tension de repos de la paroi abdominale peut et doit s'adapter, de façon réflexe, aux informations reçues des organes sous-jacents.

## LES RAPPORTS LOMBALGIES-FIXATIONS VISCÉRALES

En raison des « fixations viscérales associées » par les liens fasciaux, ligamentaires, ostéo-articulaires, ou des adhérences (au sens d'articulation viscérale), musculaires (spasmes), neurologiques (chaîne latéro-vertébrale sympathique) ou encore vasculaires, (spasme de l'artère sous-clavière, Sotto-Hall compensé), la lombalgie peut être en rapport avec :

- des spasmes viscéraux (grêle et côlon),
- des effets « ptosiques » des organes suspendus (foie, estomac, reins, etc.) car la fixité des viscères est assurée par suspension fibreuse et contention musculaire de paroi abdominale ;
- des effets liés à la posture inadéquate : faux ptosiques en attitude asthénique avec hyper appui viscéral et articulaire vertébral ;
- une perte de mobilité des organes du petit bassin (l'utérus en particulier) ;
- une fixité anormale des viscères ;
- une modification de la motilité des organes. Les adhérences modifient le ou les axes de motilité : les ptôses modifient le ou les axes et les amplitudes de motilité, alors que les viscéro-spasmes modifient surtout l'amplitude de la motilité.

Dans le cadre d'une pathologie, des influx centripètes anormaux en provenance de viscères atteints peuvent déclencher des influx centrifuges dans le même métamère, voire au-delà. Les tissus mous, en rapport métamérique avec un niveau vertébral « bombardé » d'influx « aberrants », peuvent répondre par une hypertonie susceptible de fixer une articulation concernée. Ainsi, les pathologies viscérales et de leurs enveloppes peuvent éventuellement être à l'origine de « fixations » entre autres vertébrales et en tout cas métamériques (segment facilité d'Irvin Korr) mais ces fixations repérées ne permettent pas d'affirmer d'emblée une origine viscérale des troubles.



## Outils diagnostiques : rappels

Voici quelques outils diagnostiques pour déterminer la lésion et définir une démarche thérapeutique et des choix techniques :

- l'écoute palpatoire relative à la motilité (va-et-vient de part et d'autre d'un point neutre),
- les tests de mobilité directe,
- les « angles de diagnostic\*\*\* »,
- l'écoute globale dite complétée\*,
- les points d'inhibition,
- « l'écoute » des membres inférieurs,
- le test de Sotto-Hall\*\*,
- le test de Sotto-Hall dit « complété »,
- le test de Lassègue dit « complété\* »,
- les tests articulaires complétés\*,
- les prises de tension artérielle,
- le « rebond » qui mobilise l'organe au maximum de sa course pour solliciter ses attaches,
- la respiration diaphragmatique : forcée en inspiration qui comprime comme une palpation l'organe supposé en lésion, forcée en expiration qui met en étirement les tissus de soutien et l'apnée qui peut préciser la localisation pathologique.

Les outils du traitement seront les « manipulations » viscérales et leurs annexes directes et indirectes (le rebond, l'induction générale [d'Upledger], etc.).

## Quelques rappels

\* **Un examen complété** : d'une manière générale le terme « complété » fait référence à une action appliquée sur un viscère sous-diaphragmatique suspect ou sur une dermalgie réflexe au cours d'un test classique (comme le Lassègue), dans but d'observer une modification de la perception palpatoire (pouls) ou de la performance relative à la mobilité articulaire avec relâchement de fascias. Ainsi, l'angle d'élévation du membre inférieur non algique augmenté, en cas de sciatique ou sciatalgie, dont l'origine viscérale est suspectée. Ou encore, l'amélioration de l'angle de flexion de hanche lors du test de Lassègue associé à une manœuvre viscérale, confirme l'implication du viscère ou de sa fonction dans la genèse de la sciatique ou de son entretien.

\*\* **Le test de Sotto-Hall** : il consiste à prendre le pouls radial d'un patient tout en lui mobilisant le bras en abduction externe. On lui demande en fin de mouvement d'effectuer une rotation gauche et droite de la tête. Le pouls, pendant la mobilisation, doit rester constant dans son intensité et sa fréquence. Le test est dit positif lorsque le pouls diminue ou s'abolit, phénomène attribué à une compression de l'artère sous-clavière dans le défilé scalénique.

La liaison de ce test avec une lésion viscérale est d'ordre réflexe. Il semble que ce soit par l'intermédiaire du péritoine que cet effet se produise : le péritoine reçoit certaines fibres sensibles issues du nerf phrénique qui lui-même s'anastomose avec le nerf sous-clavier. Une stimulation anormale de ces nerfs d'origine viscérale peut entraîner une contracture du muscle sous-clavier et une vasoconstriction de l'artère sous-clavière qui entraînera une modification du pouls radial.

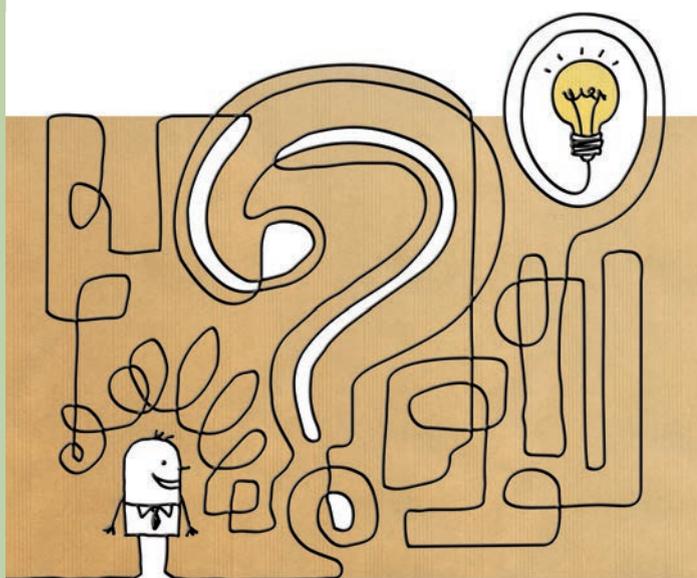
En libérant des tissus, nous relâchons ces différents spasmes. Le défilé thoracique rétréci par la contracture du muscle sous-clavier retrouve alors sa profondeur normale et l'artère sous-clavière son tonus habituel.

Le test de Sotto-Hall complété consiste d'une main à prendre le pouls radial en manœuvre de Sotto-Hall et, de l'autre, à créer des points d'inhibition pour noter d'éventuels changements. Le terme « complété » est donc relatif à l'action effectuée secondairement, lors du test, au niveau de l'organe suspect, par exemple le contacter et l'ascensionner pour détendre et libérer les fascias. Si cette simple manœuvre (qui complète le test) permet de restaurer un pouls normal, le test est positif et confirme l'origine ou l'implication viscérale.

NB : ce test porte le nom, en médecine classique, de test d'Adson-Wright.

\*\*\* **Angle de diagnostic** : le thérapeute contacte d'une main la région occipito-pariétale, de l'autre la région sacro-coccygienne. Habituellement, le corps du patient bascule imperceptiblement par induction vers le côté en lésion. Si le patient effectue imperceptiblement une flexion, ceci est en faveur d'un « problème » antérieur, et plus la flexion est importante, plus la localisation est basse. Si cette flexion s'accompagne d'une latéro-flexion gauche, ceci indique une localisation lésionnelle ressentie à gauche et plus la latéro-flexion est importante, plus la lésion est éloignée de l'axe médian.

Les composantes des deux flexions forment un angle dont le sommet situe le siège de la lésion. Les sommets peuvent également être indiqués par l'angulation déterminée par les colonnes cervico-dorsale et lombaire.



## Petit aparté sur les localisations pathologiques

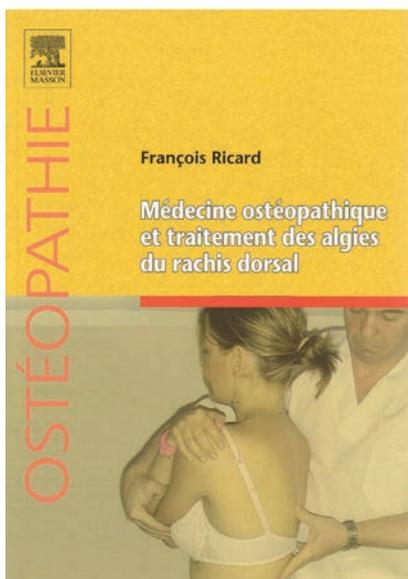
Entre autres localisations pathologiques, nous pouvons signaler :

- l'intestin qui semble être, de tous les organes, celui qui prédispose le plus aux lombalgies aiguës et chroniques, voire aux sciatiques ;
- les reins dont les dysfonctions et lésions se signalent parfois par des sciatalgies ou des sciatiques (gauches) ou encore des cruralgies par compression vasculaires au niveau du trou de conjugaison ; dans ce cas, on évoque une congestion des veines épidurales dépendantes du système azygos ;
- les tensions sur le système ligamentaire entéro-cœcal sont génératrices de sciatalgies droites.

## Médecine ostéopathique et traitement des algies du rachis dorsal

François Ricard

ÉDITIONS ELSEVIER  
440 PAGES  
MAI 2011  
75 EUROS  
ISBN : 9782810100972

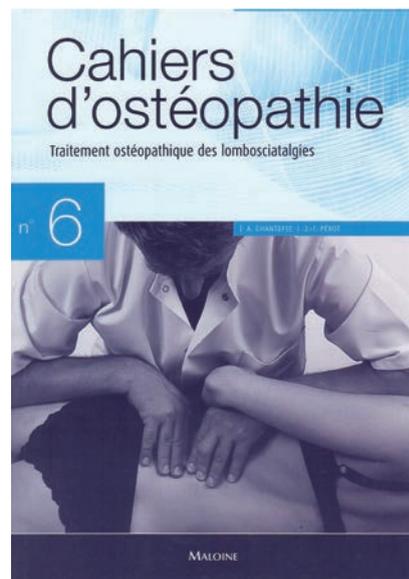


Prenant comme point de départ l'anatomie, la biomécanique et la neurophysiologie du rachis dorsal, l'ouvrage expose les principes qui guident la recherche des lésions dans cette région en décrivant un grand nombre de techniques ostéopathiques qui ont fait preuve de leur efficacité. L'auteur se base sur des connaissances physiologiques et aborde la physiopathologie, le diagnostic différentiel et le traitement ostéopathique de nombreuses pathologies du rachis dorsal. Indispensable dans cette prise en charge thérapeutique, l'approche holistique de la médecine ostéopathique trouve ici toute sa dimension.

