

L'OSTÉOPATHE

N°20 • NOVEMBRE / DECEMBRE 2013

MAGAZINE



enquête

LA PLAGIOCÉPHALIE MISE À PLAT

COMPRENDRE, DIAGNOSTIQUER, ÉVALUER

RECHERCHE

OSCAR 1 : la recherche
ostéopathique en orbite

HORIZONS

Le champagne
se met à table !

FICHE CLINIQUE

La pubalgie du sportif :
étude de cas



La biomécanique appliquée à l'ostéopathie

2^{ème} CONGRES INTERNATIONAL

Place de l'ostéopathe dans la prise en charge pluri-professionnelle du torticolis du nourrisson et de la plagiocéphalie

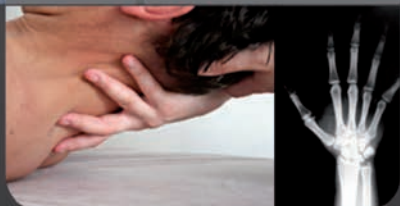
les 4 et 5 avril 2014

Tarif : 310 € ramené à 275 €*
*pour les personnes s'inscrivant avant le 1er janvier 2014

Intervenants :

Mme Séverine BEKIER - Psychomotricienne
M. Xavier BLUSSEAU - Ostéopathe
Mme Magali BOURGOIN - Sage-femme
Mme Véronique CALLENS - Kinésithérapeute
Dr Guillaume CAPTIER - Chirurgien orthopédiste

M. David DESSAUGE - Ostéopathe
Dr Dominique DUBESSET - Pédiatre
Dr Bernadette de GASQUET - Médecin
Dr Thierry MARK - Pédiatre
M. Frédéric MARCOUT - Kinésithérapeute



OSTEOBIO - 19 rue de la Gare 94230 CACHAN - 01 47 40 90 50 - congres.osteobio@gmail.com - www.osteobio.net - www.osteobio.tv

bibed concept

le seul couchage
spécialement conçu pour
le bien être des bébés en
position couchée sur le dos.



700
ostéopathes
utilisent déjà le
Bibed ou le Bibed
d'adaptation

www.bibed-concept.com

L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

Devenez reporter pour *L'ostéopathe magazine*

Vous êtes ostéopathe ou étudiant.
Vous êtes curieux et vous aimez rédiger.

Vous pouvez rejoindre la rédaction
de *L'ostéopathe magazine*,
participer à nos reportages
et couvrir les conférences,
congrès et symposiums d'ostéopathie.

Contactez-nous à
redaction@losteopathe.fr

Ours

Rédacteur en chef :

Reza Redjem-Chibane

Ont contribué à ce numéro

Elise Bouyssou, Anne-Marie Chabbert, Emilie Coullault, Marjolaine Dey, Nicolas Massabuau, Sylvie Lessard, Thierry Liévois & Vladimir Sekelj.

Directrice artistique

& maquette : Agnès Bizeul

Site internet : Badara N'Diaye

Publicité & partenariats :

Samy Redjem-Chibane

Photo édito : Marika Gérone

www.marikagerone.com

Illustration couverture :

Magali Attiogbé

www.magaliattiogbe.net

Contacts

L'ostéopathe magazine

176, rue Saint-Maur

75011 Paris

Tél : 09.50.79.13.17

contact@losteopathe.fr

Rédaction :

redaction@losteopathe.fr

Abonnements :

abonnements@losteopathe.fr

Publicité :

publicite@losteopathe.fr

Courrier des lecteurs :

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

Numéro de commission

paritaire : 0115 T 90344

ISSN 2108-2642, dépôt légal

à parution

Abonnements

Abonnement PRO

1 an, 6 numéros : - 20%

France et étranger 120 € TTC

2 ans, 12 numéros : - 30%

France et étranger 210 € TTC

(dont TVA 2,10%)

Abonnement ÉTUDIANT

1 an, 6 numéros : - 60%

60 € TTC (dont TVA 2,10%)

Prix pour un numéro

25 € TTC (dont TVA 2,10%)

Copyright

L'ostéopathe magazine

La reproduction même partielle des articles parus dans

L'ostéopathe magazine est strictement interdite.

édito



Un marronnier, vous connaissez ?

En journalisme, c'est un sujet récurrent qui revient à une période précise de l'année. Les régimes en été, les francs-maçons dans *Le Point*, etc. Très récemment, c'est l'ostéopathie qui a été très présente. Hormis la surmédiation due à l'affaire Pallardy, de longs articles parus entre autres dans *Le Monde* et *rue89* ont présenté de manière détaillée la situation de l'ostéopathie en France. Preuve, s'il en est, que l'ostéopathie s'inscrit durablement dans notre société. Et pas seulement dans les rubriques *Bien être* de nos journaux.

Vous ne trouverez pas dans ce numéro des marrons chauds, mais un sujet au cœur de la pratique des ostéopathes que nous allons détailler ensemble : la plagiocéphalie.

Cette prise en charge est évidente pour les ostéopathes et malgré leurs résultats, elle n'est pas forcément bien appréciée des pédiatres qui font le dos rond quand les ostéos

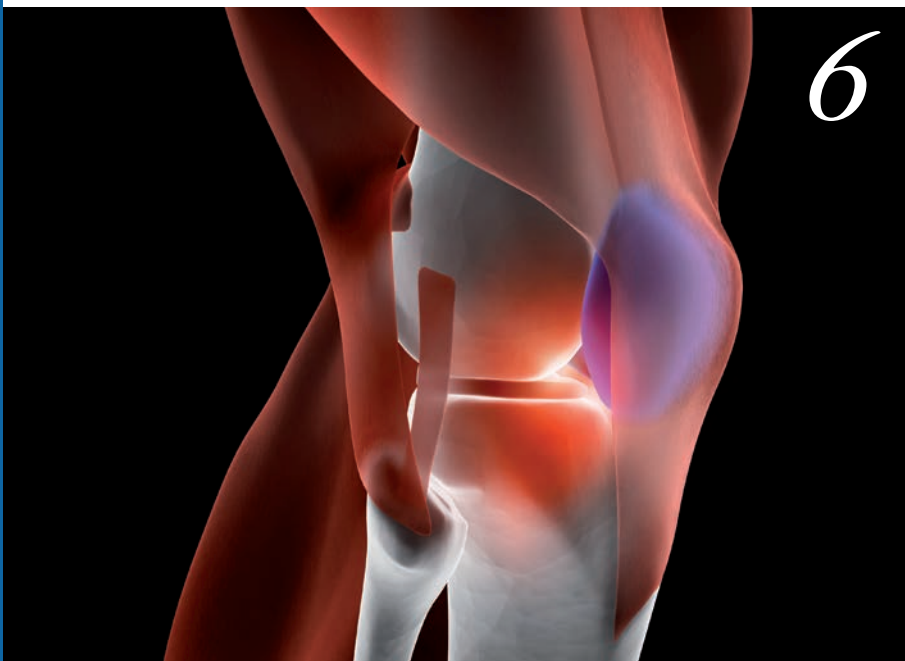
traitent les têtes plates.

Pourquoi ? Peut-être parce que nous touchons à un domaine extrêmement sensible : la prise en charge des nourrissons. La médecine en plus d'être exigeante, devient précautionneuse. Mais qu'exige-t-elle au juste ? Des résultats ? Les ostéopathes n'en sont pas avares dans cette pratique. En fait, ce que recherchent les pédiatres que nous avons pu rencontrer, c'est avant tout le début d'un dialogue. Et un dialogue commence toujours par une introduction. En médecine, on appelle ça un diagnostic. Mais pas n'importe quel diagnostic. Un diagnostic qui soit méthodique, clair, reproductible et ... partageable. Le diagnostic de la plagiocéphalie, c'est justement le thème de l'enquête de ce numéro.

Reza Redjem-Chibane

Rédacteur en chef

et responsable de la publication



SOMMAIRE

ACTUALITÉS

06 brèves

Actualités médicales et ostéopathiques
Pédiatrie
France
International
La presse en a parlé

14 profession

ROF : salon du livre et plan d'action
Colloque du SNOF : favoriser les échanges interprofessionnels

15 PETITES ANNONCES

CARNET

16 agenda

17 livres

Dictionnaire d'ostéopathie
Protocole de soins ostéopathiques du bébé et de l'enfant

18 formation

MÉTIER

22 enquête

La plagiocéphalie mise à plat

1^{re} partie : comprendre, diagnostiquer et évaluer
Une évaluation objective indispensable
Un outil de mesure et d'objectivation :
la plagiocéphalométrie
Facteurs de risques et conditions associés
à la plagiocéphalie
Qu'est-ce qu'un torticolis ?
Diagnostic différentiel :
quatre points essentiels à vérifier
L'essentiel à retenir
Fiche pratique Prévenir la plagiocéphalie
ou « tête plate » : les conseils aux parents
Bibliographie

CRÂNIO

31 mots cachés

Les mots de l'ostéo

RECHERCHE

32 revue de presse

Une sélection de 7 études récentes autour
de la pédiatrie analysées et commentées

36 projet

OSCAR 1 -
La recherche ostéopathique en orbite

FICHE CLINIQUE

39 étude de cas

La pubalgie du sportif :
prise en charge ostéopathique
à travers un cas clinique
Le cas d'un joueur de football
professionnel

HORIZONS

42 à table

Œnologie et ostéopathie :
un terrain sensoriel partagé
Champagne à table :
tentez la nouvelle expérience

GESTION

44 immobilier

**Accessibilité des personnes
handicapées – 2nde partie**

Améliorer l'accueil de vos patients :
un avantage hors norme !

47 DANS LE PROCHAIN NUMÉRO

Un nouveau ligament dans le genou : découverte ou ... redécouverte

Les découvertes en anatomie semblent difficilement imaginables aujourd'hui compte tenu des progrès en imagerie. Et pourtant, deux chirurgiens de l'Université de Louvain ont décrit un ligament encore inconnu au niveau du genou humain et qui jouerait un rôle important chez les patients souffrant d'une déchirure du croisé antérieur.

Ces découvertes anatomiques restent rares. Cependant, la description de cette structure individualisée du genou est plutôt... une redécouverte ! En effet, plusieurs années avant la découverte des rayons X, le chirurgien français Paul Segond avait remarqué l'existence de cette structure ligamentaire dans une région du genou correspondant à un type particulier de fracture qui porte son nom : la fracture de Segond. Cette fracture assez rare correspond à l'arrachement d'un fragment osseux au niveau de l'extrémité supérieure et latérale du tibia. Elle est généralement secondaire à un traumatisme indirect du genou et témoigne quasi systématiquement d'une autre lésion : la rupture du ligament croisé antérieur (LCA).

Une "bande fibreuse, nacrée et résistante"

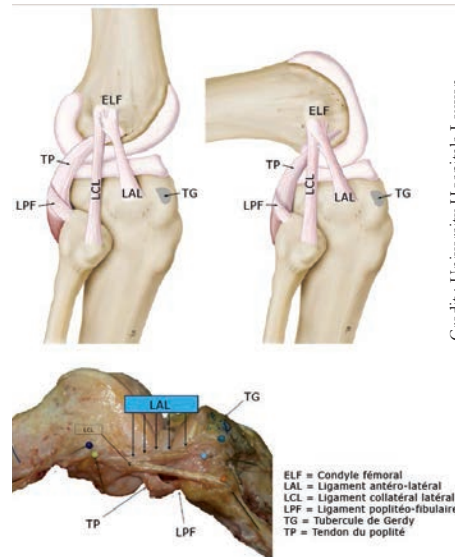
Steven Claes et Johan Bellemans, les deux chirurgiens du département de chirurgie orthopédique et traumatologique des hôpitaux universitaires de Louvain (Belgique), ont cherché à comprendre pourquoi certains sujets continuaient à souffrir de dérobements du genou et d'une symptomatologie d'instabilité malgré une réparation réussie des ligaments croisés. Ces praticiens ont donc pris comme point de départ l'article publié en 1879 par le chirurgien français Paul Segond, qui supposait l'existence d'un ligament supplémentaire antérieur. Ce dernier avait finalement raison. Après la réalisation de 41 dissections sur des

cadavres, aidés d'une technique de dissection macroscopique, les orthopédistes belges fournissent la première description anatomique précise d'une "bande fibreuse, nacrée et résistante" qui avait été décrite par Paul Segond en 1879 : le ligament antéro-latéral (LAL). Présent sur 97% des genoux humains, ce ligament est supposé "contrôler la rotation interne du tibia" et un dérobement résiduel du genou (positivité du pivot shift test) s'explique par une déchirure du LAL. L'origine de ce ligament se situe sur une proéminence latérale du condyle fémoral (extrémité inférieure du fémur). Sa terminaison se trouve sur l'extrémité supérieure du tibia, en avant.

Mieux traiter les traumatismes du genou

Ces conclusions ont été publiées dans le *Journal of Anatomy*. D'autres études sont à conduire selon Steven Claes et Johan Bellemans pour déterminer la fonction de ce ligament et déterminer son rôle dans les atteintes traumatiques du genou et ils espèrent que cette découverte permettra de mieux traiter les blessures portant sur les ligaments des genoux. Les deux chirurgiens travaillent d'ores et déjà sur des techniques chirurgicales de réparation du LAL.

Vous pouvez vous procurer cet article dans son intégralité sur <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joa.12087/abstract>



Credir : University Hospitals Leuven



Pour compléter cette actualité, découvrez notre reportage sur une recherche anatomique sur les insertions de la dure-mère paru dans *L'ostéopathe magazine n°9*. L'histoire est très similaire. Mais c'est une ostéopathe qui est à l'origine de cette étude anatomique au sein du laboratoire d'anatomie de la faculté de médecine de Nantes. Hafida Izelfanane a découvert les travaux d'un ostéopathe belge, Max Girardin sur le ligament de Trolard. Retrouvez l'histoire complète et les conclusions de ces travaux dans notre reportage paru *L'ostéopathe magazine n°9*.

Source : *Sciences et Avenir* (6 novembre) & le *quotidien du médecin* (8 novembre)

International

SUISSE

La HES-SO lance une nouvelle filière de bachelor en ostéopathie

La Suisse n'offre actuellement aucune formation complète en ostéopathie. Pour y remédier, la HES-SO (Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale) a transmis à la Confédération une demande d'autorisation pour ouvrir une filière de Bachelor en ostéopathie en 180 crédits et sur 3 ans. Elle se poursuivra par un Master (90 crédits). Au terme de ces 5 années, le titre autorisant la pratique pourra être délivré après une période d'assistantat.

Dans la plupart des cantons, le droit de pratique pour les ostéopathes est soumis à la réussite de l'examen intercantonal, régi par un règlement de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Le programme de bachelor of Science HES-SO en ostéopathie correspond à la première partie de cet examen intercantonal. Le cursus Master, orienté vers les compétences cliniques et pratiques, correspond à la deuxième partie de cet examen. Pour certaines disciplines, une collaboration est d'ores et déjà prévue avec le département de médecine de l'Université de Fribourg. L'ouverture de cette nouvelle filière HES requiert une autorisation fédérale et c'est uniquement après l'obtention de la décision du département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche que la date de l'ouverture de ce cursus sera déterminée.

Source : *hes-so.ch* (1^{er} octobre)

CANADA

Montréal retenu

L'OIA a choisi le Canada et plus particulièrement Montréal pour la tenue de son congrès annuel en octobre 2015. L'association *Ostéopathie Québec* avait postulé au printemps dernier et a été retenue. Le thème choisi pour ce futur congrès : *Osteopathy, a global presence*. À cette occasion, un colloque international sera également organisé. Il aura pour thème la collaboration interprofessionnelle au service du développement des enfants. À suivre.

Vieillir lentement : un profit rapide

Retarder le vieillissement est un meilleur investissement de santé publique que concentrer uniquement la recherche sur le cancer et les pathologies cardiaques qui en résultent souvent. Telle est la conclusion d'une étude publiée dans la revue américaine *Health Affairs*. Ralentir la dégénérescence de l'âge serait possible et aurait un effet visible sur la santé des personnes de 65 ans et plus entre 2030 et 2060 selon ces chercheurs des universités de Harvard (Massachusetts), Columbia (New York) et de Californie du Sud. Il y aurait ainsi 12 millions de personnes du troisième âge supplémentaires en bonne santé en 2060 aux États-Unis.