## Cahiers d'ostéopathie n° 6 Traitement ostéopathique des lombosciatalgies

André Chantepie  
et Jean-François Pérot

ÉDITIONS MALOINE  
269 PAGES  
FÉVRIER 2011  
39 EUROS  
ISBN : 9782224031114



Les symptomatologies douloureuses lombaires irradiant ou non dans la fesse et le membre inférieur sont nombreuses et fréquentes. Les auteurs proposent un examen clinique rigoureux, tenant compte des signes d'alerte, de l'imagerie médicale et des examens biologiques complémentaires permettant d'établir un diagnostic ostéopathique positif d'exclusion et d'entreprendre ou non un traitement adapté. Chaque tableau clinique correspond à un support spécifique anatomique, physiologique et biomécanique précis. Le diagnostic est établi selon un protocole systématisé de prise en charge du patient utilisant des tests ostéopathiques, orthopédiques et neurologiques décrits de façon claire et rigoureuse. Au travers de cas cliniques tirés de leur expérience, les auteurs décrivent un panel de normalisations aussi bien structurelles, viscérales, fasciales que crâniennes. Ils traitent ainsi la complexité des lombosciatalgies et proposent également des définitions de ces différentes pathologies pour éviter l'amalgame sémantique autour du terme « sciatique ».

# COLLOQUE IFSO-EFOM

## UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DE LA LOMBALGIE

**Autour du thème « Lombalgie et ostéopathie », la quatrième édition du Colloque IFSO-EFOM s'est déroulée en mai dernier sous la présidence du docteur Didier Feltesse et en présence de nombreux professionnels. L'objectif : développer une approche ostéopathique moderne et non dogmatique. Au total, huit conférences ont eu lieu. Vous trouverez les résumés de deux d'entre elles ci-après. Les autres ont été développées, approfondies et intégrées dans le reste de notre dossier.**

Le choix des conférences a été effectué dans l'optique de faire un point sur l'approche thérapeutique ostéopathique des lombalgies. La diversité des compétences des intervenants, de par leurs origines professionnelles ou leurs expertises, a permis d'aborder la question sous des angles multiples. Premier angle : l'étiologie de la lombalgie. Qu'elle soit viscérale ou articulaire, l'origine de la lombalgie est difficile à révéler. Vient ensuite la spécificité du patient souffrant de lombalgie. En effet, femme et enfant nécessitent un abord particulier. Que ce soit dans l'anamnèse et l'interrogatoire ou dans la physiologie ou la physiopathologie. Dernier angle enfin : la pluridisciplinarité de cette prise en charge, notamment dans le rôle complémentaire du podologue par rapport au travail de l'ostéopathe. Et inversement.

### Lombalgie d'origine articulaire postérieure : quelles preuves ?

**Nabil El Hachem, kinésithérapeute et ostéopathe, chargé d'enseignement**

Les articulations postérieures ont toujours été considérées comme une source certaine de lombalgies. Sur le plan médical, des infiltrations, des blocs anesthésiques, des dénervations, des fusions postérieures ont été proposés pour traiter ce mal de dos. Le professeur Revel a permis d'identifier un certain nombre de critères pouvant témoigner d'une souffrance postérieure.

En ostéopathie, le mode d'action des manipulations vertébrales semblait avoir un rapport direct à ce niveau. Sur le plan clinique, il existe alors un blocage de fin de course. Pour autant, il peut exister d'autres causes de souffrances. Parmi celles-ci, nous trouvons les incarceration ménoïdes et les blocages favorisés par une laxité discale. Les articulaires postérieures peuvent aussi se comporter en « haut-parleur » d'une souffrance locale, musculaire par exemple, ou en « satellite », comme en témoignent certains cas de syndrome de la charnière dorso-lombaire dont l'origine peut se situer plus bas, au niveau lombo-sacré. Dans les cas cliniques cités précédemment, les manipulations vertébrales auraient un rôle primordial à jouer.

### LES CONFÉRENCES

#### **Lombalgie et ostéopathie,**

André Chantepie et Jean-François Pérot, ostéopathes DO, chargés d'enseignement

#### **Lombalgie et syndrome de la charnière thoraco-lombaire,**

Michel le Faou  
**Lombalgie d'origine articulaire postérieure : quelles preuves ?**, Nabil El Hachem, kinésithérapeute et ostéopathe DO, chargé d'enseignement

#### **Les spécificités de la lombalgie chez la femme,**

Francoise Hainault, gynécologue, obstétricienne et ostéopathe, chargée d'enseignement, Paris

#### **Indications de l'imagerie chez le lombalgique,**

Gérard Morvant, médecin radiologue

#### **Place de l'orthèse dans la prise en charge multidisciplinaire de la lombalgie commune,**

Philippe Monthéard et Antoine Perrier, podologues et chargés d'enseignement

#### **Dysfonctions viscérales et lombalgies,**

Dominique Leroux, ostéopathe DO, chargé d'enseignement

#### **La lombalgie chez l'enfant et l'adolescent,**

Robert Nicault, ostéopathe DO



## témoignage

### Les lombalgies chez l'enfant : un double enjeu

#### Robert Nicault

ostéopathe et chargé d'enseignement à l'IFSO Paris



**Parce que leur fréquence est élevée et qu'elles sont corrélées avec celles de l'adulte, la prise en charge des lombalgies de l'enfant reste un double impératif. Celle-ci doit aussi mobiliser les différents acteurs de santé – médecins, ostéopathes, kinésithérapeutes, podologues –, etc. et s'appuyer sur une coopération avec les parents et l'environnement scolaire et sportif, dans une démarche thérapeutique et préventive.**

La lombalgie n'est pas une pathologie exclusive de l'adulte. Troisième forme de douleurs la plus courante chez les enfants d'âge scolaire, elle représente un motif croissant de consultation chez l'enfant et l'adolescent. Sa prévalence s'établit aux environs de 36 % d'après les travaux des chercheurs en épidémiologie de l'université de Pittsburgh en Pennsylvanie (États-Unis) ; chez l'adolescent, elle coïncide avec l'apparition des troubles de la croissance comme la cyphose et l'ostéocondrose (comme la maladie de Scheuermann). Sa fréquence s'accroît avec l'âge et atteint un pic à l'adolescence, plus marquée chez les filles.

#### LA CROISSANCE, UNE PÉRIODE À RISQUES

L'enfant n'est pas un adulte en miniature. C'est un être en devenir. Son squelette est en croissance et le cartilage de croissance est une zone fragile. Cette période à risque pose des problèmes de diagnostic et des contraintes thérapeutiques qui nécessitent d'adapter la pratique selon l'âge de l'enfant. En effet, la lombalgie peut être révélatrice d'anomalies transitionnelles, voire de fractures de fatigue en particulier chez l'adolescent ayant une pratique sportive intensive ou de haut niveau. C'est à cet âge que se révèlent les premiers signes d'altérations disco-vertébrales, plus rarement des hernies discales ; par ailleurs, une souffrance psychologique peut également s'exprimer à travers une douleur rachidienne.

Au niveau épidémiologique, il y a plus de lombalgies chez les non-sportifs et les sportifs de compétition. La position assise prolongée (école, télévision, matériel scolaire mal adapté, etc.) favorise la survenue de lombalgies et les facteurs psychosociaux (stress, dépression, etc.) sont aussi une cause possible. Le poids des cartables est aussi évoqué. Pour toutes ces raisons, la prise en charge d'enfants souffrant de lombalgies impose une démarche diagnostic rigoureuse afin de ne pas méconnaître une cause grave, bien que rare, de type infectieux, tumoral ou inflammatoire. Il faut donc être attentif à rechercher les signes d'exclusion à une prise en charge ostéopathique :

- persistance des douleurs dans le temps,
- douleurs non calmées par le repos,
- douleurs nocturnes (entraînant le réveil de l'enfant),
- altération de l'état général,
- existence d'une fièvre,
- présence de signes neurologiques.

Un diagnostic d'exclusion bien posé conduira à réorienter l'enfant vers le médecin. Le diagnostic différentiel révélera des dystrophies de croissance (maladie de Scheuermann dans sa forme lombaire), des spondylolyses et des spondylolisthésis. Les spondylolyses sont souvent asymptomatiques chez l'enfant sportif mais ces derniers peuvent présenter des sciatalgies. La scoliose idiopathique n'est pas douloureuse mais la présence d'une douleur nécessite une recherche étiologique et le début d'atteintes dégénératives disco-vertébrales chez l'adolescent.

## Attention, fragile !

La présence des cartilages fertiles des zones de croissance impose la non-utilisation de manœuvres forcées sur des structures anatomiques encore en devenir. Le choix des techniques musculaires et fasciales est à privilégier, compte tenu de leur intérêt curatif et préventif, et la prise en charge doit s'accompagner de conseils d'hygiène de vie et de mesures prophylactiques, en particulier d'ordre ergonomique. L'adaptation du matériel scolaire notamment devrait être impérative et l'utilisation des supports informatiques, télévisuels devrait être encadrée. Le suivi de l'enfant par une prise en charge en kinésithérapie est une option, surtout chez l'enfant sédentaire. La pratique du sport est bénéfique pour le développement et la croissance à la condition qu'elle soit adaptée à ses possibilités physiques.

### L'INTERROGATOIRE EST ESSENTIEL

La radiographie, par des prises de vue standard de face et de profil, est un examen complémentaire qui permet de rechercher une déformation rachidienne et de localiser une anomalie en effectuant une analyse segmentaire vertèbre par vertèbre. L'indication des autres formes d'imagerie sont fonction de la clinique, de même que les investigations biologiques. D'autre part, l'interrogatoire est essentiel pour recueillir des informations sur la douleur : siège, horaire, irradiations, signes d'accompagnement, ancienneté des signes, circonstances déclenchantes, traitements déjà prescrits, etc.

Un examen clinique rigoureux, complété par des examens complémentaires ciblés, doit éliminer les causes organiques. Une fois le diagnostic d'exclusion posé, la prise en charge thérapeutique doit être adaptée à l'âge de l'enfant pour entamer un protocole de traitement. Chez l'adolescent, la prise en charge s'apparente à celle de l'adulte.

### UN EXAMEN CLINIQUE RIGOREUX

L'inspection des membres inférieurs passera par l'examen de la statique : pieds creux ou plats, genoux varum ou valgum, troubles rotatoires, inégalités de longueur (examen de la marche), etc. Au niveau du bassin : iliaques, sacrum (signe des pouces montants) seront investigués et au niveau du rachis seront analysés équilibre, statique (verticale de Barré), asymétries, déséquilibres accentuation des courbures antéropostérieures. S'ensuivent les tests de mobilité. Concernant les articulations des membres inférieurs, ce seront des tests globaux : flexion, scoliose, raideur ; des tests segmentaires vertèbre par vertèbre pour rechercher une dysfonction vertébrale et enfin des tests de la charnière cranio-cervicale. Il faudra ensuite tester les articulations temporo-mandibulaires et réaliser des tests musculaires. Ces derniers sont indispensables compte tenu du différentiel de croissance entre l'os et le muscle et parce que le muscle est le plus souvent le lieu de l'expression douloureuse. Vient enfin l'examen viscéral. Les troubles fonctionnels intestinaux peuvent être responsables de douleurs lombaires, surtout chez les enfants ayant des épisodes d'alternance constipations/diarrhées sur un terrain de fragilité psychologique et de stress. L'examen des tensions abdominales, spécifiquement des points d'attache des angles coliques, permet de préciser leur participation aux douleurs pariétales exprimées par l'enfant.



## Quelques chiffres

- 30 % des lombalgies de l'enfant entraînent une consultation médicale.
- 20 % font l'objet d'un examen radiologique.
- 18 % des lombalgies de l'adolescent interfèrent sur les activités scolaires et parascolaires et il existe une corrélation positive entre les lombalgies de l'adolescent et celles de l'adulte

## Quelques références bibliographiques

*Lombalgies de l'enfant et de l'adolescent*, Jean-Marie Gennari, SOFCO  
*Revue de chirurgie orthopédique*, 2007  
*Le dos de l'enfant et de l'adolescent et la prévention des lombalgies*,  
 B. Troussier X. Phelip, Éditions Masson, 1999

# L'analyse posturale pour caractériser les chaînes lésionnelles

Jean-François Pérot

Ostéopathe DO, enseignant à l'IFSO Paris et co-auteur avec André Chantepie de *Traitement ostéopathique des lombosciatalgies*, collection Cahiers d'ostéopathie, éditions Maloine (voir page 38)

**Dans la prise en charge des lombalgies, la difficulté réside dans le possible amalgame entre lombalgies communes, sciatalgies, lombalgies d'origine thoraco-lombaire et douleurs projetées. Souvent traités de la même manière, ces cas de figure nécessitent pourtant une approche différente.**

Une fois posé le diagnostic ostéopathique, en évitant les pièges, le traitement ne sera jamais standard : il dépend en effet de la structure anatomique en dysfonction, alors que dans une approche médicale, le protocole est bien souvent uniformisé. Cet amalgame entre les différentes lombalgies provient du fait qu'elles ne sont pas suffisamment différenciées selon les tableaux cliniques spécifiques de chaque patient. Ainsi, il y a de nombreux risques d'échec thérapeutique car les dysfonctions sont très variées. Et les erreurs de choix thérapeutique occasionnent des récurrences trop rapides.

À travers la rédaction de notre ouvrage *Traitement ostéopathique des lombosciatalgies*, nous avons voulu mettre l'accent sur les tableaux cliniques, notamment pour clarifier la situation et favoriser la communication avec le corps médical par rapport à l'approche ostéopathique. Notre livre présente entre autres un protocole de tests et pour les ostéopathes, c'est un outil pour éviter les « fausses pistes ».

## Ne pas tomber dans la routine

Le terme « lombalgie » est souvent employé abusivement pour parler des lombalgies, sciatalgies et cruralgies – aujourd'hui plutôt appelées fémoralgies car elles affectent le nerf fémoral. Toutes ces pathologies ont des causes plurifactorielles et, pour une prise en charge efficace, le diagnostic différentiel doit écarter toute cause traumatique, tumorale ou infectieuse. Il faut donc rester vigilant pour ne pas tomber dans une routine à la fois dans l'interrogatoire, dans l'anamnèse et dans l'examen. Si un tableau clinique viscéral est suspecté comme cause de la lombalgie, il ne faut pas hésiter à demander des examens complémentaires pour être sûr d'être en face d'une lombalgie qui concerne l'ostéopathe. En cas de doute, il faut réorienter vers le médecin.

## Des collaborations à mettre en place

La prise en charge des lombalgies doit aussi se faire en collaboration avec d'autres professionnels de santé. En effet, un traitement ostéopathique peut normaliser et équilibrer une structure. Mais parfois, pour éviter une récurrence, un travail de fond peut-être nécessaire. Un patient lombalgique et avec les pieds plats aura un problème d'appui au sol qui nécessitera de travailler avec un podologue. Si le problème se situe au niveau de l'ATM, il faudra consulter un dentiste ou un orthodontiste, s'il se situe au niveau de l'œil, un ophtalmologue pour la vision ou un orthoptiste pour un problème de convergence, même si à ce niveau, l'ostéopathe peut agir sur les capteurs oculaires à travers un travail crânien par normalisation de l'os sphénoïde.

Autre collaboration intéressante, celle avec un kinésithérapeute. En complément d'un travail ostéopathique de rééquilibration, il est intéressant, pour stabiliser cet équilibre, de proposer un renforcement musculaire. Par exemple, les muscles abdominaux et paravertébraux sont souvent mis en cause dans le cas des lombalgies posturales postérieures. Une correction posturale par gainage des muscles pourra stabiliser cette région. La méthode Pilate est aussi très indiquée dans ce type de travail musculaire pour rééquilibrer le patient.

Ensuite, il faut déterminer avec précision le support de la symptomatologie car la douleur est souvent irradiante. L'examen doit être rigoureux et j'emploie une méthode qui reproduit toujours le même protocole d'examen en parcourant seize points essentiels. J'utilise cette méthode de « check list » systématiquement en cas de lombalgie car elle m'amène à éliminer certaines dysfonctions secondaires et à aller à l'essentiel pour définir le système lésionnel. Pour caractériser la chaîne lésionnelle, nous avons défini, André Chantepie et moi-même, cinq grands types de chaînes lésionnelles à partir des travaux de posturologie de Barré et en fonction de l'interprétation des modifications des lignes mathématiques rapportées aux masses et intermasses :

- Les chaînes lésionnelles montantes (type A)
- Les chaînes lésionnelles descendantes (type B)
- Les chaînes lésionnelles montantes mixtes (type C)
- Les chaînes lésionnelles viscérales (type D)
- Les chaînes lésionnelles crano-sacrées (type E)

## Des familles de dysfonctions

Et pour chaque type, il y a différents familles de dysfonctions. Pour un patient lombalgique présentant une chaîne lésionnelle montante, les dysfonctions majeures responsables de la lombalgie se situent en dessous de T4. Même si, à l'examen, le patient décrit un problème au niveau cervical, ce n'est pas là que se situe la dysfonction principale. Pour un patient lombalgique qui se présente dans un schéma de chaîne lésionnelle descendante, bien que la symptomatologie clinique soit basse, la cause sera haute, alors que le patient

ne se plaint pas de douleurs cervicales. Par exemple, une inflammation d'un ligament ilio-lombaire, avec un spasme des muscles pelvi-trochantériens, présentera le tableau clinique d'une lombalgie sur une chaîne lésionnelle montante, avec une dysfonction au niveau du pelvis.

Autre illustration, sur une chaîne lésionnelle descendante, une dysfonction de l'occiput pourra donner, par compensation sur le sacrum, une tension sur le ligament ilio-lombaire et les muscles pelvi-trochantériens. La dysfonction majeure cause de la lombalgie est alors haute. Cette symptomatologie s'explique par la théorie de l'harmonie des lignes mathématiques, l'intégrité et le bon fonctionnement du tendon central (structure virtuelle qui fait le lien entre différentes structures anatomiques de l'organisme) et la notion d'équilibre des chaînes musculaires (Busquet, GDS, Mézières). Ces éléments expliquent pourquoi une dysfonction haute peut avoir une symptomatologie basse et inversement. C'est pourquoi il ne faut pas se polariser sur la zone douloureuse. Chaque chaîne peut générer un problème à distance dont la symptomatologie sera une lombalgie. C'est là que réside le piège de cette prise en charge. Une lombalgie pourra aussi bien provenir d'un problème de pied, d'un problème craniocervical que viscéral, etc.



### Un protocole en seize points

C'est pourquoi, quel que soit le patient, j'applique ce protocole de tests en seize points. Il a été établi par André Chantepie, et moi-même, de façon empirique et à partir de travaux en posturologie sur la verticale de Barré que nous avons adaptés à nos types lésionnels par le biais des lignes mathématiques et des notions de masse et d'intermasse. Les chaînes de dysfonctions sont à même de développer une symptomatologie. Ainsi, une symptomatologie (lombalgie) peut avoir comme origine différentes chaînes lésionnelles, tout en touchant les mêmes structures mais ni dans les mêmes priorités ni dans le même assemblage. Afin de déterminer l'origine des dysfonctions majeures, nous faisons, dans le premier temps de l'examen ostéopathique, l'analyse de la verticale de Barré. Son interprétation nous permet de définir un type de chaîne lésionnelle qui nous orientera pour appliquer un protocole de traitement adapté en ciblant en priorité ces dysfonctions majeures et causes de la symptomatologie locale ou à distance.

En observant le patient, nous prenons des repères par rapport à une ligne médiane qui passe entre ses talons. Les repères sont les suivants : pli inter-fessier, L3, T7, C7 et le vertex (sommet du crâne). Ces cinq repères doivent être alignés. En cas de décalage, il sera possible de définir, selon sa position, quel type de chaîne lésionnelle présente le patient. Par exemple, si le décalage est en dessous de T4, c'est une chaîne montante. S'il est au-dessus de T4, c'est une chaîne descendante. Si le patient présente deux décalages, c'est une chaîne mixte. Si le décalage est d'un côté, c'est une chaîne craniocervical et si le patient présente une scoliose et que les repères sont tous alignés, c'est une chaîne d'origine viscérale.