Source : *AFP* (9 octobre)

Éclairage dans les hôpitaux : une zone d'ombre pour les patients

Une alternance jour-nuit mieux marquée de l'éclairage hospitalier permettrait aux patients de gagner en confort psychologique, donc de mieux gérer la douleur. Telle est la conclusion d'une étude publiée par une équipe de scientifiques de Cleveland, menée par le docteur Bernhofer dans la revue *Journal of Advanced Nursing*. 23 femmes et 17 hommes ont été observés pendant 72 heures à travers plusieurs paramètres : exposition à la lumière, état de fatigue, humeur (via un questionnaire) et niveau de douleur ressentie (via leur dossier médical). Premier constat : les personnes hospitalisées sont soumises à une faible intensité lumineuse moyenne par cycle de 24 heures avec de faibles variations lumineuses. Conséquence : un temps de sommeil fragmenté et faible, d'environ 4 heures au total et mal synchronisé sur le rythme circadien. Les patients ont déclaré une humeur plutôt mauvaise, et un état de fatigue important. Le niveau de douleur, indirectement associé au manque de lumière, peut être relié à la fatigue. Dans les cas où l'exposition à la lumière était plus forte que la moyenne, les patients ont mieux dormi, plus longtemps, et déclaré une fatigue moindre.

Source : *reuters.com* (6 novembre)

Arthrose : 9 patients sur 10 mal soulagés

Plus de 10 millions de personnes, soit 17 % de la population française, souffrent à des degrés divers d'arthrose. À l'exception de traitements symptomatiques pour soulager cette douleur, peu de traitements existent. L'Association française de lutte antirhumatismale (Aflar) a donc mené une enquête à travers un questionnaire posté sur le site *stop-arthrose.org* auquel 4 600 personnes ont répondu. Elle révèle que neuf Français sur dix souffrant d'arthrose se sentent incompris et sont à la recherche de solutions pour soulager leurs douleurs. Près de la moitié des personnes interrogées avaient moins de 60 ans et plus d'un tiers moins de 40 ans lorsqu'ils ont commencé à souffrir de douleurs arthrosiques. La douleur est mentionnée par neuf patients sur dix comme arrivant en tête des répercussions sur leur qualité de vie et un tiers la décrit même comme permanente. Les répondants se plaignent par ailleurs de ne pas être bien pris en charge.

Source : *AFP* (9 octobre)

Pédiatrie



Les pédiatres s'appuient-ils facilement sur les ostéopathes ?

Sur le site internet allodocteurs.fr, Robert Cohen, pédiatre au centre hospitalier intercommunal de Créteil, apporte une réponse univoque : non ! Selon lui, « une publication très récente a montré que (...), il n'y a eu aucun effet du traitement ostéopathique dans aucune des affections pédiatriques, chez les nouveau-nés et en général ». Le pédiatre renchérit et se répète: « beaucoup de ces affections guérissent spontanément, plus ou moins rapidement, plus ou moins lentement ». Il appuie ensuite son propos en citant ses sources sans les citer « Et chaque fois que cela a été fait en pédiatrie, et la méta-analyse le confirme, il y a eu 17 études qui ont été analysées, la conclusion est univoque. Il n'y a pas de preuve aujourd'hui de l'efficacité de l'ostéopathie en pédiatrie. (...) Et des études de qualité, référencées dans des journaux internationaux, disent que l'ostéopathie est efficace, les pédiatres n'hésiteront pas à les prescrire ».

Marjolaine Dey décortique sur son blog marjolainedey.com les propos de ce pédiatre et lui répond par une analyse rigoureuse de ses sources. Morceaux choisis : « docteur Cohen, je suis allée vérifier vos sources : Posadzki P, Lee MS, Ernst E. Osteopathic Manipulative treatment for pediatric conditions: a systematic review. *Pediatrics* 2013 Jul; 132(1):140-52. Cet article montre qu'il n'y a pas assez d'études pour conclure, et non pas que l'ostéopathie n'est pas efficace. De plus, si vous souhaitez que nous vous donnions des preuves en double insu avec un placebo crédible et des critères de jugement tirés de la littérature, nous sommes cuits. La recherche telle qu'elle est faite aujourd'hui ne permet pas aux ostéopathes et autres thérapeutes manuels de prouver leur efficacité. Seul le modèle (imparfait) de l'intervention complexe pourrait nous aider, mais il n'est pas répertorié dans les guides de méthodologie de Cochrane (entre autres) ».

Pour répondre à la demande d'études prouvant l'efficacité de l'ostéopathie, Marjolaine Dey cite une revue systématique sur la thérapie manuelle dans le cadre des maladies respiratoires pédiatriques (asthme, mucoviscidose et infections bronchiques) ainsi que celles de Licciardone (2005) ou Orrock et al (2013). À bon entendeur.

Source : allodocteurs.fr (8 octobre)

Paracétamol pendant la grossesse : mauvais pour l'enfant

Prendre du paracétamol pendant la grossesse ne serait pas si inoffensif. Ce traitement aurait un impact sur la motricité, le langage et le comportement chez les enfants de trois ans, selon une étude norvégienne et canadienne publiée dans *l'International Journal of Epidemiology*.

Les chercheurs ont comparé les destins d'enfants exposés au paracétamol par rapport à une sœur ou un frère qui n'avait pas du tout été exposé. 3 000 paires de frères et sœurs ont été incluses dans cette étude à partir d'une cohorte norvégienne de 110 000 mères et leurs enfants.

D'après les résultats, les enfants qui avaient été exposés lors de la grossesse au paracétamol pendant plus de 28 jours avaient un développement moteur et comportemental plus faible par rapport aux frères et sœurs non exposés. La même tendance a été observée avec le paracétamol pris pendant moins de 28 jours, mais avec des écarts plus faibles.

Afin de déterminer si une maladie sous-jacente, et non le paracétamol lui-même, pouvait être la cause de ces effets négatifs sur les enfants, les chercheurs ont examiné un autre type d'analgésique avec un autre type de mécanisme d'action, l'ibuprofène. Ils n'ont pas trouvé d'effets similaires à long terme après l'utilisation de ce médicament.

« L'utilisation occasionnelle de courte durée n'est probablement pas nocive pour le fœtus. De plus, d'autres recherches seront nécessaires pour confirmer ou infirmer ces résultats, car il s'agit d'une étude épidémiologique » précise avec prudence le Pr Hedvig Nordeng, de l'université d'Oslo.

Source : pourquoi-docteur.nouvelobs.com (31 octobre)

43 689

En juin 2013, 21 médecins américains et professionnels de santé de l'IMS (Institut Healthcare Informatics) ont recensé 43 689 applications santé disponibles sur l'Apple Store. Seules 23 682 ont été considérées comme véritablement en rapport avec la santé.

Un peu moins d'un tiers (23 682) concernaient des sujets d'ordre médical et parmi elles, 7 407 s'adressaient aux professionnels de santé et les 16 275 restantes (68,7 %) aux patients.

La moitié des applications disponibles atteignent difficilement les 500 téléchargements alors que 5 % représentent 15 % de l'ensemble téléchargements. Autre constat : rares sont les applications dédiées aux patients souffrant de plusieurs pathologies chroniques, en particulier pour les ceux de plus de 65 ans.

Par ailleurs, 62 % des applications (8 786) concernent l'information, la prévention et l'hygiène de vie : alimentation, surveillance du poids, bien-être, arrêt du tabac, gestion du stress, sommeil. Autres fonctionnalités :

- localiser un spécialiste, une pharmacie, comparer les prix, etc.
- rappel de rendez-vous, communication avec des professionnels de santé
- information sur les prescriptions, les interactions médicamenteuses et les effets secondaires

- information en cas de situation d'urgence
- auto-diagnostic de pathologies fréquentes
- observance thérapeutique (suivi du respect des traitements prescrits)

Des fonctionnalités impressionnantes

Moins de 10 % des applications analysées ne sont qu'une aide à la relaxation et au sommeil et rares sont celles qui possèdent d'autres fonctionnalités : instructions, enregistrement de données, rappel/alerte, etc. Certaines fonctionnalités sont impressionnantes : lecture d'électrocardiogrammes (ECG), surveillance de la pression artérielle ou du taux de glucose sanguin, etc. 159 applications (moins de 1 %) incorporent un capteur de données pour la surveillance du pouls, du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC). Parmi elles, 50 concernent le suivi réel d'une pathologie médicale ou fournissent la possibilité d'utiliser des outils et des calculateurs permettant aux utili-

sateurs de mesurer certains paramètres biologiques et physiologiques (comme le suivi de l'hémoglobine glyquée dans le diabète). Ces pathologies spécifiques peuvent concerner l'autisme, l'anxiété, la dépression et le trouble déficit attention/hyperactivité (TDAH). Les autres portent sur les problèmes oculaires, les maladies métaboliques et endocriniennes, les troubles nutritionnels, les pathologies cardiovasculaires, les cancers. Enfin, 10 % des applications analysées concernent des publics spécifiques : femmes (grossesse, fertilité, allaitement), enfants et adolescents, personnes âgées.

Un coût très variable

Les analystes ont également analysé le coût de ces applications. Résultats : un peu moins de la moitié des 16 275 applications destinées aux consommateurs coûtent entre 1 et 5 dollars. Seules 5,3 % affichent un tarif de plus de 5 dollars et 23 sont plus de 100 dollars. Quant aux applications gratuites, elles le sont pour une première utilisation, mais deviennent payantes lors d'une réutilisation ou d'une mise à jour.

Source : *Sciences et avenir* (8 novembre)

Élémentaire mon cher ordi !

Watson est l'ordinateur le plus intelligent au monde. Conçu par IBM, il est doté d'une intelligence artificielle capable de diagnostiquer des cancers avec un taux de réussite plus élevé que celui des étudiants en médecine.

Sa nouvelle mission est désormais de venir en aide aux médecins du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de New York, où 1 125 patients atteints d'une tumeur du poumon ont été traités en 2012. Pour cela, une équipe composée de 25 chercheurs a aidé l'intelligence artificielle à assimiler plus de 600 000 données médicales, principalement sur le cancer du poumon.

Watson est capable de répondre aux questions des médecins et diagnostiquer un cancer du poumon avec un taux de succès de 90 %. En téléchargeant le dossier du patient, Watson informe le médecin du meilleur traitement à utiliser et affiche une liste, classée selon un indice de confiance décroissant. Ses inventeurs estiment que les frais de santé pourraient être réduits de 30 % aux États-Unis, soit une économie de 1,46 milliard d'euros !

Source : *ibm.com*

92 %
des Français
se soignent
sans les conseils
d'un médecin !

Un sondage réalisé par 1001 Pharmacies, portail de vente en ligne, révèle que 92 % des Français pratiquent l'automédication lorsqu'ils tombent malades : 60 % utilisent de vieux médicaments, 20 % achètent des médicaments en vente libre et 8 % attendent que le trouble passe seul. 4 % déclarent se soigner avec des produits naturels.

Source : *sondage réalisé par 1001 pharmacies*

Sacs réutilisables : l'impasse écologique

D'après un bactériologue écossais, le professeur Hugh Pennington, les sacs réutilisables sont contaminés par des bactéries et nous exposeront à des intoxications alimentaires. En effet, les bactéries présentes dans la viande crue contaminent d'autres produits qui sont consommés sans cuisson, les fruits notamment. Au bout de cette chaîne de contamination, une intoxication alimentaire peut parfois survenir chez le consommateur. Avec des effets plus ou moins graves selon la bactérie. Les symptômes provoqués par *E. coli*, par exemple, apparaissent entre 3 et 8 jours après l'infection sous forme de douleurs abdominales et de diarrhées, lesquelles peuvent évoluer vers des formes sanglantes (colites hémorragiques).

Hugh Pennington s'appuie sur l'expérience de San Francisco. Lorsque les sacs plastiques jetables y ont été interdits, les hospitalisations et les décès dus aux maladies d'origine alimentaire ont presque doublé. Selon Hugh Pennington, nettoyer son sac réutilisable même avec un spray antibactérien est inutile. Il ne faut simplement jamais transporter de la viande crue dans des sacs réutilisables, même si elle est convenablement enveloppée.

Source : *pourquoi-docteur.nouvelobs.com* (29 octobre)

L'ESO plonge dans la recherche

L'ESO (l'École Supérieure d'Ostéopathie) a lancé au mois d'octobre dernier sa nouvelle formation continue en ostéopathie aquatique. Elle intègre un apprentissage particulier et la maîtrise de savoirs spécifiques en lien avec les principes et techniques de l'ostéopathie traditionnelle. Peu pratiquée en France, l'ostéopathie aquatique présente cependant de nombreux intérêts : elle est efficace en cas de douleurs articulaires, de tendinites, de troubles digestifs, de stress ou encore de maux de tête. Elle permet de visualiser l'action de l'ostéopathie sur le corps du patient. À noter que l'ESO mène une recherche sur l'apport de l'ostéopathie aquatique dans le traitement de l'ostéochondrite (anomalie de la croissance de l'os et du cartilage chez l'enfant) primitive de la hanche.

Source : *informationhospitaliere.com* (8 octobre)

Pollution : une enfant de 8 ans atteinte du cancer du poumon

Des médecins chinois ont diagnostiqué un cancer du poumon chez une fillette de 8 ans. Ils ont attribué la cause à la pollution atmosphérique, véritable fléau pour la santé publique en Chine. La fillette habite à proximité d'un axe routier de la province orientale du Jiangsu et a respiré sur une longue période de la poussière et des particules nocives.

La pollution atmosphérique provoque désormais des centaines de milliers de morts prématurées chaque année en Chine. En trente ans, le nombre de décès dus à des cancers du poumon a été multiplié par plus de quatre dans le pays, selon les autorités sanitaires. Le cancer est notamment devenu la première cause des décès dans la capitale, Pékin.

La Chine, premier marché automobile mondial, tire plus de 70 % de son énergie de la combustion du charbon.

Source : *AFP* (5 novembre)

France

Médecins et kinés ostéopathes réclament

moins d'écoles "bien-être"

Alors que le ministère de la Santé travaille actuellement sur une nouvelle réglementation de la discipline, notamment dans le domaine de la formation, les médecins et kinésithérapeutes-ostéopathes ont demandé une réduction du nombre d'écoles et d'étudiants en ostéopathie dite de "bien-être".

Corinne Le Sauder, présidente du syndicat national des médecins-ostéopathes a déclaré lors d'une conférence de presse : « Les ostéopathes "bien-être" ne sont pas régis par le code de la santé publique, mais par le code du commerce. Le patient en sera la première victime, car il ne sait vraiment pas à qui il s'adresse ». Par ailleurs, Jean-François Rey, président de l'UNPS (Union Nationale des Professionnels de Santé) a demandé la mise en place d'un numerus clausus et d'une accréditation sévère des établissements de formation.

Depuis 2012, les ostéopathes "exclusifs" sont plus nombreux que les ostéopathes professionnels de santé (11 087 contre 9 116 en juillet 2013), selon le Registre des ostéopathes de France.

Source : *AFP* (17 octobre)

L'arrivée controversée de l'homéopathie en fac de médecine

La faculté de médecine de Brest a lancé un diplôme universitaire (DU) d'homéopathie au mois de juillet dernier. Elle serait la première fac de médecine en France à proposer une telle filière. L'homéopathie, qui n'est pas reconnue comme une spécialité médicale, n'était alors enseignée que dans des facultés de pharmacie. Le nouveau DU d'homéopathie a remporté un vif succès avec près d'une trentaine d'inscrits : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes ou encore vétérinaires.

56 % des Français utilisent l'homéopathie pour se soigner dont 36 % sont des utilisateurs réguliers « mais les malades ne peuvent pas demander conseil à leurs médecins puisqu'ils n'ont aucune formation dans ce domaine » explique le docteur Christian Berthou, doyen de la faculté de Brest. Mettre en place ce projet n'a pas été simple et « je suis passé par les instances facultaires et universitaires et une fois la validation des instances acquises, j'ai reçu plusieurs mails insultants de médecins libéraux disant qu'ils ne comprennent pas qu'en fac de médecine on enseigne le charlatanisme » raconte ce dernier.

Une réaction bien connue du docteur Anne-Marie Le Berre, responsable pédagogique du DU. « Lorsque je ne trouve pas de solution satisfaisante en allopathie, la réponse est souvent en homéopathie. C'est une médecine alternative et intégrative. Je passe sans arrêt de l'allopathie à l'homéopathie et vice-versa. Je ne mets pas ces deux pratiques en opposition » explique la praticienne.

Prochaine étape : développer la recherche clinique. En attendant, un DIU sera bientôt mis en place avec les facultés de médecine de Strasbourg, Nancy et Lyon également intéressées par cet enseignement.

Source : egora.fr (16 novembre)

Qui fait quoi ?

Le gouvernement s'apprête à organiser une nouvelle enquête de représentativité selon un avis paru au *Journal officiel* du 13 octobre 2013. « L'enquête de représentativité permettra de déterminer les organisations qui ont vocation à représenter les professions d'ostéopathes et de chiropraticien dans les négociations nationales », précise le document.

Plusieurs critères seront pris en compte parmi lesquels le nombre d'adhérents à jour de cotisation, un minimum de deux ans d'ancienneté, l'activité et l'expérience.

La dernière enquête date de 2003. Six organisations avaient été reconnues représentatives : l'Association française d'ostéopathie (AFO), le Syndicat national des ostéopathes de France (SNOF), le Syndicat français des ostéopathes (SFDO) et l'Union fédérale des ostéopathes de France (UFOF) pour les ostéopathes exclusifs. Ostéos de France pour les médecins-ostéopathes et l'Association française de chiropratique (AFC) pour les chiropraticiens.

Source : lequotidiendumédecin.fr (14 octobre)

Affaire Pallardy : douze ans de prison requis

L'accusation a requis jeudi un minimum de 12 ans de réclusion à l'encontre de Pierre Pallardy, l'ex-ostéopathe du Tout-Paris jugé depuis le 1^{er} octobre devant les assises de Paris pour viols ou agressions sexuelles sur seize anciennes patientes. Une interdiction définitive d'exercer définitivement et une inscription sur le fichier des délinquants sexuels ont été également requises.

Pierre Pallardy a jusqu'à présent nié les faits, mais depuis le début du procès, d'autres anciennes patientes se sont manifestées auprès de la justice et pourraient porter plainte. Elles ont toutes décrit à peu près le même scénario : alors qu'elles étaient seins nus, Pierre Pallardy leur pratiquait d'entrée un douloureux massage du ventre qui les laissait comme hypnotisées. Il leur saisissait ensuite la poitrine à deux mains, et se serait ensuite livré à des attouchements ou à des pénétrations. Il encourt au maximum 20 ans de réclusion.

D'abord kinésithérapeute, il était ensuite devenu ostéopathe dans les années 70, Pierre Pallardy est l'auteur de best-sellers, comme "Plus jamais mal au dos". Il était l'invité d'émissions de télévision et de radio. Sa pratique consistait à mêler conseils d'hygiène de vie et massages vigoureux du ventre, capables selon lui de réguler l'équilibre psychique et de soigner insomnies, dépression et fatigue chronique.

Source : reuters.fr (18 octobre)

Thyroïde : trop d'ablations inutiles !

« Il y a un excès très clair d'opérations sur les nodules bénins », a jugé Pierre Fender, médecin-conseil national adjoint de l'Assurance Maladie à l'occasion de la présentation d'une analyse sur ces pratiques chirurgicales. En 2010, l'Assurance maladie a pris en charge plus de 35 300 thyroïdectomies dont près de 6 000 pour cancer (17%) et 7 270 (20%) pour nodule bénin. Par ailleurs, les goitres ou nodules multiples représentent 13 350 (38%) des interventions, tandis qu'un quart de ces ablations de la glande (8 768) relève d'un « autre diagnostic (hyperthyroïdie, cancer ORL, etc.) ». À noter que dans plus de trois quarts des cas, l'opération concerne des femmes. « En France, d'après les données de l'Assurance maladie, on opère quatre cancers pour cinq nodules bénins », avec des disparités régionales importantes allant de 1 à 5. Dans un quart des cas de nodules bénins, la glande thyroïde est totalement retirée avec des conséquences dont le patient n'a pas toujours conscience au moment de l'intervention (traitement hormonal à vie, corde vocale affectée, cicatrices disgracieuses, atteintes définitives des glandes parathyroïdes obligeant à un traitement par calcium à vie dans 1% des cas).

La préconisation de l'Assurance Maladie : un plus grand recours à la cytoponction. Cet examen n'est retrouvé que chez 44% des patients opérés qui avaient un cancer et chez seulement 34% opérés d'un nodule bénin.

Source : AFP (23 octobre)

LA PRESSE

EN A PARLÉ

Tu connais pas un bon ostéo ?

Un article publié sur le site d'information *rue89* revient sur la situation de l'ostéopathie en France depuis la loi Kouchner de 2002 jusqu'à aujourd'hui en passant par les décrets de 2007. Avec comme point de départ : « comment trouver un praticien à qui confier ses vertèbres ? », toutes les problématiques sont abordées : démographie, formation, guerre au sein de la profession, régulation naturelle de la profession, variabilité de la profession.

L'article conclut malgré tout sur des conseils pour choisir son ostéo : privilégier le bouche-à-oreille, se faire recommander un ostéopathe plutôt que de le trouver dans les pages jaunes, consulter le site du ROF, regarder la plaque pour vérifier la mention « diplômé d'ostéopathie DO ». De plus, la séance doit durer au minimum trente minutes et son impact peut se ressentir dans les semaines qui suivent. Il est donc inhabituel de consulter un ostéopathe de façon hebdomadaire. La première séance – voire chaque séance – doit débiter par un « bilan ostéopathique ». Le prix enfin. Il doit se situer entre 50 et 80 euros.

Source : *rue89.com* (13 octobre)

Ostéopathie française : deux records mondiaux

Le Monde aborde l'ostéopathie française à travers deux records mondiaux : celui du nombre d'ostéopathes. 20 000 pour plus de 65 millions d'habitants, soit un professionnel pour plus de 3 000 habitants, alors que le ratio idéal se situe à un pour 5 000. Le quotidien reprend une enquête démographique publiée début septembre, par le Registre des ostéopathes de France (ROF) qui souligne que l'effectif a doublé depuis 2009. Une performance qui s'explique par un autre record : le nombre d'établissements de formation. Pas moins de 54 selon le ROF accueillant près de 11 000 étudiants.

L'article compare cette situation avec les États-Unis, berceau de l'ostéopathie et qui ne compte qu'un ostéopathe pour 4 500 habitants environ et le Royaume-Uni, où 4 300 professionnels exercent, soit un pour environ 14 400 habitants.

Il présente brièvement la situation socioprofessionnelle, s'attarde sur la disparité de la qualité de la formation en mettant en cause la procédure « fausement contraignante » pour obtenir les agréments, des exigences pédagogiques peu précises, des frais de scolarité élevés, de 7 000 à 8 000 €. L'article conclut sur les travaux du ministère de la Santé actuels qui devraient aboutir à la publication d'un nouveau référentiel de la profession et des formations.

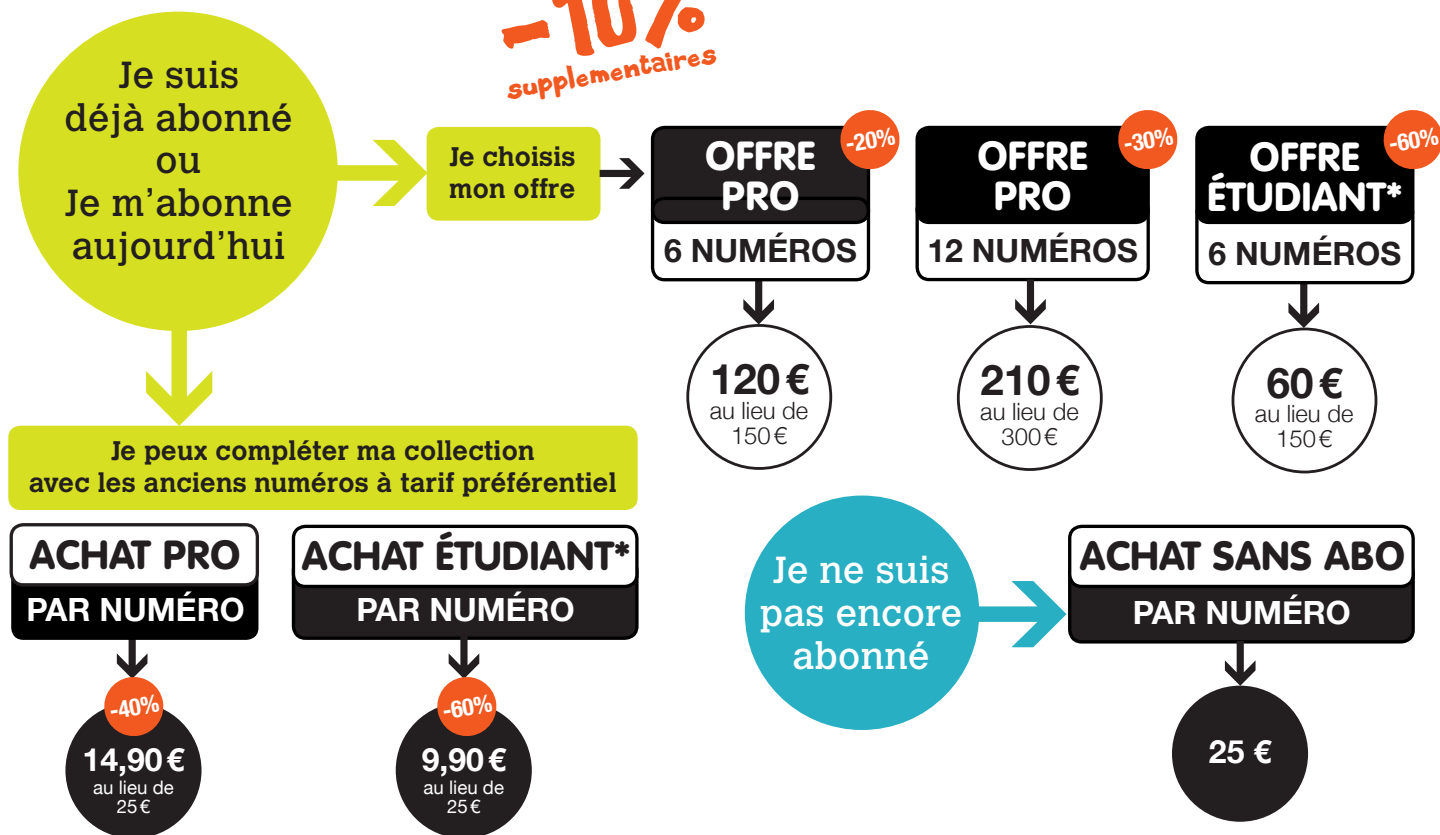
Source : *lemonde.fr* (11 octobre)

L'OSTÉOPATHE

REVUE INDÉPENDANTE

MAGAZINE

re-abonnement
-10%
supplémentaires



Je souhaite recevoir les numéros suivants dans l'offre choisie (Retrouvez les sommaires des anciens numéros sur www.losteopathe.fr)

- n°1 n°4 n°7 n°10 n°13 n°16 n°19
 n°2 n°5 n°8 n°11 n°14 n°17
 n°3 n°6 n°9 n°12 n°15 n°18

BULLETIN D'ABONNEMENT À RETOURNER À
RCR ÉDITIONS - 176 RUE SAINT-MAUR - 75011 PARIS

Si mes coordonnées n'ont pas changé, j'indique uniquement mon n° abonné →
(Retrouvez votre n° abonné sur votre précédente facture)

M^{ME} M^{LLE} M. PROFESSION _____
 NOM _____
 PRÉNOM _____
 ADRESSE _____
 VILLE _____ CODE POSTAL _____
 PAYS _____ TÉL. _____
 E-MAIL _____

Je règle par chèque bancaire ou postal à l'ordre de RCR éditions
 Je règle par virement bancaire (zone euro uniquement) : BRED - Paris Saint-Fargeau
RIB 10107 00651 00127018074 83 / IBAN FR76 1010 7006 5100 1270 1807 483

Je règle par : CB VISA mastercard
 _____ expire fin _____
 3 derniers chiffres au verso _____

Je souhaite recevoir une facture

Votre abonnement est déductible de vos frais professionnels

Date : _____
Signature : _____

VOTRE COMMANDE

Mon abo s'est terminé, Je me ré-abonne

RE-ABO PRO 6 N° 108€ TTC
 RE-ABO PRO 12 N° 189€ TTC

OFFRE PRO 6 N° 120€ TTC

OFFRE PRO 12 N° 210€ TTC

OFFRE ÉTUDIANT 6 N° 60€ TTC

* joindre une copie de la carte d'étudiant

ACHAT AU N° (ABONNÉ PRO)
14,90 € TTC / N°

NBRE : _____ SOIT _____ € TTC

ACHAT AU N° (ABONNÉ ÉTUDIANT)

* joindre une copie de la carte d'étudiant

9,90 € TTC / N°

NBRE : _____ SOIT _____ € TTC

ACHAT AU N° (SANS ABO)
25 € TTC / N°

NBRE : _____ SOIT _____ € TTC

TOTAL _____ € TTC

Tout abonnement débute par le dernier numéro paru à la date de souscription.

ROF :

salon du livre et plan d'action

Les 18 et 19 octobre derniers, le ROF organisait à Paris sa deuxième édition du salon du livre. Éditeurs de livres et de revues spécialisées étaient présents pour présenter leur travail et rencontrer des ostéopathes d'horizons différents rassemblés à cette occasion.

Par Reza Redjem-Chibane

C'était également l'occasion pour *L'ostéopathe magazine* de rencontrer la nouvelle équipe dirigeante du ROF élue lors de l'assemblée générale de l'année précédente à savoir son président, François Ottavi Menager, et son secrétaire général, Pascal Bernard. Mais également de mieux connaître la stratégie du ROF dans cette période très délicate où le ministère de la Santé travaille sur le dossier de l'ostéopathie en France.

Tout particulièrement sur les agréments des écoles. Sur ce sujet, précise Pascal Bernard, « le ROF soutient la création d'une nouvelle commission nationale d'agrément. Une instance qui permettrait de dépasser les accords au niveau local ainsi que d'harmoniser les critères de délivrance des agréments. Une solution qui permettrait aussi d'introduire des critères pédagogiques qualitatifs ». Pour faire un point sur les travaux du gouvernement en cours, nous avons posé quelques questions à François Ottavi Menager.

Sur quels domaines portent les travaux du ministère de la Santé ?

L'intérêt du ministère est d'apporter une réponse à la problématique de la formation dont dépend la sécurité du patient. Nous avons donc reçu une lettre de cadrage en avril dernier pour nous informer que tous les autres sujets seraient exclus et qu'il ne sera pas question de revenir sur les décrets.

Notamment sur les problématiques du partage du titre d'ostéopathe et la limitation des actes autorisés.

Quelles sont les pistes de travail envisagées ?

La volonté du ministère est d'augmenter les critères d'agrément des écoles à travers le volet pédagogique. Ainsi, le nombre d'heures d'enseignement devrait augmenter et le contenu pédagogique être précisé. L'administration a explicitement réexprimé son souhait d'aboutir à une offre de formation hautement qualitative, mais il n'y aura pas d'universitarisation de la formation et le système des écoles privées sera conservé. Il n'y aura pas non plus d'harmonisation de cet enseignement avec le système LMD.

Quelles ont été les étapes de ces travaux gouvernementaux ?

Ils se sont déroulés en trois temps. Le ministère a d'abord cherché à définir un référentiel compétences métier commun aux différents représentants de l'ostéopathie. Nous avons présenté les travaux réalisés par l'UPO (Union Pour l'Ostéopathie) sur cette question. Le gouvernement avait ensuite prévu de s'attaquer à la formation et aux conditions d'agrément des établissements. Mais il a d'abord travaillé sur les conditions d'agrément afin d'être prêt pour la rentrée 2014. Celles-ci sont aujourd'hui finalisées.

CINQ ÉDITEURS

Académie d'Ostéopathie
Éditions de Boeck
Editions Sully
La Revue de l'Ostéopathie
L'ostéopathe Magazine

DEUX AUTEURS

André Ratio, Le crâne
Stéphane Beaume, Le dictionnaire de l'ostéopathie

UN DIFFUSEUR

Titashop

Au-delà de l'action politique, comment veut se positionner le ROF dans le monde ostéopathique ?

Au niveau de l'expertise, de l'éthique et de la déontologie. Cette dernière valeur garantit la sécurité du patient et s'inscrit en complément des travaux actuellement menés par le gouvernement. Nous avons beaucoup travaillé à structurer notre organisation pour faire appliquer notre code de déontologie à travers un code de procédure et des instances de conciliation. Le ROF doit également rester indépendant et ne subir aucune influence. Particulièrement de la part des organismes de formation. Enfin, nous aimerions développer notre label DOROF : communiquer autour des engagements qu'il représente, tant auprès des patients que des ostéopathes.

Colloque du SNOF : favoriser les échanges interprofessionnels

Le 4 octobre dernier se tenait à Marseille un colloque organisé par le SNOF (syndicat national des ostéopathes de France). Animé par Hervé Gaillard, ostéopathe DO, il avait pour thème : *Savoirs partagés entre l'orthopédie et l'ostéopathie.*

Par Vladimir Sekelj, ostéopathe DO et créateur de TITA diffusion

Les intervenants étaient donc des médecins, chirurgiens et ostéopathes et c'est Pierre Chrestian, chirurgien orthopédiste, qui a ouvert les débats. À travers son travail auprès des enfants, il préconise une approche multidisciplinaire intégrant notamment les ostéopathes. Marie-Christine Maximin, également chirurgien-orthopédiste, a ensuite réalisé une communication précise sur le genou traumatique de l'enfant et les spécificités de la croissance de cette zone. Ses propos ont été illustrés par de nombreux films et accompagnés de recommandations cliniques importantes.