### Une démarche à valider

Pour confirmer ou infirmer la cohérence entre les points de repère et la correspondance posturologique, nous envisageons, dans un premier temps, d'effectuer des mesures et de recueillir des données dans un laboratoire de biomécanique. Il s'agira de tester des patients sur une plate-forme de force et de mesurer la variation du centre de pression et du centre de masse pour déterminer la position du centre de gravité du corps et retrouver l'équivalence avec nos équilibres définis grâce aux repères précédemment décrits et ainsi catégoriser les chaînes dysfonctionnelles.

Nous avons défini ce concept ostéopathique de la posture en 2006. Il nous a amenés à adapter notre protocole de tests avec lequel nous avons obtenus de très bons résultats dans nos cabinets. Ce protocole correspond à la formalisation de notre démarche. Il n'est donc pas le seul applicable efficacement. Néanmoins, cette démarche peut être utile pour de jeunes ostéopathes qui débutent car le choix d'une méthode récurrente conduit également à vérifier l'efficacité d'un traitement. De plus, il permet d'aller plus rapidement à l'essentiel et par exemple, dans le cas d'une lombalgie sur une chaîne descendante, on évitera de s'attarder sur le pied. Le protocole est rapide et avec l'interrogatoire et l'anamnèse, il occupe la moitié de la durée d'une séance. La seconde moitié peut être consacrée au traitement.

## Quelques cas cliniques

abordés selon le protocole élaboré par Jean-François Pérot et André Chantepie.



### LOMBALGIE DE TYPE POSTURAL ANTÉRIEUR

**M. A., 35 ans, commercial, consulte pour une lombalgie dont il souffre depuis deux ans.**

Les examens biologiques et l'imagerie médicale ne révèlent aucune contre-indication à un traitement ostéopathe. À la verticale de Barré, nous retrouvons une chaîne lésionnelle montante et, à l'examen morphostatique, un type antérieur.

L'examen clinique ostéopathe montre :

- un sacrum postérieur bilatéral,
- L3 en FRS (Flexion/Rotation/Side bending) droite,
- T2 en ERS (Extension/Rotation/Side bending) gauche,
- une rigidité bilatérale de la charnière occipito-cervicale,
- un spasme du psoas droit,
- une tension des muscles ischio-tibiaux droits,
- une dysfonction de la SSB (Symphyse Sphéno Basilaire) en flexion,
- une restriction de mobilité de l'os hyoïde,
- à la palpation abdominale, un abdomen dur avec une tension plus importante de l'épigastre.

Nous sommes devant une chaîne lésionnelle montante ; les dysfonctions majeures, cause de la symptomatologie, sont donc en dessous de T4. Ce seront donc les dysfonctions à traiter en priorité, les autres sont des compensations ou des adaptations qui entretiennent la chronicité de la symptomatologie. Le type antérieur signifie que la ligne PA (postéro-antérieure) est décalée vers l'avant et que les tensions principales siègent sur L3/T2/T4/C0/genou/pied.

Les différentes contraintes convergent au niveau du sacrum, siège de la lombalgie, avec comme support anatomique de la symptomatologie des atteintes du pivot ILS, Ilio-Lombo-Sacré (sacroiliaques, charnière lombosacrée, ligaments iliolumbaux, disque L5/S1, zygapophysies).

### LOMBALGIE VISCÉRALE

**Mlle U., 31 ans, hôtesse de l'air, consulte pour une lombalgie récidivante depuis six mois.**

Les examens biologiques et l'imagerie médicale ne révèlent aucune contre-indication à un traitement ostéopathe. À la verticale de Barré, nous retrouvons une chaîne lésionnelle mixte et, à l'examen morphostatique, un type postérieur.

L'examen clinique ostéopathe montre :

- un sacrum « impacté »,
- T12 en FRS droite,
- T4 en FRS droite,
- C0 unilatéral antérieur à droite,
- un spasme du muscle psoas droit,
- une tension des muscles piriforme, petit et moyen fessiers, carré des lombes et ilio costal droits, des muscles adducteurs gauches et des muscles spinaux lombaires,
- une tension des muscles sub-occipitaux,
- à la palpation abdominale, un abdomen détendu mais une tension de l'épigastre, de la VIC (Valvule Iléo Caecale) et de l'hypogastre avec les structures suivantes en dysfonction :
  - mésentère,
  - petit omentum,
  - ligament pubo vésical,
  - utérus, ligaments larges.

Nous sommes devant une chaîne lésionnelle mixte ; les dysfonctions majeures sont donc à la fois au-dessus et en dessous de T4. Le type postérieur nous indique que la ligne AP (antéro-postérieure) est décalée vers l'arrière, entraînant des tensions sur le coccyx, le sacrum, T11/T12, T4, C7/T1, C0. Le diaphragme est en position inspiratoire, augmentant la pression abdominale, favorisant une ptôse des viscères avec un ventre relâché. Les contraintes convergent vers le sacrum, support de la lombalgie.

## SCIATIQUE S1 SANS ATTITUDE ANTALGIQUE

**M<sup>me</sup> G., 35 ans, commerciale, consulte pour une sciati- que gauche de trajet S1 sans attitude antalgique.**

L'anamnèse précise des « ballonnements » de l'abdomen. Les examens biologiques ne révèlent aucune contre-indication à un traitement ostéopathique. L'imagerie médicale ne présente pas d'image de hernie discale. À la verticale de Barré, nous retrouvons une chaîne lésionnelle descendante et, à l'examen morphostatique, un type antérieur.

L'examen clinique ostéopathique montre :

- un sacrum en TDD (Torsion Droite sur un axe Droit),
- T12 en FRS droite,
- C0 unilatéral antérieur gauche,
- une dysfonction en SBR (Side bending/Rotation) gauche de la SSB (Symphyse Sphéno Basilaire),
- signe de Lasègue positif,
- la douleur diminue au test de SOTO,
- un spasme des muscles psoas droit et piriforme gauche,
- à la palpation abdominale une tension épigastrique et une tension de la fosse iliaque droite.

Nous sommes devant une chaîne lésionnelle descendante ; les dysfonctions majeures, cause de la symptomatologie, sont donc au-dessus de T4. Ce seront les dysfonctions à traiter en priorité (C0, SBR), les autres sont des compensations ou des adaptations qui entretiennent la chronicité de la symptomatologie. Le type antérieur signifie que la ligne PA est décalée vers l'avant et que les tensions principales siègent sur L3/T2/T4/C0/genou/pied.

Les différentes contraintes convergent au niveau du sacrum (TDD adaptatif), siège de la sciatique avec comme support anatomique de la symptomatologie des atteintes du pivot ILS, Ilio-Lombo-Sacré (sacroiliaques, charnière lombosacrée, ligaments iliolumbaires, disque L5/S1, zygapophysies) et un spasme du piriforme (irritant le nerf sciatique, test de SOTO positif).

## Lexique

**Ampliation** : augmentation du volume d'une cavité naturelle du corps

**ERS** : Extension/Rotation/Side bending

**FRS** : Flexion/Rotation/Side bending

**ILS** : Ilio-Lombo-Sacré

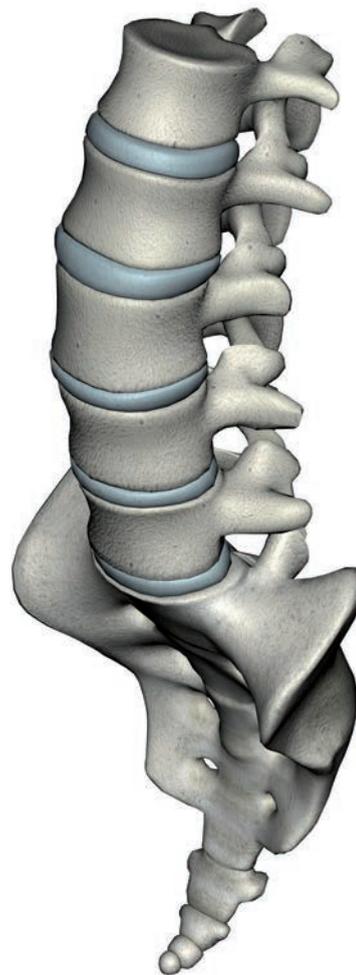
**SBR** : Side bending/Rotation

**SOTO** : Step Out Turn Out

**SSB** : Symphyse Sphéno Basilaire

**TDD** : Torsion Droite sur un axe Droit

**VIC** : Valvule Iléo Caecale



## LOMBALGIE D'ORIGINE THORACO LOMBAIRE

**M<sup>me</sup> T., 32 ans, attachée de direction, consulte pour une lombalgie basse irradiant dans le haut des fesses.**

L'anamnèse précise une sensation de déroboement fugace des membres inférieurs, des ballonnements et une sensation de tiraillement du flanc gauche, un état migraineux et des céphalées. Les examens biologiques et l'imagerie médicale ne révèlent aucune contre-indication à un traitement ostéopathique. À la verticale de Barré, nous retrouvons une chaîne lésionnelle scoliotique équilibrée et, à l'examen morphostatique, un type postérieur.

L'examen clinique ostéopathique montre :

- T12 en flexion bilatérale,
- C7 en flexion bilatérale,
- un spasme du muscle psoas gauche,
- une tension des muscles carré des lombes et ilio costal droits et des muscles spinaux lombaires,
- une tension des muscles sub-occipitaux,
- une ampliation (augmentation du volume d'une cavité naturelle du corps) crânienne de faible amplitude,
- à la palpation abdominale, des tensions épigastriques de la fosse iliaque droite et du flanc gauche.