Hervé Gaillard, ostéopathe DO a complété cette intervention par la projection d'un film sur l'abord du genou en ostéopathie ainsi que son traitement en collaboration avec une équipe chirurgicale. Claire Chapus, ostéopathe DO, a ensuite exposé les données statistiques issues des patients traités dans un cadre pluridisciplinaire orthopédie-ostéopathie. En fin de matinée, Franck Ridet, ostéopathe DO, a abordé les risques juridiques liés à la prise en charge ostéopa-

thique. Il a insisté sur le consentement éclairé.

L'après-midi a débuté avec les interventions des chirurgiens orthopédistes du membre supérieur : Renaud Gravier, sur la coiffe des rotateurs et l'épaule non chirurgicale, et Stéphane Airaudi, sur la chirurgie de l'acromioclaviculaire et de ses alentours. Alix Margnat et Hervé Gaillard, ostéopathes DO, ont présenté un travail de quantification de l'épaule douloureuse et de son évaluation clinique par le score de Constant (échelle d'évaluation fonctionnelle de l'épaule).

Un geste chirurgical modifié

Jean-Yves Arlaud, chirurgien orthopédiste du membre inférieur, a quant à lui évoqué la hanche et ses différentes voies opératoires. Il a ensuite retracé sa collaboration avec un ostéopathe qui lui a permis de comprendre l'étiologie de certaines lésions postopératoires. Il a ainsi modifié son geste chirurgical.

Enfin, Hervé Gaillard a mis en avant deux études. La première sur l'apport de l'ostéopathie dans les suites opératoires de poses de prothèses totales de hanche (PTH) par voie postérieure. La seconde sur les patients ayant subi une opération de PTH par la voie antérieure.

Ces échanges entre ostéopathes et chirurgiens orthopédistes ont été constructifs et, bien que les approches conceptuelle et sémantique de ces deux professions soient discordantes, tous ont conclu sur le réel bénéfice apporté au patient par une approche multidisciplinaire. Rendez-vous à la prochaine édition ... avec l'envie de mieux communiquer !

→ REMPLACEMENT, PARTENARIAT et STAGE

Offre de partenariat

Libère poste d'ostéopathe dans cabinet avec 6 praticiens (2 kinés, 1 kiné-ostéo, 2 ostéos, 1 pédicure). Cabinet connu depuis 20 ans - agendas remplis. Secrétariat, femme de ménage, comptable. Liberté du planning et des congés.
prin-conti@wanadoo.fr
06 80 93 00 85

Offre de stage

Stage de développement personnel pour la juste posture pour cavaliers. Bilan postural complet, suivi d'une rééquilibration avec reprogrammation neuromotrice sur simulateur équestre méthode balancier global.
prin-conti@wanadoo.fr
06 80 93 00 85

Recherche place assistant ou remplacement

Recherche assistantat, remplacement ou partenariat d'un ostéopathe en place dans les hauts de seine (92) ou les Yvelines (78). Ostéopathe diplômé avec numéro ADELI en 5^e année d'étude.
nicolas.masson.do@gmail.com
06 98 38 29 19

→ ACHAT ET LOCATION

Propose local à louer

À louer beau cabinet d'ostéopathie Paris XV^e, métro convention, 4 jours/semaine (mardi au vendredi). 800 euros/mois (eau et électricité comprises)
boudardformation@me.com

Propose local à louer ou acheter

Cause retraite, propose cabinet de 120 m² à Cognac, parfait état, très lumineux, chauffé par P.A.C., normes d'accessibilité 2015. 1000 euros/mois ou vente 220 000 euros. Parking privé pour patientèle. Possibilité de travail pour 2 praticiens. Ouvert à toute proposition.
georges.kiem@wanadoo.fr
06 07 62 70 69

20 et 21 mars

Cultures et périnée

Ces deux journées de conférence se dérouleront à Paris et seront placées sous la coordination scientifique de Bernadette de Gasquet, médecin et professeur de yoga, qui présentera ses travaux sur le périnée à travers les échanges entre cultures traditionnelles et autour d'une réflexion pluridisciplinaire. En effet, « La France est un modèle pour beaucoup de pays en matière de rééducation périnéale. Mais d'autres approches existent, plus globales et pas toujours identifiées comme ayant un impact "périnéal". Le périnée est un point central souvent occulté dans la formation des professionnels de santé et de la forme », précise cette dernière.

Le périnée sera abordé à travers ses dimensions sociales, culturelles, religieuses et sexuelles via les témoignages de gynécologue, anthropologue et sexologue. Du Maroc au Japon, une table ronde réunira des sagefemmes alors que Carole Maitre, gynécologue à l'INSEP (Paris) présentera l'impact du sport sur le périnée. Enseigner, représenter, montrer, prendre en charge le périnée seront des notions abordées la première journée. La seconde journée sera consacrée à protéger, éduquer et rééduquer le périnée, partout et toujours.

Plus d'informations
sur www.degasquet.com

4 et 5 avril

2^e congrès international Ostéobio : torticolis du nourrisson et plagiocéphalie

Cette seconde édition du congrès international Ostéobio présentera la place de l'ostéopathe dans la prise en charge pluridisciplinaire du torticolis du nourrisson et de la plagiocéphalie. Elle se déroulera dans les locaux de l'école à Cachan (94) et réunira plusieurs professionnels de santé : médecins généralistes, pédiatres, chirurgiens, sagefemmes, kinésithérapeutes, psychomotriciens.

Au programme : biomécanique et concepts appliqués au torticolis du nourrisson, examen du nouveau-né en maternité, méthodes et outils pour identifier et caractériser une plagiocéphalie avec une proposition de protocole, implications et influences de l'accouchement, du portage et de l'emballage, etc.

Les modes d'action et compétences du kinésithérapeute seront présentés

par Frédéric Marcout, ceux du psychomotricien par Séverine Bekier, ceux du chirurgien-pédiatre par Guillaume Captier et ceux de l'ostéopathe par David Dessauge. Par ailleurs, la pratique et la réglementation de l'ostéopathie en Suisse feront également l'objet d'une présentation.

Le congrès comportera également des sessions pratiques avec des ateliers portant sur les outils et méthodes de dépistage ainsi que le perfectionnement de techniques en ostéopathie.

Vous pouvez lire un compte rendu de l'édition précédente dans note reportage Comprendre... et remettre en cause ! paru dans

L'ostéopathe magazine n° 18.

Plus d'informations sur
www.osteobio.net



**EN PARTENARIAT AVEC
L'OSTÉOPATHE MAGAZINE**

5 avril

Congrès Fascias : sport et récupération

Ce congrès organisé par l'ANKF (Association Nationale des Kinésithérapeutes Fasciathérapeutes), se tiendra à la Cité des Sciences et de l'Industrie à Paris et aura pour thème *Sport et récupération*. Son objectif : présenter aux différents acteurs du monde sportif (kinésithérapeutes, médecins, ostéopathes, entraîneurs, psychologues, etc.) les liens entre le fascia et la récupération physique et mentale. Les intervenants : des universitaires, des professionnels de la santé et des activités physiques et sportives.

Ainsi, Philippe Rosier, docteur en sciences sociales au Collège Européen de Fasciathérapie (Belgique), abordera la fasciathérapie et la récupération somato-psychique du sportif de haut niveau. Bernard Payrau, cardiologue, nous présentera la synthèse d'études menées auprès de sportifs et de non-sportifs sur la fasciathérapie et l'anxiété. Guillaume Marie, entraîneur et préparateur physique, dressera les profils athlétiques et les profils musculaires sous des aspects scientifiques et pratiques. Etc.

Vous pouvez également lire notre enquête Fascias : la révolution est en marche réalisée à Bruxelles en 2012 lors du Congress Fascias et parue dans L'ostéopathe magazine n° 16.

Plus d'informations
sur www.ankf.fr



**EN PARTENARIAT AVEC
L'OSTÉOPATHE MAGAZINE**

19 avril

Congrès sur la plagiocéphalie

En écho à la 2^e journée mondiale sur la plagiocéphalie et les déformations crâniennes qui aura lieu le 4 avril, l'organisation *Association plagiocéphalie info et soutien* organise ce congrès qui rassemblera professionnels et grand public. Cette journée de rencontres se déroulera à Romillé, près de Rennes (35). L'entrée est gratuite et le programme sera bientôt communiqué sur le site de l'association.

Plus d'informations sur
<http://association-plagiocéphalie-info-et-soutien.fr>

17 mai

Colloque IFSO : la sphère ORL

Le thème retenu cette année par l'IFSO Paris (Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie) : la sphère ORL. Le colloque rassemblera des praticiens aux expertises complémentaires. Notamment Pierre El Chater, médecin ORL, chirurgien de la face et du cou en milieu hospitalier et président de l'AFOR (association française d'ORL et de ronchopathie), qui présentera les actualités ORL. Philippe Fleuriat, chiropraticien, président de l'AFC (Association Française de Chiropraxie) abordera la prise en charge des indications ORL par la chiropraxie. À travers des cas pratiques appliqués en ostéopathie, François Aubert, médecin-radiologue, répondra à la question : quelles imageries ORL sont utiles ? Au programme également : traitement ostéopathique dans les déviations latérales de la mandibule, traitement occlusal en ostéopathie, ATM et système labyrinthique, traitement de la rhinorrhée en ostéopathie et enfin otite et ostéopathie. Un colloque qui se conclura par un débat sur les questions soulevées au cours de cette journée.

Vous pouvez lire un compte rendu de l'édition précédente dans note reportage Cervicalgies : un diagnostic à manipuler avec précaution paru dans L'ostéopathe magazine n° 13.

Plus d'informations
sur www.efom.fr

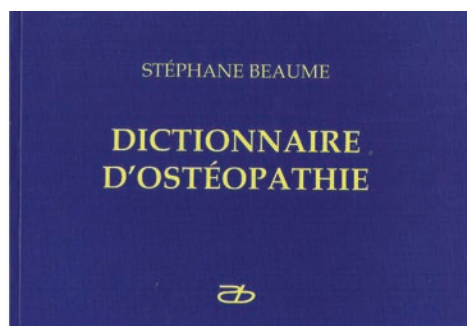


**EN PARTENARIAT AVEC
L'OSTÉOPATHE MAGAZINE**

La sélection de TitaShop

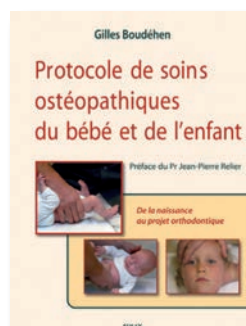
Par Vladimir Sekelj, ostéopathe DO et créateur de TITA diffusion

Retrouvez ces ouvrages sur www.titashop.fr



Dictionnaire d'ostéopathie

Stéphane Beaume
Stéphane Beaume
9782953506006
Octobre 2009
152 pages
30 €



Protocole de soins ostéopathiques du bébé et de l'enfant

Gilles Boudéhen
Éditeur : Sully
9782354321055
Septembre 2013
351 pages
72 €

Présentation

Cet ouvrage original a été édité en 2009. Son auteur l'a rédigé, car il avait rencontré de nombreux problèmes sémantiques au cours de sa formation. Son objectif a donc été d'apporter une définition aux termes les plus employés en ostéopathie. Si ces termes ne sont pas uniquement spécifiques de la pratique ostéopathique, ils sont cependant définis à travers l'optique d'une pratique ostéopathique. Ce dictionnaire reprend également des noms propres et présente ainsi les principaux acteurs de l'ostéopathie. Avec plus de 1 500 entrées et plus de 300 citations des grandes figures de l'ostéopathie (AT Still, Littlejohn, Sutherland, Becker, Korr, Mitchell, etc.), le dictionnaire de l'ostéopathie deviendra un incontournable de votre bibliothèque

Commentaire

Au-delà de sa fonctionnalité linguistique, le dictionnaire de l'ostéopathie reprend des définitions et les inscrit dans leur temps. Certaines d'entre elles portent sur des concepts dépassés, mais ils ont leur place dans cet ouvrage qui ne s'attache pas à faire un tri sélectif. Son objectif est de poser des mots concrets sur certains termes et idées parfois abstraites. Un outil indispensable pour tous les étudiants en ostéopathie, car Stéphane Beaume a tenté d'apporter des notions fonctionnelles dans certaines définitions, que ce soit pour des structures anatomiques ou des processus physiologiques. Par exemple, le terme sacrum est ainsi défini :

Sacrum n.m. anat (lat. sacrum) : os formé de cinq vertèbres soudées, constituant avec les deux os iliaques, le bassin. Il existe plusieurs types de dysfonctions :

- **Bilatérales (antérieur ou postérieur)** : dysfonction sacro-iliaque bilatérale antérieure ou postérieure cinétique avec respect de l'axe transversal du sacrum
- **En torsion** : dysfonction réalisée par un mouvement de rotation autour d'un axe sacré oblique ou diagonal, en relation avec l'axe de la colonne, etc.



Lecteurs > Professionnels, étudiants
Iconographie > Aucune – pas adapté à ce type d'ouvrage
Usage(s) > Apprentissage, consultation aléatoire
Originalité > Un dictionnaire pour la formation et la culture générale ostéopathique

Présentation

L'auteur explique sa vision de l'abord pédiatrique et de la tenségrité appliquée à l'ostéopathie crânienne. Il propose ensuite un protocole de prise en charge de l'enfant. Ce dernier est organisé en un bilan systémique des "pieds à la tête" et est largement illustré en couleur. En fin d'ouvrage, il est proposé un accompagnement ostéopathique du traitement orthodontique.

Commentaire

Gilles Boudéhen est déjà l'auteur d'un ouvrage intitulé *Ostéopathie crânienne structurelle* paru aux éditions Sully dans lequel il met en relation le principe de tenségrité et l'abord ostéopathique de la structure crânienne. Les lecteurs de ce premier opus trouveront ici une suite logique avec une application au nourrisson et à l'enfant. Les autres ne seront pas lésés puisque le principe de tenségrité est largement repris en première partie. L'ouvrage complète le paysage ostéopathique pédiatrique par son abord pratique et clinique fortement revendiqué dès le titre et sa vision non conformiste de l'abord crânien. Il apportera un point de vue très intéressant aux praticiens qui oeuvrent en pédiatrie, mais peut désorienter les étudiants qui reçoivent un enseignement trop différent.



Lecteurs > Professionnels, étudiants
Iconographie > Photos couleur
Usage(s) > Guide pratique en pédiatrie
Originalité > Un des rares livres sur la clinique et pratique pédiatriques en ostéopathie. Un abord personnel.