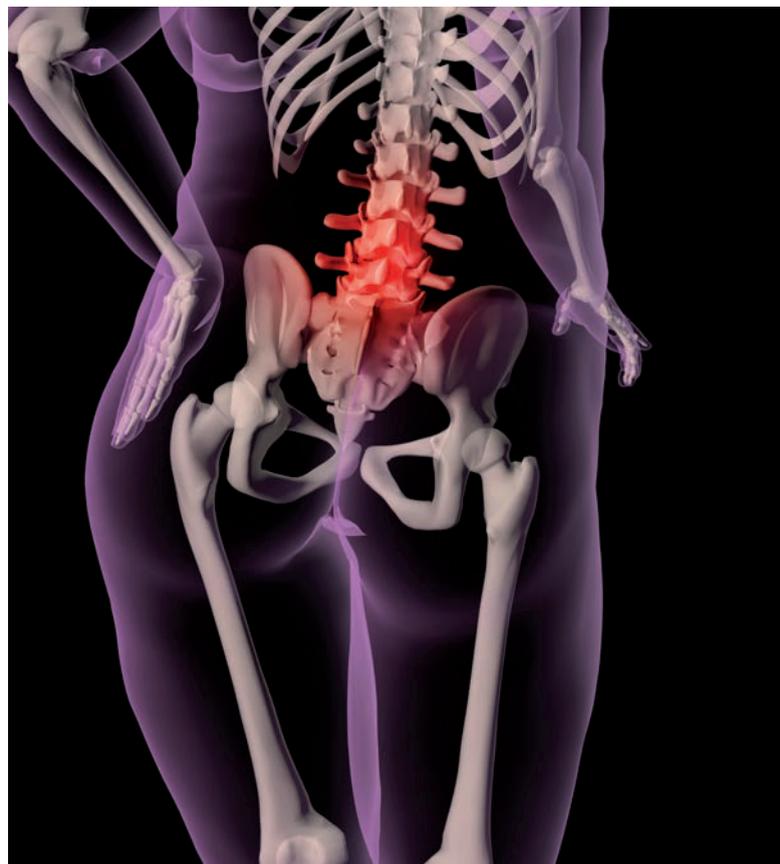
C'est une lombalgie basse due à des dysfonctions de la charnière thoraco lombaire, entraînant une irritation des nerfs sub-costaux, donnant une symptomatologie douloureuse au niveau des fesses.

## Protocole de tests : la check list de l'ostéopathe

Jean-François Pérot nous présente ce protocole de tests général qu'il applique systématiquement pour chaque bilan et qui néanmoins être relié avec le tableau clinique du patient et son motif de consultation.

C'est également une « check list » personnelle qui permet de comparer l'évolution du traitement à chaque consultation et qui peut être complétée par des tests spécifiques à la symptomatologie ou au cas clinique. « Ce protocole n'est pas exhaustif mais regroupe des tests essentiels et fondamentaux à réaliser lors d'un bilan », précise Jean-François Pérot. Chaque ostéopathe possède ses propres tests reproductibles. Voici cependant notre protocole type :

- 1 - Étude des lignes de Barré (type de dysfonction en chaîne montante, descendante, etc.)
- 2 - Détermination du type postural (antérieur/postérieur)
- 3 - Test de hauteur des crêtes iliaques (vraie jambe courte ?)
- 4 - TFD (dysfonction ilio-sacrée)
- 5 - TFA (dysfonction sacro-iliaque)
- 6 - Test de Gillet (pour les sacro-iliaques, L5/L4)
- 7 - Test des inclinaisons latérales debout (sacrum et T12/L1)
- 8 - Assis, test des rotations cervicales et test des thoraciques
- 9 - Décubitus : test positionnel des iliums, test du psoas, du piriforme. Procubitus : test positionnel du sacrum
- 10 - Décubitus : test de Mitchell pour les vertèbres cervicales et l'occiput
- 11 - Écoute crânienne
- 12 - Test des ATM
- 13 - Test de la convergence oculaire
- 14 - Palpation viscérale
- 15 - « Quick scanning » du pied
- 16 - Tests spécifiques ostéopathiques, orthopédiques et neurologiques en fonction de la symptomatologie et palpation de la région concernée



### Étude de la verticale de Barré (type de dysfonction en chaîne montante, descendante, etc.)

Il serait simpliste de déterminer une posture type en fonction de l'atteinte d'un des capteurs. En effet, la régulation du système tonique postural est plurifactorielle car tous les capteurs sont sollicités en même temps. Une dysfonction de l'un sera adaptée et compensée par les autres afin de rééquilibrer les lignes mathématiques du corps pour lutter contre les forces gravitationnelles. L'examen du patient, dans les plans sagittal et frontal et horizontal, est donc important en sachant qu'il existe certains raccourcis qui ne sont pas toujours vrais :

- l'épaule du côté du membre supérieur dominant est plus basse ;
- l'épaule du côté du membre supérieur dominant est plus en avant ;
- les perturbations du capteur oculaire entraînent une bascule homolatérale du pelvis et des épaules ;
- les perturbations du capteur podal entraînent une bascule controlatérale du pelvis et des épaules ;
- l'œil directeur conditionne la posture et le membre supérieur dominant.

Ces affirmations, parfois bien utiles, ne sont pas toujours vraies et seuls les tests permettront de les vérifier. Les classifications de certains auteurs ont l'avantage d'aider les praticiens dans leur raisonnement mais c'est une auscultation minutieuse du patient qui guidera le traitement. L'examen de la verticale de Barré est purement postural. Il n'est donc

## Le tendon central, pour mémoire

C'est un ensemble musculo-aponévrotique et membraneux réalisant une chaîne interne qui est une chaîne fasciale. Le tissu musculaire est indissociable du fascia. Ce dernier lui fournit ses enveloppes, représente un point d'appui et d'insertion du muscle. De plus, il lui amène le système neuro-vasculaire. De haut en bas, le tendon central est composé de :

- la dure-mère :
  - la faux du cerveau,
  - la tente du cervelet,
  - la faux du cervelet,
  - la tente de l'hypophyse,
  - la dure-mère rachidienne,
- l'aponévrose cervicale profonde
- les aponévroses intra et péri-pharyngiennes
- l'aponévrose cervicale moyenne (avec le relais de l'os hyoïde)
- le médiastin
- le diaphragme
- le fascia transversalis
- le fascia iliaca et le psoas
- le péritoine
- les fascias périnéaux
- les aponévroses fessières droites et gauches
- les aponévroses des membres inférieurs

pas possible de rattacher des pathologies particulières aux différents types posturaux. Toutefois, cet examen nous semble primordial car il oriente, dans le contexte clinique du patient, le traitement selon sa chaîne lésionnelle descendante, montante, mixte, viscérale ou cranio-sacrée.

Cet examen est à pratiquer en premier avant de toucher le patient car au moindre contact, le thérapeute donne une information au capteur cutané, ce qui risque de modifier la posture.

### La détermination du type postural

Cette analyse visuelle des patients s'effectue de dos, devant un fil à plomb, afin de les classer en cinq types. Les repères étant le milieu des pieds écartés spontanément d'environ 30°, le pli inter-fessier, L3, T7, C7 et le vertex.

**Type A :** le processus épineux de L3 et le pli inter-fessier sont désaxés par rapport aux autres repères. Le problème vient du bas. Les dysfonctions majeures sont soit sur le capteur podal, le genou, le pelvis ou l'abdomen. Nous sommes face à une chaîne lésionnelle montante.

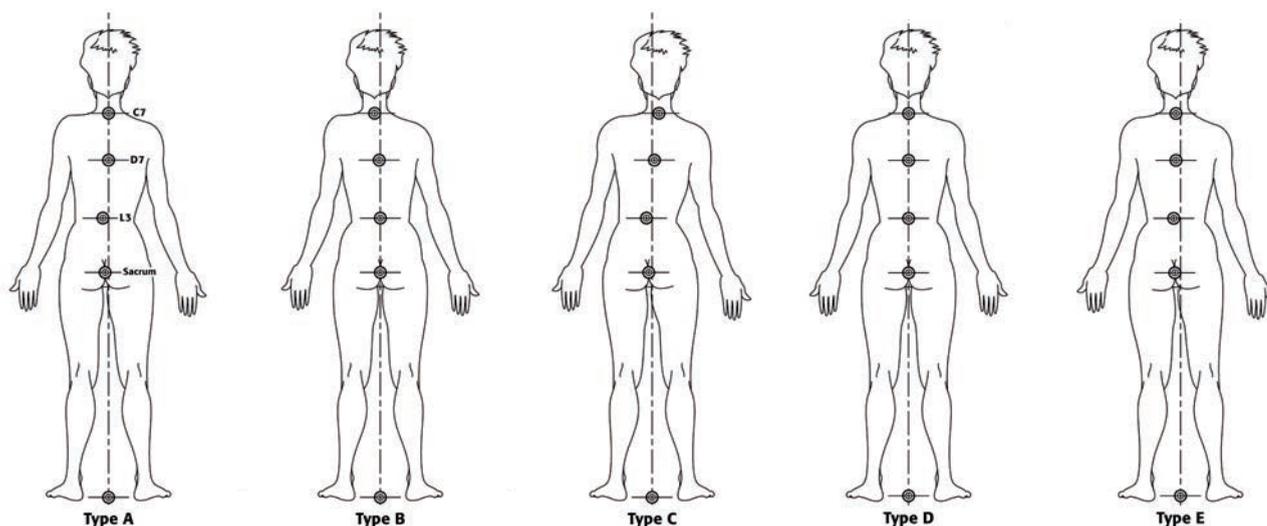
**Type B :** la tête est décalée par rapport aux autres repères qui restent alignés. Le problème vient du haut. Les dysfonctions majeures sont soit sur le capteur oculaire, l'appareil manducateur, la mécanique crânienne, la mécanique du rachis cervical ou du rachis thoracique haut. Nous sommes face à une chaîne lésionnelle descendante.

**Type C :** la tête est décalée d'un côté, le pelvis de l'autre. Le problème vient à la fois du bas et du haut. Les dysfonctions majeures sont soit sur le capteur oculaire, le capteur manducateur, la mécanique crânienne et rachidienne, le capteur podal. Nous sommes face à une chaîne mixte, à la fois descendante et montante.

**Type D :** tous les repères sont alignés, c'est une attitude scoliotique équilibrée. Les dysfonctions majeures sont probablement d'origine viscérale ou cicatricielle (adhérences).

**Type E :** tous les repères sont déviés du même côté. Les dysfonctions majeures sont dues à un Wiplash traumatique ou émotionnel avec une perturbation de la mécanique cranio-sacrée.

### VERTICALE DE BARRÉ



## témoignage

### Place de l'orthèse plantaire dans le traitement de la lombalgie commune

**Philippe Monthéard et Antoine Perrier,**

Podologues et chargés d'enseignement



**Les troubles de la statique pelvi-vertébrale constituent l'une des principales causes de la lombalgie commune. Ils s'inscrivent dans un contexte d'équilibre locomoteur global dont le premier maillon est la statique podale. La contribution de la podologie au traitement de la lombalgie commune passe donc par le traitement de la statique ou de la posture par le biais de l'orthèse plantaire.**

Tout trouble statique podal est susceptible d'entraîner des désordres positionnels susjacents et d'induire des dysfonctions tendino-musculaires et articulaires. À terme, ces dysfonctions perdurent ou deviennent des lésions anatomiques. En effet, notre verticalité s'organise d'abord à partir de nos pieds, c'est-à-dire de nos appuis plantaires, à la fois « conditionneurs » de l'équilibre qu'ils transmettent et « adaptateurs » des forces et mouvements qu'ils reçoivent. Cela est valable tant sur le plan orthopédique que postural. Ces deux aspects, bien qu'indissociables, seront à distinguer selon qu'il s'agit de la recherche physiopathologique des lésions ou de l'objectif thérapeutique.