F formateur

mars

Ostéopathie et pédiatrie

Du 6 au 8 mars

AFCMS

F Philippe Mahé, DO

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 630 €

www.afcms.fr/Initiation au lien mécanique
ostéopathique**Du 7 au 9 mars**

CETOHM

F Eric Prat, DO

Lieu : Lognes (77)

Tarif : 500 €

www.paris-osteopathie.comPalpation objective –
un phénomène subjectif**Du 7 au 9 mars**

FSO

F Tajinder Deoora, DO

Lieu : Fribourg (Suisse)

Tarif : 930 CHF

www.fso-svo.chApproche ostéopathique
de la douleur : sciatiques, etc.**Du 7 au 10 mars**

CFPCO

F P. Moulart & M. Schlachet, DO

Lieu : Paris

Tarif : 1 180 € (pour 2 sessions de 4
jours)www.cfpc.frLiens entre Médecine Traditionnelle
Chinoise et ostéopathie**14 et 15 mars**

FSO

F Suzanne Cornaz, médecin et
praticien MTC

Lieu : Fribourg (Suisse)

Tarif : 930 CHF

www.fso-svo.chApproche ostéopathique
des plagiocéphalies**15 mars**

CFPCO

F N. Handoll & C. Penn, DO

Lieu : Paris

Tarif : 300 €

www.cfpc.frTechnique Dejernette
ou technique sacro occipitale...**15 et 16 mars**

Ostéo-évolution

F Christophe Etienne, DO

Lieu : Aix-en-Provence (13)

Tarif : 370 €

www.osteo-evolution.frManipulations structurales
tissulaires : lombaires, bassin**15 et 16 mars**

Ostéo-évolution

F David Lachaize, DO

Lieu : Aix-en-Provence (13)

Tarif : 370 €

www.osteo-evolution.frOstéopathie dans le champ
crânien - Concept Sutherland**Du 16 au 18 mars**

CFPCO

F N. Handoll & C. Penn, DO

Lieu : Paris

Tarif : 1 500 €

www.cfpc.frManipulations viscérales
vasculo-neurales**Du 19 au 21 mars**

CETOHM

F Alain Croibier, DO

Lieu : Lognes (77)

Tarif : 500 €

www.paris-osteopathie.comTechniques structurales
tissulaires polyarticulaires**20 et 21 mars**

Bretagne ostéopathie

F Jean Bouhana, DO

Lieu : Rennes (35)

Tarif : 1 100 € (3 fois 2 jours)

www.bretagne-osteopathie.com

Pédiatrie et ostéopathie

Du 20 au 23 mars

Cerfostéo

F Christian Defrance, DO

Lieu : Lille (59)

Tarif : 600 €

www.cerfosteo.comApproche ostéopathique
de la douleur : sciatiques, etc.**Du 20 au 23 mars**

CFPCO

F P. Moulart & M. Schlachet, DO

Lieu : Guadeloupe

Tarif : 750 €

www.cfpc.frManipulations
structurelles tissulaires...**21 mars**

Ostéo-évolution

F David Lachaize, DO

Lieu : Paris

Tarif : 190 €

www.osteo-evolution.fr

Approche tissulaire

Du 21 au 23 mars

FCOP

F Alain Andrieux, DO

Lieu : Nanterre (92)

Tarif : 450 €

www.fcop-formation-osteopathe.frLe complexe lombo sacré :
solutions pratiques**21 et 22 mars**

Bretagne ostéopathie

F Jean-François Terramorsi, DO

Lieu : Saint-Maur (94)

Tarif : 380 € (3 fois 2 jours)

www.bretagne-osteopathie.comPré-orthodontie pédiatrique
en ostéopathie**Du 21 au 23 mars**

FSO

F T. Kaluzny, médecin-ostéopathe

Lieu : Fribourg (Suisse)

Tarif : 900 CHF

www.fso-svo.ch

Ostéopathie énergétique

22 et 23 mars

CFPCO

F N. Handoll & C. Penn, DO

Lieu : Paris

Tarif : à partir de 510 €

www.cfpc.frOstéopathie et approche
circulatoire du corps**Du 27 au 29 mars**

CETOHM

F François Allart, DO

Lieu : Lognes (77)

Tarif : 500 €

www.paris-osteopathie.comAccompagnement ostéopathique
de la femme enceinte**Du 27 au 29 mars**

AFCMS

F Claudine Ageron Marque, DO

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 630 €

www.afcms.fr

Plagiocephaly, torticollis
and cranio-facial asymmetries

Du 27 au 30 mars

SICO

■ Sylvie Lessard, DO
Lieu : Hertenstein (Suisse)
Tarif : 890 CHF

www.osteopathy-switzerland.ch

Nutrition pour le praticien :
des certitudes aux interrogations

Du 29 au 30 mars

FSO

■ A. Laurent-Jaccard, médecin
Lieu : Fribourg (Suisse)
Tarif : 600 CHF

www.fso-svo.ch

Décoder le patient pour mieux
soigner...

29 et 30 mars

Ostéo-évolution

■ T. Dubois & P. Hansroul, DO
Lieu : Aix-en-Provence (13)
Tarif : 390 €

www.osteo-evolution.fr

avril

Oxygénation
avec le Bol d'air Jacquier

3 avril

HOLISTE

■ B. Mercier, PhDs Ecologie
et Biochimie de l'oxygénation
Lieu : Toulouse (31)

Tarif : 130 €

www.holiste.com

Ostéopathie pédiatrique pratique
pour les 1^{ers} jours de vie

Du 4 au 6 avril

CFPCO

■ Isabelle Tousch, DO
Lieu : Paris
Tarif : à partir de 515 €

www.cfpc.fr

Approche manipulative osteo-articu-
laire : membre inférieur

Du 9 au 11 avril

LOPG

■ JP Barral, DO
Lieu : Loos (59)
Tarif : 520 €

www.post-graduate.fr

L'infertilité : vide médical.
L'ostéopathie, une solution ?

Du 10 au 12 avril

AFCMS

■ Claudine Ageron Marque, DO
Lieu : Avignon (84)
Tarif : 630 €

www.afcms.fr

Approche des dysfonctions
du coccyx, de la symphyse
et du bassin par voie interne

11 et 12 avril

FSO

■ Stéphane Gauss, DO
Lieu : Fribourg (Suisse)
Tarif : 600 CHF

www.fso-svo.ch

Evaluation des troubles
de la déglutition
et de la posture linguale
en orthodontie

11 et 12 avril

Bretagne ostéopathie

■ Jean-François Chatelais, DO
Lieu : Rennes (35)
Tarif : 280 € (3 sessions de 2 jours)

www.bretagne-osteopathie.com

Ostéopathie et périnatalité – 1

Du 11 au 14 avril

Gynopsy tissulaire

■ Arnaud Laforge, DO
Lieu : Nantes (44)

Tarif : 500 €

www.arnosteo-formation-bebe.fr

Traitement des pathologies
musculo-squelettiques par
l'acupuncture

Du 16 au 20 avril

CFPCO

■ D. Van Laethem, acupuncteur
Lieu : Paris
Tarif : 1 190 €

www.cfpc.fr

Oxygénation avec le Bol d'air
Jacquier

17 avril

HOLISTE

■ B. Mercier, PhDs Ecologie et Bio-
chimie de l'oxygénation
Lieu : Paris

Tarif : 130 €

www.holiste.com

Les techniques facettaires - 1

25 et 26 avril

AFCMS

■ Bernard Minodier, DO
Lieu : Avignon (84)
Tarif : 420 € / session (2 sessions)

www.afcms.fr

Examen clinique en ostéopathie :
la Rhumatologie

25 et 26 avril

SCOM

■ Victor Rodriguez de Castro, mé-
decin et DO
Lieu : Namur (Belgique)

Tarif : 360 €

www.scom.be

mai

Le lien mécanique ostéopathique - 1

Du 1^{er} au 3 mai

FSO

■ D. Moreau, C. Hafen, DO
Lieu : Fribourg (Suisse)
Tarif : 900 CHF

www.fso-svo.ch

Pathologie ORL du nourrisson
et du petit enfant

2 et 3 mai

AFCMS

■ Philippe Mahé, DO
Lieu : Avignon (84)
Tarif : 420 €

www.afcms.fr

Interface de la relation
thérapeutique

Du 8 au 11 mai

FSO

■ Bruno Ducoux, DO
Lieu : Fribourg (Suisse)
Tarif : 960 CHF

www.fso-svo.ch

Manipulations structurelles
tissulaires : lombaires et bassin

10 et 11 mai

Ostéo-évolution

■ David Lachaize, DO
Lieu : Strasbourg (67)
Tarif : 370 €

www.osteo-evolution.fr

Posture, douleurs et approches énergétiques. D'après John Thie, chiropracteur

12 et 13 mai

Bretagne ostéopathie

F B. Naud, étio-pathe et DO

Lieu : Rennes (22)

Tarif : 390 €

www.bretagne-osteopathie.com

Diagnostic et méthodologie en ostéopathie myotensive

Du 14 au 17 mai

ESO

F Lorane M. Dick, DO

Lieu : Champs-sur-Marne (77)

Tarif : 600 €

www.eso-suposteo.fr

Travail structurel crânien : initiation

15 et 16 mai

Bretagne ostéopathie

F Gilles Boudehen, DO

Lieu : Rennes (22)

Tarif : 360 €

www.bretagne-osteopathie.com

Anatomie palpatoire clinique : Cervicales et membre inf.

Du 15 au 17 mai

FSO

F Francis Lafosse, DO

Lieu : Fribourg (Suisse)

Tarif : 900 CHF

www.fso-svo.ch

Le sternum : reflet des tensions myofasciales et viscérales...

Du 15 au 17 mai

AFCMS

F François Allart, DO

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 630 €

www.afcms.fr

Ostéopathie structurelle revisitée

16 et 17 mai

LOPG

F Loïc Leprince, DO

Lieu : Loos (59)

Tarif : 350 €

www.post-graduate.fr

Ostéopathie myofasciale : cas chroniques et améliorations des performances physiques

Du 16 au 18 mai

CFPCO

F Philipp Beach, DO et acupuncteur

Lieu : Paris

Tarif : 515 €

www.cfpcfo.fr

ATM : occlusion et ostéo

Du 16 au 18 mai

CERFOSTEO

F Christian Defrance, DO

Lieu : Lille (59)

Tarif : 300 €

www.cerfosteo.com

Masterclass : traitements au sol, postures archétypales...

19 et 20 mai

CFPCO

F P. Beach, DO et acupuncteur

Lieu : Paris

Tarif : 420 €

www.cfpcfo.fr

Oxygénation avec le Bol d'air Jacquier

22 mai

HOLISTE

F Béatrice Mercier, PhDs Ecologie et Biochimie de l'oxygénation

Lieu : Rennes (35)

Tarif : 130 €

www.holiste.com

Ostéopathie pédiatrique

Du 22 au 24 mai

FSO

F Nicette Sergueef, DO

Lieu : Fribourg (Suisse)

Tarif : 940 CHF

www.fso-svo.ch

Pré-orthodontie pédiatrique en ostéopathie

Du 23 au 25 mai

SCOM

F Thomas Kaluzny, DO

Lieu : Namur (Belgique)

Tarif : 540 €

www.scom.be

Masterclass : techniques & traitements neurodynamiques

27 et 28 mai

CFPCO

F Philipp Beach, DO et acupuncteur

Lieu : Paris

Tarif : 420 €

www.cfpcfo.fr

Initiation au travail structurel crânien

31 mai et 1^{er} juin

Bretagne ostéopathie

Jean Bouhana, DO

Lieu : Paris

Tarif : 640 € (2 fois 2 jours)

www.bretagne-osteopathie.com

L'ostéopathe magazine

saison 4

C'est aujourd'hui un magazine de référence qui regroupe ostéopathes français, belges, suisses, luxembourgeois et canadiens autour d'un même projet : **développer l'ostéopathie.**

Au niveau pratique et scientifique, découvrez nos nouvelles rubriques **fiche clinique & recherche.**

Les rubriques **horizons & info patients** vous apportent l'information nécessaire et les conseils clés pour prendre en charge vos patients en première intention.

Les rubriques **enquête, reportage & actualités de la profession** restent incontournables alors que les **brèves, l'agenda des formations et des événements à ne pas manquer** continueront de vous tenir informés de l'actualité ostéopathique.

Sans oublier les **mots-croisés** spécial ostéo et notre **courrier des lecteurs.**

L'ostéopathe magazine : un outil de **FORMATION CONTINUE** unique pour élargir et améliorer vos compétences.

Nous sommes heureux de pouvoir développer, ensemble, une ostéopathie responsable... c'est à dire informée et fédérée !

vous êtes
organisme de formation,
association,
ostéopathe...

ici

votre
emplacement
publicitaire

LA FASCIAPRAXIE

Une Ostéopathie tissulaire



YVES LAVAL OSTÉOPATHE D.O.
vous propose une formation
post-graduée complète en 4 stages

Renseignements et inscriptions sur
www.fasciapraxis.com



CENTRE DE FORMATION
PROFESSIONNELLE
CONTINUE EN OSTÉOPATHIE

Une offre de formations
post-graduées représentatives
de la tradition et de l'innovation
ostéopathique



- ➔ Gagnez en efficacité thérapeutique
- ➔ Profitez des dernières recherches
- ➔ Bénéficiez de l'expertise de professionnels internationaux

PEDAGOGIE

Effectifs réduits / Tables ostéo réglables /
Supports de cours / Etudes de cas cliniques

Inscription à J-90 = - 15 % sur la plupart des stages

Tel : 01 42 30 75 86 - Mail : contact@cfpco.fr

Site : www.cfpco.fr

La Formation Professionnelle pour les Ostéopathes

Avec l'ESO
+ de 20 ans d'expérience

Valorisez votre compétence

avec l'un de nos Certificats d'Études Spécialisées
ou nos formations courtes

- 6 Certificats d'Études Spécialisées
- 10 Formations Courtes

Inscriptions et renseignements :
Ecole Supérieure d'Ostéopathie
formation.continue@eso-supotheo.fr
+33 (0)1 64 61 69 81 • www.eso-supotheo.fr



réservez
votre emplacement
publicitaire

CerfOsteo

La compétence pour le haut niveau

LA GARANTIE D'ACQUÉRIR PLUS DE COMPÉTENCES

Un enseignement de Maître à Élève sous forme de compagnonnage

- des formations courtes
- sous forme de Masterclass
- avec des effectifs réduits (12 personnes maximum)

OFFRE DE RÉDUCTION
- 20 % pour les diplômés 2012 et 2013

CENTRE D'EXPERTISE DE RECHERCHE
ET DE FORMATION EN OSTÉOPATHIE
28 Avenue du Peuple Belge 59000 LILLE
03 20 15 20 69 / 06 23 52 50 71 – cerfosteo@gmail.com

www.cerfosteo.com

LILLE OSTÉOPATHIE POST-GRADUATE



Organisme agréé de formation continue
pour les ostéopathes.
Formations qualifiantes pour
une ostéopathie référente.

www.post-graduate.fr

Plus de 2 500 professionnels de santé
nous font déjà confiance

Bol d'air Jacquier®



Comprendre la nécessité
d'une meilleure oxygénation cellulaire
Journée de formation scientifique

Evolis®



Découvrir la 1^{ère} méthode
d'étirement progressif et
de musculation en excentrique
Initiation pratique

FORMATIONS 2014 : le programme des séminaires
sur demande ou sur www.holiste.com

Le Port • 71110 ARTAIX • France
Tél. : +33 (0)3 85 25 29 27
Email : contact@holiste.com

Holiste
LABORATOIRE ET DÉVELOPPEMENT



MÉTIER

ENQUÊTE



LA PLAGIOCÉPHALIE MISE À PLAT

1^{RE} PARTIE

COMPRENDRE, DIAGNOSTIQUER ET ÉVALUER

LE DIAGNOSTIC DE LA PLAGIOCÉPHALIE SEMBLE ÉVIDENT. POURTANT, ELLE EST LA CONSÉQUENCE DE LA SUPERPOSITION DE NOMBREUX FACTEURS DE RISQUES ET DE CONDITIONS ASSOCIÉES. SA PRISE EN CHARGE EST DONC COMPLEXE ET IL NE FAUT PAS PASSER À CÔTÉ DES SIGNES CLINIQUES QUI NÉCESSITENT DE RÉFÉRER VOS PATIENTS VERS D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ. VOICI TOUTES LES CLÉS POUR RÉUSSIR VOTRE DIAGNOSTIC ET OPTIMISER VOS TRAITEMENTS.

PAR SYLVIE LESSARD ET NATHALIE THIFFAULT, PHYSIOTHÉRAPEUTES ET OSTÉOPATHES DO, ET REZA REDJEM-CHIBANE.

EN COLLABORATION AVEC NATHALIE TROTTIER PHYSIOTHÉRAPEUTE ET OSTÉOPATHE DO.

PHOTOS © SYLVIE LESSARD

La plagiocéphalie est un motif de consultation incontournable en ostéopathie et la littérature scientifique soutient aujourd'hui l'idée qu'une prise en charge précoce permet de diminuer les risques de développement d'une asymétrie sévère (Vlimmeren et al., 2008¹, Trottier et al., 2012²). Dans cette enquête en deux volets, nous ferons le point sur cette prise en charge. La première partie portera sur le diagnostic de la plagiocéphalie : quels sont les signes d'alerte pour les parents et les facteurs de prédisposition ? Mais également, quels sont les facteurs de récupération ? Nous aborderons les grandes lignes d'un traitement efficace et nous vous présenterons un outil d'évaluation objectif : la plagiocéphalométrie (Vlimmeren et coll., 2006³, Lessard et coll., 2011⁴). La seconde partie de cette enquête présentera les modalités d'une prise en charge interdisciplinaire et détaillera les possibilités thérapeutiques et préventives des plagiocéphalies (avec des conseils de positionnement notamment). Mais pour débiter, faisons le point sur la définition et la description de la plagiocéphalie.

UNE PRÉVALENCE TRÈS VARIABLE

Sous le terme de plagiocéphalie, nous décrivons très souvent la plagiocéphalie non synostosique occipitale. Elle se décrit par une déformation crânienne caractérisée par un aplatissement unilatéral de la région pariéto-occipitale, un déplacement antérieur de l'oreille et une proéminence frontale de ce même côté (Siatkowski et coll., 2005)⁵. L'origine de cette asymétrie provient d'un ou de plusieurs facteurs (voir tableau page 27) qui contribuent à créer, entre autres, un mauvais alignement

de certaines structures de la base et de la voûte crânienne malgré l'absence d'une synostose crânienne ou d'une malformation osseuse initiale.