#### VALGUS, VARUS ET DÉSÉQUILIBRE PELVI-RACHIDIEN

Toute dysfonction est susceptible d'induire des souffrances à distance et nécessite donc d'identifier les causes pour éviter de ne traiter que les conséquences. Ainsi, la statique vertébrale, et particulièrement lombaire, est en partie conditionnée par la statique pelvienne et celle des membres inférieurs. Des référentiels spatiaux sont nécessaires à l'évaluation statique (anté-rétro version, latéralisation, bascule et rotation du pelvis), aux choix de la correction et au suivi du patient.

Les principales malpositions, quelle que soit leur origine, peuvent se schématiser par deux mécanismes : le valgus et le varus. Le mécanisme en valgus a pour principales causes hautes une hyperantéversion de hanche et une torsion tibiale interne. Parmi les principales causes basses, on note le valgus essentiel (tendance au pied plat), « l'Achille court » et l'insuffisance du premier rayon qui se caractérise par un déficit de charge du premier métatarsien et de l'hallux en dynamique. La podométrie est précieuse au diagnostic du mécanisme en valgus, essentiellement fonctionnel et très peu morphologique. Le mécanisme en varus, moins fréquent, peut être associé à un pied creux, voire à un pied équin, le plus souvent issu de troubles de torsion des membres inférieurs.

Les déséquilibres pelviens peuvent être la conséquence de troubles positionnels des membres inférieurs et du caractère asymétrique de ces derniers, ou d'asymétries anatomiques dont la plus emblématique est l'inégalité de longueur des membres inférieurs. Elle se traduit par une bascule pelvienne à laquelle peuvent s'associer des déviations en rotation ou latéralisation. Son évaluation est clinique et, si possible, radiologique. Il y a perte d'horizontalité de la ligne des cotyles, du plateau sacré et une inclinaison ou inflexion, variables, du rachis lombaire. Ce mécanisme est à distinguer d'une scoliose.

#### « RÉÉQUILIBRER » DANS LE RESPECT DES STRUCTURES

Il est illusoire de vouloir modifier la morphologie par des orthèses plantaires. Leur objectif raisonnable est de traiter l'équilibre orthopédique et/ou postural. Le bilan est d'abord clinique, si possible, aidé par les examens complémentaires habituels dont la radiographie en charge ou l'EOS (voir l'encadré page 49) si l'on a la chance de pouvoir accéder à cet examen. Les examens paracliniques spécifiques dédiés à la statique sont la podobarométrie statique ou dynamique. La posture s'investit par une série de tests cliniques des différentes entrées posturales et par des plates-formes stabilométriques permettant d'évaluer des paramètres normalisés.

#### UNE RECHERCHE ÉTIOLOGIQUE DES SYMPTÔMES

Le bilan statique ou postural est une recherche étiologique des symptômes, point commun avec l'ostéopathie. La complémentarité de deux disciplines se retrouve également dans le fait qu'un « parasite podal », qu'il soit structurel ou positionnel, puisse engendrer récurrence ou chronicité malgré un traitement manuel bien conduit et, qu'à l'inverse, une lésion ostéopathique non traitée fasse obstacle à l'efficacité d'une correction plantaire correctement posée. Un évènement ponctuel peut fréquemment être le révélateur d'un trouble préexistant, bien toléré, parfois depuis très longtemps. Il doit conduire à identifier un mécanisme que l'orthèse sera à même de « corriger ». Une symptomatologie tendino-musculaire ou

articulaire, lésion anatomique exclue, résistante à un traitement manuel bien conduit, doit faire éliminer un trouble statique. Mais il n'y a pas de parallèles entre l'importance d'une déviation ou d'une lésion et ses conséquences fonctionnelles.

### CONDAMNÉS À LA COMPLÉMENTARITÉ

La lombalgie commune constitue un des plus fréquents motifs de consultation. Sa prise en charge, presque toujours pluridisciplinaire, fait le plus souvent intervenir deux ou trois spécialistes, parfois davantage au fil du temps : médecin généraliste, rhumatologue, médecin du sport ou de la rééducation, chirurgien, ostéopathe, kinésithérapeute, mais aussi, dans la prise en charge posturologique, O.R.L., ophtalmologiste ou orthoptiste, chirurgien dentiste, etc. Cette coopération est indispensable, d'autant que les indications respectives ne sont pas toujours parfaitement définies.

Des troubles apparemment mineurs peuvent engendrer des symptomatologies très pénalisantes à caractère chronique pour aboutir à une lésion anatomique avec le risque secondaire de traiter la lésion sans prendre en considération la cause. Laisser perdurer un trouble statique ou postural, c'est s'exposer à la récurrence et à la chronicité. Se priver d'une intervention manuelle sur une lésion, un « blocage », c'est rendre inopérante une correction plantaire. Ainsi, ostéopathes et podologues sont « condamnés » à la complémentarité.

## Le point sur le système EOS

Le système EOS est un système de radiographie de conception française, basé sur l'utilisation de détecteurs ultrasensibles et de logiciels développés spécifiquement. Ce système recourt aux rayons X, comme la radiographie, mais la dose nécessaire est près de dix fois inférieure. C'est donc une méthode idéale chez l'enfant et les jeunes. De plus, l'EOS permet, pour la première fois, une étude du corps entier, debout, de face, de profil et en trois dimensions. Ce système est actuellement une méthode de référence pour le diagnostic et le suivi des anomalies de la statique rachidienne (scolioses). Notamment chez les jeunes où, avec une exposition minimale, il offre une mesure automatisée des angles, avec une reproductibilité et une qualité d'images inégalées. Chez les personnes plus âgées, l'intégration de la statique du rachis à celle du corps entier constitue aussi un avantage majeur. L'étude des membres inférieurs dans leur ensemble, certaines radiographies segmentaires, l'étude de la statique pelvienne, etc. sont d'autres indications de cette jeune technique.





## François Ricard,

Ostéopathe DO, dont nous avons recueilli le témoignage dans ce numéro, nous présente la technique flexion-distraction et un cas clinique d'une hernie postéro-latérale

### Flexion-distraction

Cette technique a été mise au point par un ostéopathe américain, Mac Manis, dans les années 1900. Il avait conçu une table spéciale, à hauteur variable et articulée, qui permettait un rapprochement de plans multiples avec possibilité de manipuler, y compris en extension, flexion et flexion latérale. Associée au traitement ostéopathique, elle permet de prendre en charge des lésions ostéopathiques, type arthrose, sténose vertébrale, hernie discale, syndrome facettaire, etc. Les effets de la flexion-distraction sur la colonne ont été identifiés comme des étirements des muscles et des ligaments, une facilitation du glissement des racines dures, une libération de la fixation des facettes articulaires, une réduction de la pression hydrostatique pathogène intra-discale, un repositionnement des fragments nucléaires et une amélioration de la vascularisation locale qui lutte contre la congestion veineuse du foramen intervertébral ; elle permet aussi de diminuer la douleur, l'inflammation des structures, mais aussi l'irritation disco-radicaire, en éloignant la racine nerveuse de la hernie discale. Cette technique était tombée dans l'oubli mais je l'enseigne depuis 25 ans. Une étude menée sur une population de 690 patients présentant une hernie discale a démontré que ce traitement était égal ou supérieure au traitement chirurgical.

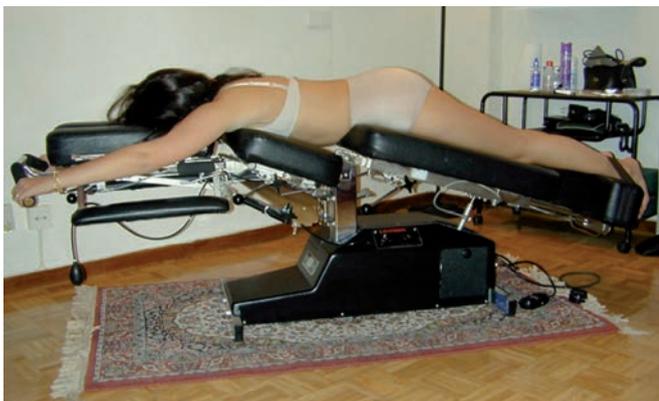
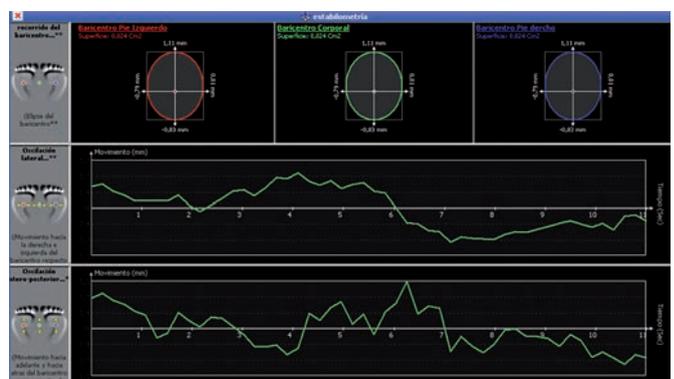
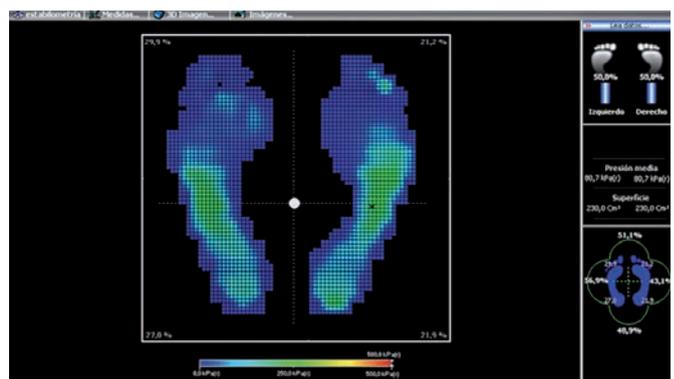


Figure 1. Flexion-distraction lombaire.

### Cas d'une hernie postéro-latérale

Une patiente de 32 ans présente une lombo-sciatique droite d'origine discale : douleur majorée par la toux et l'éternuement, douleur en position assise et debout, douleur en flexion-extension du tronc irradiant à la jambe droite, calmée par le décubitus.

L'examen clinique a révélé un test de Lasègue à 45° avec un signe de Braggard positif, aréflexie achilléenne droite, force motrice normale, présence d'un signe de la sonnette positif sur L5 à droite. Présence d'une jambe courte par valgus bilatéral asymétrique de l'arrière pied, plus important à droite responsable d'un déséquilibre postural.



Figures 2. Valgus bilatéral asymétrique de l'arrière pied, plus important à droite responsable d'un déséquilibre postural avec scapulum postérieur.

L'IRM a révélé une hernie discale postéro-latérale exclue transligamentaire



Figure 3. IRM lombaire, coupe sagittale latérale en T2 montrant une hernie discale postéro-latérale exclue transligamentaire comprimant la racine S1 droite



Figure 4. IRM lombaire, coupe transverse en T2 montrant une hernie discale postéro-latérale exclue transligamentaire comprimant la racine S1 droite.

L'examen physique ostéopathe a identifié Antériorité thoracique T5 à T8, fixation T12-L1, FRS gauche de L5, Torsion gauche gauche sacrée, iliaque antéro-interne droit et plusieurs dysfonctions du pied (de type pied plat valgus).

Le protocole de traitement ostéopathe, après diagnostic différentiel et exclusion des contre-indications, après diagnostic différentiel des tissus responsables des douleurs chez cette

patiente (douleurs référées musculaires, ligamentaires, des facettes articulaires, discales, viscérales, etc.) a consisté en la libération des dysfonctions somatiques pelvi-vertébrales par diverses techniques (HVT, Jones, muscle energy), traitement ostéopathe des pieds plus semelles correctrices pour ré-équilibrer pieds et posture.

Le traitement discal lui-même a consisté en HVT en lumbar-roll pour éloigner la hernie discale de la racine nerveuse inflammée (Thrust en rotation homolatérale à la hernie discale) et flexion-distraction.



Figure 5. Lumbar roll pour hernie discale L5-S1.

Six à sept traitements étalés sur cinq mois ont permis une disparition complète des symptômes et une diminution importante à la IRM de la hernie discale sans chirurgie.

Avant traitement

Après traitement



Figures 6. Résultat pré et post-traitement.

# L'ostéopathie a sa BD !

Réalisée par Célia Le Dressay, ostéopathe DO, *L'ostéopathie pour tous* propose un tour d'horizon des concepts de base de la pratique ostéopathique. Dans ce numéro, nous vous proposons de découvrir un chapitre de cette BD qui présente les grands principes de l'ostéopathie. Une manière originale et ludique d'initier vos patients à votre pratique. Quelque soit leur âge !

Institut Supérieur d'Ostéopathie  
Lyon-Limonest

• Célia Le Dressay •

## L'ostéopathie pour tous



**L'ostéopathie  
pour tous**  
Célia Le Dressay

FÉVRIER 2005  
14 EUROS  
ISBN : 978235430423  
EDITIONS SULLY,  
7 RUE DU BATAILLON FFI  
56005 VANNES  
WWW.EDITIONS-SULLY.COM

**L'ostéopathie pour tous,**  
en vente dans les bonnes  
librairies

SULLY

# LES GRANDS PRINCIPES DE L'OSTÉOPATHIE

NOUS ALLONS VOIR MAINTENANT CES FAMEUX PRINCIPES ET TENTER DE LES EXPLIQUER..



IL FAUT D'ABORD RAPPELER QUE CES PRINCIPES ONT ÉTÉ ENONCÉS PAR STILL À LA FIN DU 19<sup>e</sup> SIÈCLE, AVEC LES CONNAISSANCES MÉDICALES DE



L'ÉPOQUE DANS LA RÉGION PIONNIÈRE DU WEST AMÉRICAIN !.. C'EST À DIRE TRÈS PEU DE CHOSSES..

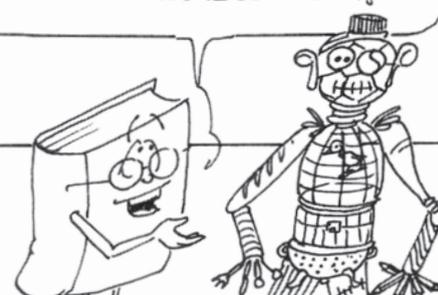


PASSONS AU PREMIER PRINCIPLE..

"LE CORPS EST UN TOUT"



LE CORPS HUMAIN EST FAIT DE MULTIPLES ÉLÉMENTS RELIÉS ENTRE EUX DE TRÈS NOMBREUSES FAÇONS..



LORSQUE NOUS DIVISONS LE CORPS EN "JAMBES", "TORS", "TRONC", "ABDOMEN", "BRAS", "TÊTE"..



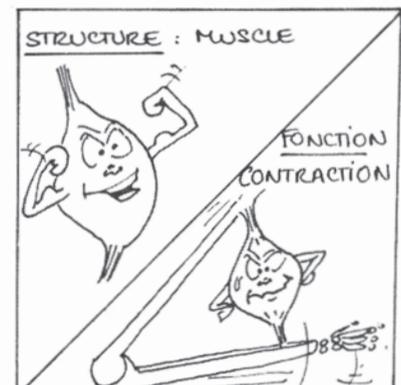
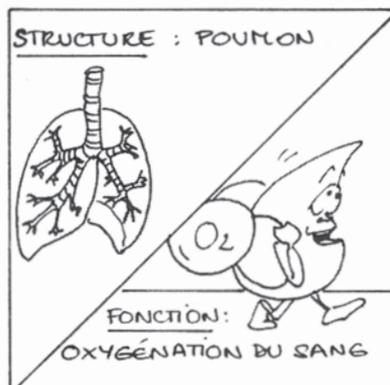
CELA NE CORRESPOND QUE TRÈS PEU AVEC LA RÉALITÉ CAR DANS LE CORPS TOUT EST "CONTINUITÉ", ET AUCUNE DE CES PARTIES NE PEUT FONCTIONNER SEULE !

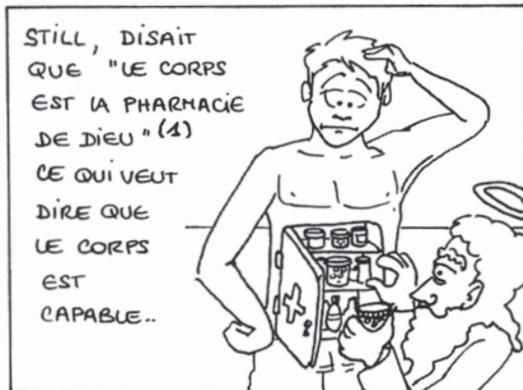
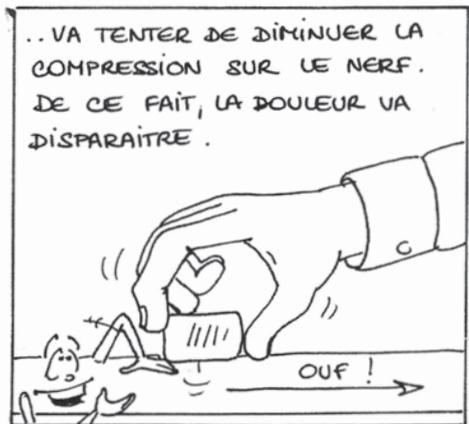
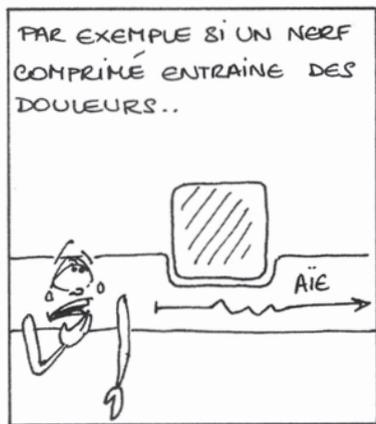
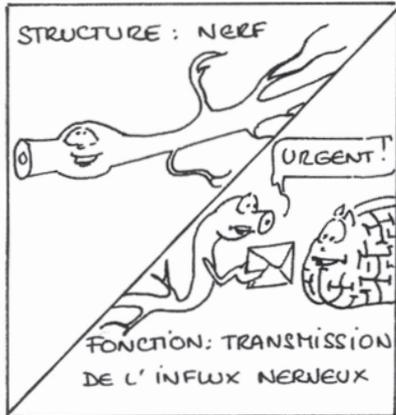
VOUS M'AVEZ TEUEMENT MANQUÉ!