La prévalence de la plagiocéphalie varie énormément d'une étude à l'autre. Ainsi, une recherche menée en 2012 par Mawji et al.⁶ estime l'incidence des plagiocéphalies à 46 % chez des nourrissons âgés de deux mois. Hutchiso et al. (2004)⁷ estime que cette prévalence évolue de 22,7% vers l'âge de six semaines à 19,7% à quatre mois. La variabilité de ces résultats pourrait être attribuée à la sensibilité des outils de mesure utilisés.

COMMENT RÉALISER UN DÉPISTAGE PRÉCOCE ?

Le dépistage précoce est déterminant dans la prévention et le traitement de la plagiocéphalie. L'observation minutieuse du dessus du crâne du nourrisson reste la meilleure façon de déceler le début d'une plagiocéphalie. Elle sera caractérisée par un crâne qui, observé depuis son vertex (point le plus élevé de la voûte crânienne), aura la forme d'un parallélogramme, c'est-à-dire un aplatissement occipito-pariétal unilatéral (voir photos A,B, et C). Selon la sévérité de l'atteinte, il faudra aller rechercher les asymétries faciales et déviations mandibulaires. Il sera également possible d'observer, du côté du méplat occipital (voir photo O) :

- une oreille antérieure,
- un bombement du frontal,
- l'impression d'une orbite plus grande,
- une proéminence de l'hémivisage.



Observation depuis le vertex du crâne

Photo A : déviation antérieure résiduelle de l'oreille droite qui était associée à un méplat occipital droit (presque complètement résolu sur cette image).

Photos B et C : vue du vertex de trois enfants différents démontrant une plagiocéphalie droite.



Observation des asymétries du visage en lien avec un méplat occipital droit

Photo O : Proéminence de l'hémivisage droit, orbite droite d'apparence plus grande, bombement frontal droit, joue droite proéminente.
À noter : la présence d'un torticolis gauche sévère.

Sylvie Lessard

Sylvie Lessard, diplômée de physiothérapie en 2000, a suivi une formation en ostéopathie au Collège d'Études Ostéopathiques de Montréal. Elle est auteure et co-auteure de publications scientifiques et anime des formations post-graduées sur les asymétries craniofaciales.

Nathalie Thiffault

Diplômée en physiothérapie en 1990, elle devient ostéopathe en 2001. Elle est formatrice pour les cours de plagiocéphalométrie et possède une expérience pédiatrique en milieu hospitalier et privé.

LA PLAGIOCÉPHALIE : UNE INDICATION MÉDICALE ?

Certains signes cliniques doivent alarmer l'ostéopathe. En tant que praticien de première intention, il devra référer son patient au médecin traitant pour de plus amples investigations notamment dans les situations suivantes :

- **Lors de la présence de signes cliniques** qui ne cadrent pas avec la plagiocéphalie non synostosique. En effet, les synostoses crâniennes (fusion plus ou moins complète d'une ou plusieurs sutures crâniennes, bien que relativement rares, sont habituellement accompagnées de signes cliniques particuliers au niveau de la forme de la tête et du visage. Par exemple, un frontal triangulaire (trigonocéphalie) est associé à une synostose de la suture métopique. Un crâne très allongé, mais rétréci en largeur et avec un bombement frontal important (scaphocéphalie) annonce une synostose de la suture sagittale. Le signe d'arlequin caractérise une synostose unilatérale d'une suture coronale.

Dans la plupart des cas, un recours à la chirurgie est nécessaire pour libérer les sutures fusionnées prématurément et ainsi permettre à la croissance cérébrale de s'effectuer librement ;

- **Lorsqu'il n'y a pas d'évolution**, voire une aggravation, des signes cliniques malgré les traitements ostéopathiques ;

- **Lors de la présence de pathologies nécessitant d'autres interventions**. Par exemple : une malformation vertébrale, une instabilité, une subluxation C1-C2, une tumeur du système nerveux, une pathologie oculaire et/ou auditive, etc.

La plagiocéphalie est une prise en charge complexe, car elle est la conséquence de la superposition de nombreux facteurs de risques et de conditions associées (voir tableau 1). Si coucher les enfants sur le dos constitue un des facteurs de prédisposition à la plagiocéphalie, il est important de rappeler que cette consigne contribue à prévenir la mort subite du nourrisson (Captier et al., 2003)⁸. Il faut cependant varier les positions de l'enfant au maximum pendant les périodes d'éveils et augmenter sa tolérance au décubitus ventral lorsqu'il est sous surveillance.

PRISE EN CHARGE OSTÉOPATHIQUE : UNE ÉVALUATION OBJECTIVE INDISPENSABLE

La prise en charge doit débuter par une anamnèse complète, du début de la grossesse à l'accouchement. La revue des systèmes (digestif, respiratoire, ORL, musculo-squelettique, neurologique, etc.) et la tolérance au décubitus ventral en période d'éveil et sous supervision sont indispensables. Elles peuvent en effet mettre en évidence la présence de conditions compatibles avec une plagiocéphalie : un torticolis, des affections médicales d'ordre viscérales ou autre. Cette anamnèse doit être suivie par une évaluation objective. En effet, la sévérité de la plagiocéphalie est souvent cliniquement définie par des termes subjectifs : légère, modérée ou sévère (Hylton-Plank, 2004)⁹. À ce jour, aucune mesure objective standardisée, fiable

et valide ne fait consensus dans la littérature. Pourtant, quelques outils permettent cette évaluation objective en cabinet : la plagiocéphalométrie, l'évaluation de la sévérité de la plagiocéphalie à l'aide du formulaire Cranial Technologie (basé sur des observations des signes cliniques de la plagiocéphalie incluant les asymétries du visage), la prise de photos et la mesure du périmètre crânien.

UNE ÉVALUATION COMPLÈTE DANS TOUTES LES POSITIONS

Au cours de l'évaluation, l'enfant sera observé dans sa globalité et dans toutes les positions : en décubitus ventral, sur le dos, sur le côté (pour rechercher des réactions de redressement latérales), assis et debout (si cela est possible), lors du transport dans les bras des parents et lors de l'alimentation (biberon ou allaitement). La mesure des amplitudes articulaires actives et passives du rachis cervical est également indispensable dès la première visite. L'évaluation globale de l'alignement de la tête et du tronc ainsi que des extrémités apporte beaucoup d'informations sur les zones de restrictions à traiter. En cas de torticolis par exemple, plusieurs compensations telles que l'élévation de l'épaule ou une concavité du cou et du tronc du même côté que le torticolis peuvent être observées.

De plus, une palpation minutieuse des sutures crâniennes permet d'identifier les sutures chevauchées qui devront être libérées. Il faudra aussi noter la grandeur des fontanelles, car elles facilitent le modelage du crâne (Solano, 2002)¹⁰. La fontanelle postérieure se ferme en moyenne entre deux et trois mois après la naissance. La fontanelle antérieure entre 18 et 24 mois¹¹.

La peau doit également être inspectée minutieusement : rougeurs dans le pli du cou du côté de l'inclinaison, présence de nodule, hématome, hémangiome, etc. Les rétractions, tensions et/ou faiblesses musculaires doivent être mentionnées et prises en compte dans le bilan de l'évaluation. Enfin, l'appréciation des réflexes et des acquisitions motrices devra être évaluée selon l'âge chronologique en considérant, s'il y a lieu, l'âge corrigé des enfants prématurés.

UN OUTIL DE MESURE ET D'OBJECTIVATION : LA PLAGIOCÉPHALOMÉTRIE

La plagiocéphalométrie (Vlimmeren et al., 2005)³ est un procédé qui permet de mouler la circonférence de la tête du nourrisson en quelques minutes à l'aide d'une bande thermoplastique (voir photos F et G ci-contre). Elle est reproductible et constitue un excellent support visuel pour objectiver l'évolution des asymétries crâniennes tout en mesurant, entre autres, le pourcentage d'aplatissement de l'occiput dans un plan bidimensionnel. Ainsi, lors de prises de mesures régulières, la plagiocéphalométrie permet aux parents ainsi qu'aux autres intervenants d'observer les changements progressifs de la forme du crâne du nourrisson.



Photo F



Photo G

Mesure par plagiocéphalométrie

FORMULAIRE D'ÉVALUATION SPÉCIAL OSTÉOPATHIE

Un formulaire de rapport d'évolution pour les ostéopathes sera bientôt disponible. Il sera présenté dans *L'ostéopathe magazine* et accessible sur le site ostéopathiesylvielessard.com. Son objectif : uniformiser le vocabulaire et permettre aux ostéopathes de recueillir très rapidement toutes les informations importantes pour les transmettre à une équipe thérapeutique.

Il existe par ailleurs une grille de cotation de la morphologie craniofaciale élaborée par les fabricants d'orthèses et reconnue comme étant fidèle intraévaluateur pour la plagiocéphalie : la Cranial Technologies¹² (voir ci-dessous). Cet outil donne un aperçu des principaux paramètres à considérer sans toutefois être très sensible aux changements évolutifs.

Severity Assessment for PLAGIOCEPHALY

Patient Name _____ Sex M F
 Date _____
 Date of Birth _____

Posterior Flattening				Notes
TOTAL SCORE				

© Cranial Technologies Inc. 2002 Rev 01

© Cranial Technologies

PRISES DE PHOTOGRAPHIES

Les photos témoignent également de l'évolution des signes cliniques de la plagiocéphalie. Ces données pourraient être ajoutées aux dossiers et aux rapports médicaux avec le consentement écrit des parents. Les principales vues à photographier sont : vues du dessus de la tête (aplatissement occipital, bombement frontal et asymétrie des oreilles), de dos (attitude de torticolis), de profil (méplat occipital), du visage (asymétries faciales et déviation mandibulaire) et des plis du cou (pour évaluer la sévérité de l'inclinaison de la tête).

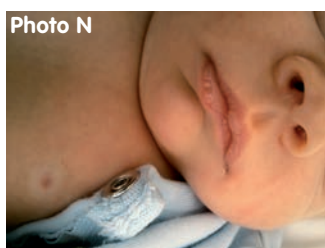


Photo N : Déviation droite de la mandibule

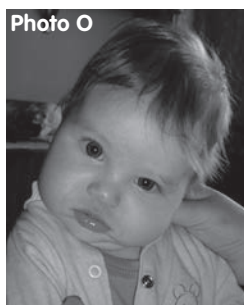


Photo O : Nourrisson âgée de 6 semaines présentant un torticolis gauche sévère avec une pseudo-tumeur, associé à une plagiocéphalie affectant le côté droit (méplat occipital droit, oreille droite antérieure, orbite droite plus grande, proéminence de l'hémivisage droit)

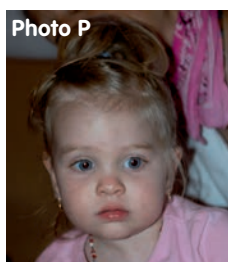


Photo P : Aperçu de l'évolution chez ce même enfant à l'âge de 22 mois et après 7 séances d'ostéopathie.

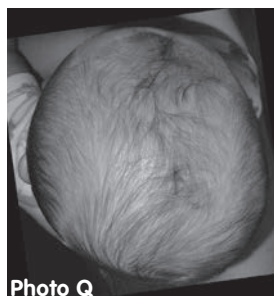
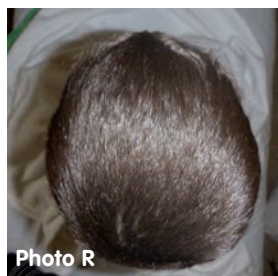


Photo Q : Nourrisson âgé de 5 mois, présentant un méplat occipital gauche sévère (forme en parallélogramme de la tête) et bombement du frontal gauche.



Photos R et S : vue du vertex chez ce même enfant à l'âge de huit ans et moulage par plagiocéphalométrie correspondante. Le gain de symétrie crânienne semble se maintenir dans le temps.



Photo S

L'ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE CRÂNIEN POUR ÉVALUER LA PRÉDISPOSITION

L'évaluation en ostéopathie pédiatrique devrait inclure la mesure du périmètre crânien (PC) à chaque séance. C'est d'ailleurs une recommandation émise par Roselyne Lalauze-Pol lors de ses formations OPP¹³. En effet, pour elle et son équipe, le PC représente, comme en médecine, un outil diagnostique et clinique pertinent. Il définit le volume du crâne et permet d'apprécier les notions de normocéphalie, microcéphalie ou macrocéphalie (2003)¹⁴. Des chartes contenant les courbes de croissance du PC en fonction du sexe, de l'âge, etc. sont disponibles sur le site de l'OMS¹⁵. La plagiocéphalie doit faire l'objet d'une prise en charge partagée et centrée sur le patient. Avec des physiothérapeutes entre autres. En effet, référer nos jeunes patients chez les physiothérapeutes pédiatriques est particulièrement indiqué pour les nourrissons présentant des asymétries de forces musculaires (notamment au niveau cervical), des réactions posturales inadéquates, des retards de développement moteur, des troubles de planification motrice. Pour favoriser une récupération optimale, certains enfants ont besoin d'être guidés et stimulés par un physiothérapeute pédiatrique afin d'explorer et de développer tout leur potentiel de mouvements symétriques. L'ostéopathe travaillera alors en parallèle pour libérer l'ensemble du corps des restrictions et des tensions afin que la fonction puisse s'exprimer pleinement.

L'INTERVENTION PRÉCOCE : UN CONSENSUS SCIENTIFIQUE

Avant, pendant et/ou après la naissance, le nourrisson est soumis à des forces de traction et de compression. Ces forces susceptibles de déformer le crâne peuvent être transmises dans la globalité du corps du nourrisson. Elles sont alors à l'origine de la plagiocéphalie, du torticolis, des compensations posturales et des altérations de fonctions des différents systèmes de l'organisme.

Un des rares consensus de la littérature scientifique est de reconnaître les bienfaits d'une intervention précoce et systématique ainsi que l'efficacité des conseils préventifs du positionnement adaptés à la condition unique de chaque enfant (Shweikeh et al., 2013)¹⁶.

L'ostéopathie, par son approche étiologique, recherche les causes à l'origine des dysfonctions. De plus, ses traitements permettent un meilleur alignement des structures crâniennes et relancent les différents systèmes de l'organisme pour ainsi favoriser le mieux-être global de l'enfant. À suivre !



Qu'est-ce qu'un torticollis ?

Le torticollis est le résultat d'une atteinte unilatérale (raccourcissement et contracture) du SCOM (Sterno-cléïdo-occipito-mastoïdien). Il se caractérise classiquement par une attitude posturale asymétrique : flexion latérale de la tête du côté du muscle atteint et rotation du côté opposé (voir photo ci-dessus). Dans la littérature scientifique, le torticollis est nommé en fonction du côté de l'inclinaison de la tête. Selon une étude prospective de Stellwagen (2008)¹, un nouveau-né sur six présenterait un torticollis.

Il est possible de déceler une pseudotumeur située principalement dans le tiers inférieur de la portion sternale dans une proportion de 28,2 % selon Cheng et coll. (2000)² et à 47,2 % selon Wei et al., (2001)³. Les causes du torticollis musculaire les plus souvent évoquées sont :

- un manque d'espace intra-utérin dans les dernières semaines de gestation,
- un traumatisme durant l'accouchement suite à l'utilisation de ventouses ou forceps. (Herman, 2006)⁴.

Cependant, il existe des torticollis dont l'origine n'est pas musculaire. Les causes ont une origine neurologique ou liée à des malformations osseuses et d'autres affections médicales (problèmes oculaires, auditifs, alimentaires, etc.). La prévalence de ces torticollis non musculaires est de l'ordre de 18 % (Berlin, 2001)⁵.

Un dépistage précoce joue un rôle déterminant dans l'évolution et la récupération du torticollis. Cliniquement, on estime que le torticollis coexiste très étroitement avec la plagiocéphalie. Dans certains cas, lorsque les interventions ne permettent pas de traiter le torticollis, d'autres alternatives s'imposent : botox, le collier TOT, voire, la chirurgie.

ORIGINE	FACTEURS DE RISQUES
GROSSESSE	Oligoamnios (diminution du liquide amniotique) Disproportion fœto-maternelle. Contraintes intra-utérine, malpositions fœtales (Carreiro, 2006) ¹ , grossesse multiple. Engagement du bébé prématurément (Kennedy et coll., 2005) ¹⁵ . Alitement;
ACCOUCHEMENT	Traumatismes de naissance : forceps, ventouse (Sergueef et al., 2006) ³ . Accouchements non conventionnels et types de présentation (Carreiro, 2006) ¹ . Durée de la phase de travail active et de la poussée (Peitsch et coll., 2002) ⁴ . Prématurité. Primiparité (1 ^{er} enfant) (Peitsch et al., 2002) ⁴ .
MUSCULO-SQUELETTIQUE	Torticollis. Malformation congénitale (hémi ou fusion vertébrale)(Kennedy et coll., 2005) ² . Fracture de clavicule. Dysplasie de la hanche. Pied bot. Restriction mobilité cervico-dorsales ou subluxation C1-C2 (Slates et coll., 1993) ⁵ .
NEUROLOGIQUE	Tonus altéré (hypo ou hyper). Lésion plexus brachial (Kennedy et coll., 2005) ² . Paralysie cérébrale. Croissance anormale du périmètre crânien.
POSITIONNEMENT	Position de sommeil : dodo sur le dos Temps additionnel passé dans siège d'auto, balançoire, siège vibrant, etc. Préférences de positionnement. Temps passé en décubitus ventral en période d'éveil. Sucer le pouce ipsilatéral au méplat occipital.
ENVIRONNEMENTAL	Provenance des sources de stimulations. Habitudes et dominance des parents (droitier ou gaucher).
TROUBLE AUDITIF / VISUEL	Perte d'audition, ptose paupière.
AUTRES	Syndrome Sandifers, abcès rétropharyngien.

Facteurs de risques des plagiocéphalies selon leur origine

1. Carreiro. J. E., Une approche de l'enfant en médecine ostéopathe (2006). Éditions Sully
2. Kennedy, E., Macri, E. Cours Torticollis/plagiocéphalie : intervention en physiothérapie. Cours de l'ordre des physiothérapeutes du Québec, Montréal, 4-5 février 2005.
3. Sergueef, N., Nelson, K.E. et Glonek, T. (2006). "Palpatory diagnosis of plagiocéphalie", dans Department of Osteopathic Manipulative Medicine, Midwestern University. Vol. 12, p. 101-110.
4. Peitsch, W.K., Keefer, C.H., Labrie, R.A. et Mulliken, J.B. (2002). "Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns", dans Pediatrics. Vol. 110, no 6, December, p.72.
5. Slate, R.K., Posnick, J.C., Armstrong, D.C. et al., (1993). "Cervical spine subluxation associated with congénital muscular torticollis and craniofacial asymmetry", dans Plastic Reconstruction Surgery. Vol. 91, no 7, June, p. 1187-1197

Références :

1. Stellwagen L, Hubbard E, Chambers C, Jones KL. Torticollis, facial asymmetry and plagiocephaly in normal newborns. Arch Dis Child. 2008;93(10):827-831.
2. Cheng JCY, Tang SP, Chen TMK, et al. The clinical presentation and outcome of treatment of congenital muscular torticollis in infants. A study of 1,086 cases. J Pediatr Surg 2000;35: 1091-1096.
3. Wei JL, Schwartz KM, Weaver AL, et al. Pseudotumor of infancy and congenital muscular torticollis: 170 cases. Laryngoscope 2001;111:688-695.
4. Herman MJ, Hoehn KS Torticollis in infants and children : common and unusual causes., Instr Course Lect. 2006;55:647-53.
5. Berlin H. The differential diagnosis and management of torticollis in children. Phys Med Rehabil Clin N Am 2000;14:197-206.

Diagnostic différentiel 4 points essentiels à vérifier : ne passez pas à côté !

Devant une déformation de la boîte crânienne le praticien devra toujours rester vigilant, chercher des anomalies du visage et des membres et faire un examen neurologique complet.

Par Elise Bouyssou, ostéopathe DO

1- Le périmètre crânien

Le périmètre céphalique reflète la croissance cérébrale. Il est reporté sur une courbe de croissance qui fait office de référence dans le carnet de santé. Des variations de plus de deux déviations en dessous de la courbe standard peuvent indiquer une microcéphalie. Au-dessus, il pourra s'agir d'une macrocéphalie. Une discordance significative entre le périmètre crânien et la taille augmente la probabilité d'une pathologie. Un déficit de la croissance du périmètre crânien oriente vers des lésions hypoxiques-ischémiques (atrophie cérébrale).

2 - La fontanelle antérieure

Les os plats de la voûte crânienne augmentent leurs surfaces de manière excentrique à partir de leurs zones d'ossification centrale. Les sutures entre chacun de ces os doivent rester bord à bord. Toutefois une croissance cérébrale insuffisante peut entraîner un chevauchement des sutures crâniennes et une fermeture précoce des fontanelles.

La fermeture de la fontanelle antérieure avant six mois doit être considérée comme un signe pathologique.

3 - Les sutures crâniennes

Le praticien doit veiller à palper toutes les sutures (temporo-pariétale, métopique, coronale, sagittale, occipitale). Sauf cas de dénutrition sévère ou de déshydratation, un bourrelet au niveau des sutures peut indiquer une atteinte neurologique. Cependant, la palpation d'un bourrelet de suture, malgré une croissance normale du périmètre crânien, peut être due à une pathologie cérébrale mineure. À l'inverse une trop grande distension des sutures peut caractériser une hydrocéphalie.



© Fotolia

4 - Craniosynostose

Il s'agit de la fusion prématurée d'une ou plusieurs sutures crâniennes provoquant une forme anormale de la boîte crânienne. L'incidence est de 1 cas pour 2 500 naissances vivantes.

La plus part sont diagnostiqués en période post natale :

- soit la déformation est présente dès la naissance
- soit elle apparaît plus tardivement au cours de la première année de vie.

Dans le cas des déformations présentes dès la naissance, elles ont parfois été décelées au cours de la grossesse durant une échographie

La déformation est donc très souvent présente dès la naissance mais une apparition tardive au cours de la première année de vie est parfois possible. Le praticien doit être très vigilant car il est préférable de poser le diagnostic rapidement. La radiographie permet la mise en évidence de la craniosynostose. Une prise en charge chirurgicale est alors possible et nécessite des interventions séquentielles. La craniosynostose unilatérale de la suture coronale est la forme la plus fréquente. Celle de la lambdoïde est la plus rare. Par ailleurs, une brachycéphalie peut être due à une craniosynostose bilatérale des coronales. Il est donc important de rester vigilant lors du diagnostic du crâne du nouveau-né.

Références

Julie Gosselin et Claudine Amiel-Tison (2007), *Evaluation neurologique de la naissance à 6ans, 2nd édition, Masson*

Pogliani L, Mameli C, Fabiano V et al., *Positional plagiocéphaly : what the pediatrician needs to know, A review child's nerv syst 2011*

Le médecin du Québec, volume 46, numéro 12, décembre 2011

J.Eric Pina-Ganza, *Fernicheli's clinical pediatric neurology : a signs and symptoms approach, 7e édition 2013*

Une enquête à suivre dans le prochain numéro

Les outils de mesures actuellement disponibles ne permettent pas d'objectiver toutes les variables présentes lors d'un traitement ostéopathique. La place de l'ostéopathie à titre de médecine intégrative dans une prise en charge partagée pourrait être l'objet de projets de recherches ultérieurs et d'une revue de littérature scientifique plus exhaustive afin d'appuyer objectivement les résultats cliniques observés. L'intervention ostéopathique va peut-être au-delà de ce qu'il est actuellement possible de mesurer ...

Dans le prochain numéro, nous vous présenterons toutes les possibilités de prise en charge de l'ostéopathie à travers les témoignages d'ostéopathes et de professionnels de l'enfance. Mais également tous les acteurs impliqués dans la prise en charge de la plagiocéphalie depuis les fabricants d'orthèses jusqu'aux associations de sensibilisation aux risques de la plagiocéphalie. À ne manquer sous aucun prétexte !

« Les tensions musculo-osseuses que supporte le nouveau-né pendant la naissance peuvent lui causer des problèmes sa vie entière. Reconnaître et traiter ces dysfonctions au moment de la période qui suit immédiatement la parturition est une des phases les plus importantes de la médecine préventive. » Viola Frymann

L'essentiel à retenir

1. Le dépistage précoce est déterminant dans la prévention et le traitement de la plagiocéphalie.
2. L'observation minutieuse du dessus du crâne du nourrisson reste la meilleure façon de déceler le début d'une plagiocéphalie.
3. Certains signes cliniques nécessitent une prise en charge médicale.
4. La plagiocéphalie est une prise en charge complexe, conséquence de la superposition de nombreux facteurs de risques et de conditions associées
5. La prise en charge doit débuter par une anamnèse complète de la mère, du début de la grossesse à l'accouchement.
6. Cette anamnèse doit être suivie par une évaluation objective. Au cours de l'évaluation, l'enfant sera observé dans sa globalité et dans toutes les positions.
7. Délivrer des conseils de positionnement adaptés à la condition unique de chaque enfant devrait faire absolument partie de chaque intervention ostéopathique.
8. Les mesures objectives, dont la plagiocéphalométrie, inscrites au dossier permettent une communication efficace avec le monde médical.
9. La mesure du périmètre crânien à chaque séance représente un outil diagnostic et clinique pertinent pour apprécier les notions de normocéphalie, microcéphalie ou macrocéphalie.
10. La connaissance de facteurs de récupération permet d'évaluer un plan de traitement visant à optimiser les résultats tout en minimisant les interventions.

Bibliographie

1. Van Vlimmeren LA, Van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Helders PJ, Engelbert RH. Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008 Aug;162(8):712-8.
2. Trottier N. The effectiveness of osteopathic manual treatment in the conservative management of infants with deformational plagiocephaly and congenital muscular torticollis [M.Sc. M3 - MR88230]: University of Calgary (Canada); 2012.
3. Van Vlimmeren LA, Takken T, van Adrichem LN, van der Graaf Y, Helders PJ, Engelbert RH. Plagiocephalometry: a non-invasive method to quantify asymmetry of the skull; a reliability study. *Eur J Pediatr.* 2006 Mar;165(3):149-57.
4. Lessard S, et al., Exploring the impact of osteopathic treatment on cranial asymmetries associated with nonsynostotic plagiocephaly in infants, *Complementary Therapies in Clinical Practice* (2011), doi:10.1016/j.ctcp.2011.02.001
5. Siatkowski, R.M., Fortney, A.C., Sayeda, A.A., Cannon, S.L., Panchal, J. Francel, P., Feuer, W et Ahmad, W. (2005). "Visual Field Defects in Deformational Posterior Plagiocephaly", dans *Journal of AAPOS*. Vol. 9, no 3, June, p. 274-278.
6. Mawji Aliyah, Ardene Robinson Vollman, Jennifer Hatfield, Deborah A. McNeil and Réginal Sauvé, The incidence of positional plagiocephaly a cohort study, *Pediatrics* 2013;132;298; DOI: 10.1542/peds.2012-3438 originally published online July 8, 2013
7. Hutchison, B. L., Hutchison, L. A., Thompson, J. M., et Mitchell, E. A. (2004). Plagiocephaly and brachycephaly in the first two years of life: A prospective cohort study. *Pediatrics*, 114(4), 970-980. doi: 10.1542/peds.2003-0668-F.
8. Captier, G., Leboucq, N., Bigorre, M., Canovas, F.B., Bonnafe, A. et Montoya, P. (2003) "Plagiocephaly: morphometry of skull base asymmetry", dans *Surg Radiol Anat*. N° 25, p. 226-233.
9. Hylton-Plank, L. (2004). "The Presentation of Deformational Plagiocephaly", dans *Journal of Prosthetics and Orthotics*. Vol. 16, n° 4S, p. 28-30.
10. Solano, R. (2002), *Ostéopathie pour les bébés pourquoi, quand, comment ?* Belgique, Éditions Marabout.
11. <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/fontanelle>
12. Formulaire d'évaluation de la sévérité cranial technologies : http://www.cranialtech.com/images/stories/Files/severity_assessment_plagio.pdf
13. OPP formation : Ostéopathie, Périnatale et Pédiatrique
14. Lalauze-Pol, R. (2003). *Le crâne du nouveau-né*. (Tome 1 et 2). Sauramps médical.
15. http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_filles_z_0_2.pdf, http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_garcs_z_0_2.pdf.
16. Shweikeh F, B.S.,1 Miriam Nuño, Ph.D.,1 Moise Danielpour, M.D.,1 Mark D. Krieger, M.D.,2 and Doniel Drazin, M.D.1 Positional plagiocephaly: an analysis of the literature on the effectiveness of current guidelines *Neurosurg Focus* 35 (4):E1, 2013

Prévenir la plagiocéphalie ou « tête plate » : les conseils aux parents

Par Sylvie Lessard

De plus en plus de preuves démontrent que l'intervention précoce, l'implication des parents dans la pratique du repositionnement de l'enfant et l'exécution des exercices prescrits par les physiothérapeutes augmentent les chances de remodelage du crâne des enfants entre la naissance et l'âge de six mois (Trottier et al., 2012¹; Vlimmeren et al., 2006²; Cavalier et al., 2011³). Voici une synthèse des conseils de positionnement qui pourraient être systématiquement enseignés à tous les parents, mais adaptés à la condition unique de chaque enfant.

CONSEILS ADAPTÉS POUR :

.....

PAR :

DATE :

- 1) **ÉVALUATION DE L'ASYMÉTRIE** : observez la tête de votre enfant à partir du dessus. C'est le point de vue le plus efficace pour déceler une asymétrie. Au besoin, consultez dès que possible, car les chances de correction diminuent avec l'âge.
- 2) **PENDANT LES DODOS SUR LE DOS** : en cas d'asymétrie, positionnez la tête sur la région la plus arrondie.
- 3) **LORSQU'IL NE DORT PAS** :
 - a. **L'installer à plat ventre** : éveillé et sous supervision, au minimum 20 fois par jour, pour une durée allant de quelques secondes à quelques minutes selon sa tolérance. Alternez les variantes (avec un coussin d'allaitement, un rouleau de serviette sous le thorax, etc.) et inclure cette habitude à la routine des changements de couches.
 - b. **Inclinez son corps** : à 45° du côté la région arrondie de son crâne (en utilisant une cale ou autre) afin d'éviter que la région aplatie de la tête se retrouve en appui (dans vos bras, sur le dos, etc.) le plus souvent possible, en période d'éveil.
- 4) **PENDANT QU'IL BOIT** : placez toujours une surface moelleuse entre la tête du nourrisson et votre bras. Pour l'usage du biberon, pensez à alterner les positions.
- 5) **PENDANT QUE VOUS LE PORTEZ DANS VOS BRAS** : variez les positions de votre enfant (dos contre soi, sac ventral, incliné sur le côté, etc.) et favorisez les positions qui vont à l'opposé de ses préférences.
- 6) **LORSQU'IL EST ASSIS** : limitez l'usage du siège auto pour la voiture seulement. Alignez tête-tronc-bassin en stabilisant l'enfant avec des rouleaux de serviettes de chaque côté sans interférer avec les attaches du siège.
- 7) **LORS DU CHANGEMENT DE COUCHES** : stimulez votre enfant pour l'encourager à augmenter la rotation de son cou du côté où le mouvement est le plus limité. Environ 3 fois 10 secondes à chaque changement de couche (Persing et al., 2003)⁵. Il est anormal d'observer une restriction de mobilité ou un inconfort lorsqu'il bouge son cou.
- 8) **PENDANT LES PÉRIODES DE STIMULATION** : stimuler l'utilisation de ses bras et de ses jambes de façon symétrique. S'il préfère tourner sa tête d'un côté, il verra davantage cet hémicorps et utilisera possiblement davantage la main du côté de la rotation préférentielle du cou. Lors du jeu : variez les positions (à plat ventre, assis dans le coin du parc dans un coussin d'allaitement, couché sur le côté) pour diminuer le temps passé sur le dos lorsqu'il est éveillé et sous supervision.
- 9) **LORSQU'IL EST DEBOUT** : de manière générale, évitez les accessoires (Jolly jumper, soucoupe d'éveil) qui permettent à votre enfant de se tenir debout avant qu'il ne puisse le faire de lui-même.

Références :

1. Trottier N. *The effectiveness of osteopathic manual treatment in the conservative management of infants with deformational plagiocephaly and congenital muscular torticollis* [M.Sc. M3 - MR88230]. University of Calgary (Canada); 2012.
2. van Vlimmeren LA, Takken T, van Adrichem LN, van der Graaf Y, Helders PJ, Engelbert RH. *Plagiocephalometry: a non-invasive method to quantify asymmetry of the skull; a reliability study*. Eur J Pediatr. 2006 Mar;165(3):149-57.
3. Cavalier A, Picot MC, Artiaga C, Mazurier E, Amilbau MO, Froye E, et al. *Prevention of deformational plagiocephaly in neonates*. Early Hum Dev. 2011 Jun 9.
4. Cours : *Introduction plagiocéphalie, torticolis et développement moteur*, Collège d'études Ostéopathiques de Montréal; www.osteopathieformationcontinue.com
5. Persing J, James H, Swanson J, Kattwinkel J. *Prevention and management of positional skull deformities in infants*. American Academy of Pediatrics Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Plastic Surgery and Section on Neurological Surgery. Pediatrics. 2003 Jul;112(1 Pt 1):199-202.