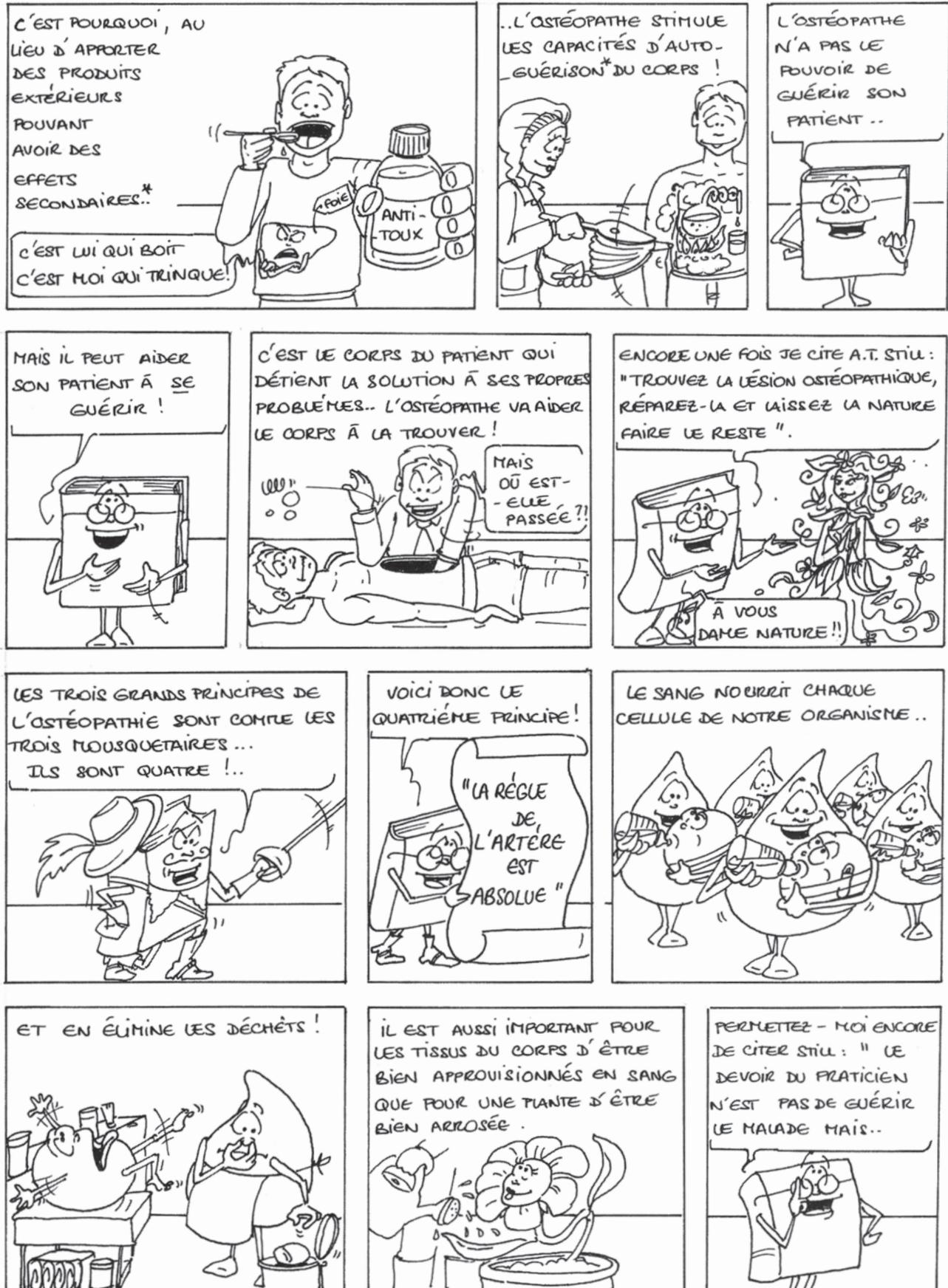


BREF, LE CORPS PRIS DANS SA GLOBALITÉ EST BIEN PLUS QUE LA SOMME DE SES PARTIES..











# les petites annonces

# L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

## COMMENT DEPOSER VOTRE ANNONCE

- ① **Choisir une catégorie** pour votre annonce.
- ② **Rédiger votre annonce.**  
Elle devra comporter au maximum 250 caractères (ponctuation et espaces compris) et être disposée sur 5 lignes au maximum.  
Vous avez également la possibilité de joindre une photo à votre annonce
- ③ **Envoyer votre annonce** par e-mail à [petitesannonces@osteopathe.fr](mailto:petitesannonces@osteopathe.fr) ou par courrier à RCR Editions – 176, rue Saint-Maur 75011 Paris
- ④ **Paiement par chèque** à l'ordre de RCR Editions à retourner à RCR Editions – 176, rue Saint-Maur 75011 Paris  
**ou par carte bancaire** sur [www.osteopathe.fr](http://www.osteopathe.fr) – rubrique Petites Annonces
- ⑤ **Publication de l'annonce** dans le prochain numéro et immédiatement sur le site [www.osteopathe.fr](http://www.osteopathe.fr) pendant deux mois.

## TARIFS\*

30 euros par annonce

Gratuit pour les abonnés

## LES CATEGORIES

### → REMPLACEMENT, PARTENARIAT et STAGE

Offre de remplacement  
Recherche remplacement  
Offre assistantat  
Recherche assistantat  
Offre partenariat  
Recherche partenariat  
Offre de stage  
Demande de stage

### → ACHAT et LOCATION

Location de locaux  
Achat de locaux  
Vente de locaux

### → MATERIEL

Achat de matériel  
Vente de matériel

## EXEMPLE

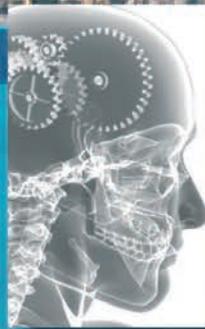
### Recherche Remplacement

Ostéopathe DO diplômé de l'École d'ostéopathie cherche remplacement dans la région de Nantes.

Nombreuses expériences notamment dans le domaine sportif.

Tel : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

\* Ces tarifs et ce service ne concernent pas les administrations, les institutionnels et les sociétés.



**Symposium  
d'Ostéopathie  
de Nice**

25 Novembre 2011  
LA SPHERE CRÂNIENNE

**RDV CONGRES!**

# **SYMPOSIUM D'OSTEOPATHIE DE NICE**

## **- LA SPHÈRE CRÂNIENNE -**

**Vendredi 25 Novembre 2011**

**Palais des Expositions - Nice Acropolis**

**MONSIEUR ALAIN PIRON**

Ostéopathe D.O. / Belgique

Consultant au C.H.U. de Liège, service ORL,  
Chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie

**LA LANGUE: TRAIT D'UNION ENTRE SYSTÈMES VISCÉRAL ET PARIÉTAL**

**DOCTEUR PHILIPPE PEREZ**

Docteur en chirurgie dentaire

Responsable du département de posturologie crânio-faciale,  
International Institute of Human Posture (IIHP)

**DOULEURS ET TROUBLES POSTURAUX D'ORIGINE TEMPORO-MANDIBULAIRE**

**DOCTEUR PHILIPPE MAHE**

Pédiatre Ostéopathe

Service de Néonatalogie, C.H.U. Nord Marseille

**INSTALLATION DES ASYMETRIES DE LA FACE ET DU CRANE PENDANT LA VIE INTRA UTERINE**

Comment les reconnaître et que traiter

**PROFESSEUR PATRICK BAQUE**

Chirurgien, professeur d'Anatomie

Chirurgie Générale au C.H.U. de Nice

**BASES ANATOMIQUES DES ALGIES DE L'EXTREMITE CEPHALIQUE:**

Innervation sensitive somatique et végétative du crâne et de la face, une leçon d'anatomie au tableau noir...

**DOCTEUR ANDRE RATIO**

Médecin, Ostéopathe D.O. MROF, Fondateur du CSOF

ex-enseignant à la Faculté de Médecine Paris Nord

Responsable d'enseignement à l'Université Moderne de Lisbonne

**SUITE TEMPORO-OCCIPITO-CERVICALE: Prise en charge selon le protocole de Rebecca Lippincott**

**DOCTEUR MONICA MAZIGH-BENATTAR**

Médecin généraliste, Expert Médical

**TROUBLES DU SOMMEIL DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT. ABORD OSTEOPATHIQUE**

**MONSIEUR JEAN-MARIE LANDOUZY**

Ostéopathe D.O.

**VISION HOLISTIQUE DU SYNDROME DE COSTEN ou SADAM**

**MONSIEUR REMI WOGUE**

Ostéopathe D.O. MROF

**LES WHIPLASH INJURIES**

**MONSIEUR MICKAEL DOBENSKY**

Ostéopathe D.O., directeur et fondateur de l'Israeli College of Osteopathy and Naturopathy

**DU CRÂNE AU TRAITEMENT DE L'EXTREMITE CEPHALIQUE**

**DANS LA PERSPECTIVE D'UNE OSTEOPATHIE AXIALE CEPHALIQUO-SPINO-PELVIENNE**

Information et inscription :

Tel: 04.93.04.93.65

Email: [contact@symposium-osteos-nice.com](mailto:contact@symposium-osteos-nice.com)

Site Internet: [www.symposium-osteos-nice.com](http://www.symposium-osteos-nice.com)



A la pointe de l'actualité micronutritionnelle, la gamme de compléments alimentaires proposée par le **Laboratoire LESCUYER®** est largement reconnue et conseillée par de nombreux **professionnels de santé**.

## ■ Notre vocation

En 1994, le **Docteur Jean-François LESCUYER** - Médecin pratiquant les médecines naturelles : Homéopathie, Phytothérapie, Nutrithérapie - crée avec son épouse le **Laboratoire LESCUYER®**.

La vocation du Laboratoire : "Proposer des **solutions santé de haute qualité biologique**, conçues de manière rigoureuse avec des **ingrédients d'origine naturelle et répondant au principe de synergie**".

## ■ Notre engagement qualité

Nos produits répondent à un **niveau de qualité supérieur** car nous mettons en place, au sein du Laboratoire, des **procédures strictes et rigoureuses** à chaque étape depuis la conception jusqu'à la commercialisation.

Des études cliniques de haute méthodologie sont réalisées sur nos compléments alimentaires.

Notre démarche innovante, associée à une **éthique rigoureuse**, se traduit par la mise sur le marché de plus de **60 compléments alimentaires adaptés, reconnus et conseillés par de nombreux professionnels de santé**.

## ■ La qualité des conseils et de l'information

Notre équipe médico-scientifique (médecins, docteurs ès Sciences, pharmaciens, diététiciens), à la pointe de l'actualité micronutritionnelle, met toute son expertise au service **des professionnels de santé pour vous former de manière continue**.

**Selon vos besoins et vos disponibilités**, vous pouvez assister à **des week-ends formation** théoriques, pratiques et animés par le Docteur Véronique CHARTRoule, Médecin du sport - Nutritionniste et Ostéopathe DO :

- **Rôle de la nutrition** : rappels anatomiques et pratique ostéopathique de la face, la déglutition, l'œsophage, l'estomac...
- **Principes de l'absorption**.
- **Les techniques ostéopathiques** des différents organes impliqués (duodénum, foie, grêle...).
- **Principes de prescription en micronutrition**.

*Formations réservées aux ostéopathes*

## Week-ends formation « Ostéopathie, nutrition et micronutrition » :

- **PARIS, 23 et 24 septembre 2011** (tarif : 330 €)

Formation organisée par la **F.C.O.P.**, en collaboration avec le **Laboratoire LESCUYER®**  
[www.fcop-formation-osteopathe.fr](http://www.fcop-formation-osteopathe.fr)

- **MARSEILLE, 14 et 15 octobre 2011** (tarif : 330 €)

Formation organisée par **Formations ostéopathe.eu**, en collaboration avec le **Laboratoire LESCUYER®**  
[www.osteopathe.eu](http://www.osteopathe.eu)

Pour plus de renseignements : [formation@laboratoire-lescuyer.com](mailto:formation@laboratoire-lescuyer.com)