MOTS CACHÉS

Les mots de l'ostéo

p	e	c	u	r	v	i	m	e	t	r	e	r	p	e
o	v	i	a	v	s	c	m	e	b	a	s	t	e	r
s	r	e	l	w	r	i	s	o	u	l	u	a	l	t
i	z	u	r	a	o	e	l	j	c	n	t	s	l	e
t	r	z	n	t	h	l	r	o	f	s	u	y	e	m
i	l	e	v	t	e	p	l	p	c	m	r	m	n	i
o	r	n	r	v	s	x	e	n	q	i	e	e	a	r
n	s	o	o	q	h	r	a	c	s	o	t	t	t	e
n	m	a	s	s	a	g	e	w	o	a	u	r	n	p
e	p	r	e	d	i	s	p	o	s	i	t	i	o	n
m	d	i	a	g	n	o	s	t	i	c	g	e	f	t
e	s	o	t	s	o	n	y	s	o	i	n	a	r	c
n	r	u	e	t	n	a	s	e	p	m	i	o	l	b
t	e	n	i	b	u	r	i	l	i	b	n	d	i	p
v	i	e	s	o	t	s	o	n	y	s	k	n	h	a

Une rubrique qui se joue des mots et qui vous proposera régulièrement de tester vos connaissances. Des jeux réalisés spécialement et soigneusement pour les ostéos. Alors, tous à vos stylos et venez croisez les mots avec nous !

20 mots présents dans les pages de ce numéro de *L'ostéopathe magazine* se sont cachés dans cette grille. À vous de les retrouver !

Retrouvez la solution de ces mots cachés dans le prochain numéro.

Réponse au Qui suis-je du numéro précédent
La glande thyroïde

solution des mots croisés du numéro 19

s	e	w	c	i	a	d	r	e	n	a	l	i	n	e
u	u	e	m	s	i	l	a	t	i	v	e	i	e	p
b	q	s	t	r	e	s	s	i	d	u	n	d	t	a
s	i	s	o	m	m	e	i	l	q	o	e	n	i	c
t	t	n	o	s	i	a	n	i	l	c	n	i	m	i
i	a	d	c	j	e	l	n	b	l	k	q	c	r	d
t	m	o	f	o	c	a	l	i	s	a	t	i	o	n
u	e	g	v	a	c	e	n	s	l	r	x	f	f	a
t	n	m	w	e	t	a	r	s	g	m	l	e	n	h
i	i	e	m	t	i	p	g	e	u	q	i	l	o	c
o	c	o	e	s	b	g	o	c	t	w	a	i	c	e
n	i	y	o	h	e	l	i	c	o	ï	d	a	l	m
b	r	n	x	n	o	i	t	a	g	o	r	e	d	r
f	h	v	b	a	l	u	x	a	t	i	o	n	q	o
e	l	g	n	a	e	r	e	i	r	r	a	b	j	n

- vitalisme
- dogme
- fryette
- HVBA
- hélicoïdal
- angle
- axe
- déclinaison
- inclinaison
- cinématique
- biomécanique
- focalisation
- luxation
- barrière
- accessibilité
- norme
- handicapé
- dérogation
- conformité
- substitution
- stress
- sommeil
- adrénaline
- colique
- RGO



À travers sa revue de presse, Marjolaine Dey réalise une veille scientifique sur une dizaine de revues médicales et ostéopathiques. Elle sélectionne ainsi pour *L'ostéopathe magazine* des articles novateurs et apporte son regard critique sur ces recherches. Retrouvez Marjolaine Dey sur son blog : marjolainedey.com

RECHERCHE, OSTÉOPATHIE & PÉDIATRIE

L'année 2013 a été prolifique en études autour de la périnatalité et de la pédiatrie. Voici une sélection de quelques études récentes, analysées et commentées.

Par Marjolaine Dey, ostéopathe DO

DÉFORMATIONS DU CRÂNE DU NOURRISSON : LE DISCOURS DE LA MÉTHODE

Cette étude clinique publiée en juin 2013 s'intéresse à la déformation crânienne du nourrisson. Son objectif : étudier l'efficacité d'une méthode d'étirements réalisée par les parents et l'utilisation quotidienne d'un oreiller spécifique de puériculture. Les auteurs proposent une étude avec une méthodologie rigoureuse, car ils citent dans leur introduction plusieurs autres articles publiés prouvant l'efficacité de ces deux méthodes, mais avec un niveau de preuve très bas.

Afin de prouver qu'une méthode fonctionne, les chercheurs doivent mettre en place des protocoles expérimentaux stricts, reproductibles et respectant une méthodologie spécifique, afin de publier dans de grandes revues scientifiques. Lorsque plusieurs articles de bonne qualité ont été publiés, il est possible de tirer des conclusions en synthétisant les résultats des différents auteurs. Cet effort méthodologique est donc nécessaire pour alimenter les revues de littératures qui servent à prouver l'efficacité d'une méthode.

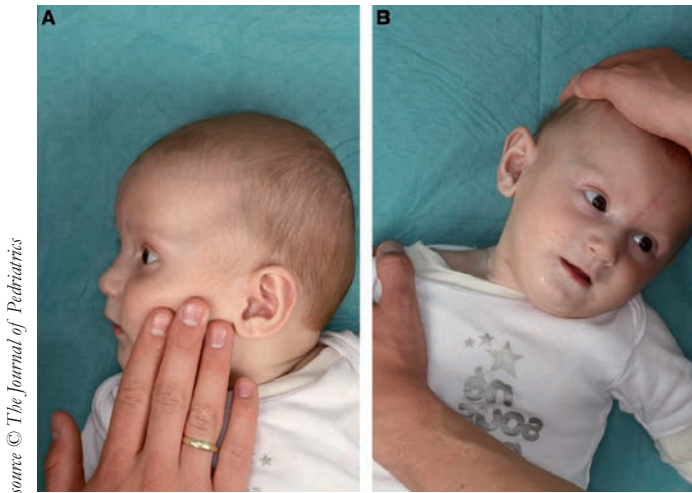
Les auteurs ont mis en place une étude randomisée prospective et validée par un comité éthique. Le comité éthique permet de valider que le protocole respecte les principes d'éthique et de déontologie. Aucun article clinique n'est aujourd'hui publié si son protocole n'a pas été validé en amont. Les critères de jugement utilisés étaient objectifs et réalisés par un clinicien non impliqué dans l'étude et qui ne savait pas dans quel groupe les bébés seraient randomisés. Le crâne a été mesuré dans tous les sens : longueur, largeur et diagonales transcrâniennes et selon un protocole international publié.

En tout, cinquante bébés ont été recrutés âgés de 5 mois ou moins et présentant une déformation du crâne, mais sans craniosténose définitive. 25 bébés ont été randomisés dans le groupe test de l'oreiller. Les parents ont reçu une brève formation sur l'utilisation de l'oreiller, qui devait être utilisé exclusivement sur la période d'étude de 6 mois.



source © The Journal of Pediatrics

Les 25 autres bébés ont été affectés au groupe d'étirements : des physiothérapeutes ont enseigné aux parents comment étirer les cervicales en flexion latérale et rotation, de chaque côté, au moins 5 fois par jour. Les parents devaient également positionner leur bébé sur le ventre lors des périodes d'éveil.



source © The Journal of Pediatrics

Au total, les données de 42 bébés qui ont suivi les différentes étapes de l'étude ont pu être analysées. Les résultats des deux groupes étaient significatifs. Les étirements et l'oreiller semblaient donc efficaces dans la prise en charge de déformation crânienne, chez des nourrissons de moins de 5 mois. Les auteurs concluent également que l'utilisation de l'oreiller semblerait plus facile à mettre en place que les étirements réalisés par les parents.

Wilbrand JF, Seidl M, Wilbrand M, Streckbein P, Böttger S, Pons-Kuehnemann J, Hahn A, Howaldt HP. A prospective randomized trial on preventative methods for positional head deformity: physiotherapy versus a positioning pillow. The Journal of Pediatrics 2013;162(26):1217-1221

UNE PREUVE MESURÉE

Cet article cite une étude pilote prospective ostéopathique réalisée en 2011 au Canada. Elle porte sur 12 nourrissons de moins de 6,5 mois, suivis pendant 8 semaines et ayant bénéficié de 4 séances de traitement. Les critères de jugements sont anthropométriques, plagiocéphalométriques et qualitatifs. Les auteurs confirment l'hypothèse que la prise en charge ostéopathique serait bénéfique dans la prise en charge du nourrisson de moins de 6,5 mois ayant une asymétrie positionnelle du crâne. Cette étude motiverait d'autres études à plus grande échelle, avec plusieurs groupes afin d'obtenir des preuves de meilleure qualité. Des conclusions qui remettent en question le texte de loi limitant les ostéopathes de France à prendre en charge un nourrisson de moins de 6 mois, étant donné qu'une prise en charge précoce serait la clé de la réussite.

Lessard S, et al., Exploring the impact of osteopathic treatment on cranial asymmetries associated with nonsynostotic plagiocephaly in infants, Complementary Therapies in Clinical Practice (2011), doi:10.1016/j.ctcp.2011.02.001

REVUE DE LITTÉRATURE : PLUTÔT POUR, MAIS SANS POUVOIR CONCLURE...

Deux revues de littérature ont été publiées sur la thérapie manuelle chez les enfants. La première, celle de Pepino VC et al., conclut que la thérapie manuelle (dont l'ostéopathie) est efficace dans la prise en charge des maladies respiratoires de l'enfant. La seconde, celle de Posadzki P et al., que les niveaux de preuve ne sont pas suffisants pour conclure. Pourquoi ces différences ? D'abord dans l'analyse de la méthodologie (voir tableau ci-dessous)

La profession des auteurs	Thérapeutes Manuels	Médecins
Le type de maladie	Maladies respiratoires : enfance et adolescence	Toutes les maladies, de la naissance à la majorité
Le nombre d'articles	8 articles (6 pour ; 2 contre)	15 articles (8 pour ; 7 contre)
Exigence méthodologique dans la sélection des articles	Faible à modérée	Faible
Exigence méthodologique dans l'analyse des articles	Faible	Faible
Exigence méthodologique dans la conclusion	Modérée	Forte

Si les articles publiés montrent dans leur majorité que l'ostéopathie semble avoir un effet positif, avec peu d'effets indésirables, leur qualité méthodologique ne permettrait pas de conclure. En effet, les articles en ostéopathie souffrent tous du même problème : pas assez de budgets. Lorsqu'un ostéopathe découvre une petite étude avec des conclusions cliniques optimistes, mais des calculs statistiques non significatifs, il reste optimiste. Un scientifique regardera la même étude et conclura qu'il ne peut pas conclure. L'objectivité est importante, autant de la part des ostéopathes qui ont tendance à sauter sur des conclusions un peu hâtives que de la part des détracteurs de l'ostéopathie qui préfèrent conclure à partir d'une étude à faible niveau de preuve que l'ostéopathie n'est pas efficace.

L'étude de Posadzki et al. est ainsi utilisée par certains détracteurs de l'ostéopathie afin de décrédibiliser l'approche ostéopathique chez les enfants, notamment dans la dernière émission « Allo Docteur » sur France 5. L'objectivité encore et toujours reste le meilleur argument des ostéopathes.

Pepino VC, Ribeiro JD, de Oliveira Ribeiro MAG, de Noronha M, Mez-zacappa MA, Santo Schivinski CI. Manual therapy for childhood respiratory disease : a systematic review. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics 2013;36(1):57-65

Posadzki P, Lee MS, Ernst E. Osteopathic Manipulative treatment for pediatric conditions: a systematic review. Pediatrics 2013 Jul; 132(1):140-52

QUE DISENT LES SPÉCIALISTES ?

Une revue de la littérature publiée en 2013 a étudié la prise en charge non chirurgicale de la plagiocéphalie postérieure positionnelle en comparant l'appareillage orthétique (casque) avec un programme de repositionnement. Elle porte sur 11 articles et 6 revues de la littérature et a été publiée dans une revue à haut niveau de preuve. Plusieurs types d'orthèses crâniennes semblaient aboutir à des corrections plus importantes et plus rapides que les protocoles de repositionnements. L'auteur précise que les études ont été réalisées sur de petits groupes d'enfants, avec des critères d'évaluation différents qui ne permettent pas de comparer les études entre elles. Les groupes sont rarement randomisés et ce sont souvent les parents qui choisissent les modalités de traitement. Il est en effet difficile d'imposer aux parents des choix de prise en charge de leur enfant. Les parents et les médecins sachant dans quel groupe est chaque enfant et s'il porte un casque ou non, le double aveugle et le placebo sont impossibles. De plus, l'auteur souligne que certaines études sont sponsorisées par des appareilleurs orthopédiques qui ont tout intérêt à prouver que leurs méthodes fonctionnent. Enfin, l'évolution naturelle de la plagiocéphalie postérieure positionnelle n'est pas connue et semble différer grandement selon les cas. Il est ainsi difficile de comparer l'efficacité de chaque méthode.

Une clarification des méthodes d'évaluation et des indications de traitement ainsi que des évaluations des risques et du maintien de l'efficacité à plus long terme seront nécessaires. Cela est rassurant de voir que les ostéopathes ne sont pas les seuls à rencontrer des difficultés méthodologiques de taille : la qualité n'est pas toujours au rendez-vous, malgré le « haut niveau de preuve » demandé par les revues scientifiques. Nous, ostéopathes, ne pouvons offrir d'alternatives ou de techniques complémentaires, tant que la médecine conventionnelle n'aura pas publié plus sur le sujet.

Non-surgical management of posterior positional plagiocephaly : orthotics versus repositioning. Paquereau J. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 2013;56:231-249

Une revue de presse scientifique internationale

Voici la liste des principales revues scientifiques consultées pour cette revue de presse :

- International Journal of Osteopathic Medicine
- Journal of Bodywork & Movement Therapies
- Clinical Biomechanics
- Manual Therapy
- Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics
- The Spine Journal
- Spine
- Journal of the American Osteopathic Association.

AUTISME ET PRISE EN CHARGE OSTÉOPATHIQUE

Après le congrès ICAOR (International Conference on Advances in Osteopathic Research) de 2012 à Londres, le résumé d'une étude a été publié dans l'IJOM. Ses auteurs s'étaient penchés sur les problèmes intestinaux fréquemment rencontrés chez les enfants autistes, notamment des douleurs abdominales, des diarrhées et des ballonnements.

Cette étude prospective portait sur 49 enfants autistes de 3 à 8 ans ayant des troubles gastro-intestinaux. Pendant 6 semaines, ils ont bénéficié de 6 séances d'ostéopathie viscérale hebdomadaire de 30 minutes chacune. Le traitement était constitué de techniques adaptées à chaque enfant et l'évaluation était subjective grâce à des questionnaires remplis par les parents. Les analyses statistiques montrent des résultats significatifs, notamment sur les symptômes gastro-intestinaux : vomissements ($p < 0,00029$), appétit ($p = 0,039$), ainsi que sur des notions relationnelles à savoir, est-ce que les enfants regardaient plus facilement leurs parents dans les yeux ($p = 0,035$).

Les conclusions des auteurs sont simples : elles donnent une piste pour une prise en charge d'enfants autistes ayant des troubles intestinaux. Mais cette étude ne permet pas de conclure à plus grande échelle.

Castellarin IB, Drysdale I, Patel V. Evaluation of behavioural and gastrointestinal symptoms in autistic children after visceral osteopathic treatment 2013;16:e13-e14

APPROCHE OSTÉOPATHIQUE DE LA JAUNISSE DU NOURRISSON

Cet article offre une standardisation des techniques de massage destinées au nouveau-né. Le massage permettrait d'améliorer l'excrétion de la bilirubine diminuant ainsi la durée d'hospitalisation des bébés touchés. L'étude propose un protocole de massage à réaliser par les parents, de manière quotidienne, afin de réduire les risques associés à la jaunisse.

Les auteurs soulignent l'importance de la prise en charge par les parents, car il semblerait qu'aux États-Unis, la majorité des mères et leur nouveau-né sortent de l'hôpital 30 heures après l'accouchement. La jaunisse se développant parfois quelques jours après la naissance, les jeunes parents ne se rendent pas compte du danger associé à une jaunisse non soignée et tardent à ramener leur bébé à l'hôpital. La jaunisse est donc à l'origine de nombreuses hospitalisations néo-natales.

Les auteurs indiquent que le massage est un moyen efficace pour créer des liens entre parents et bébés. Il permet de réduire des symptômes gastro-intestinaux gênants et améliore la qualité du sommeil des nourrissons. De plus, ces techniques sont peu

coûteuses à enseigner, ne présentent pas d'effets indésirables et de nombreux articles publiés prouvent leur efficacité.

Les techniques s'appellent : *Techniques de massage de bienvenue du nouveau-né*. Elles ont été mises en place par une association américaine World Institute for Nurturing Communication (www.winc.ws) et semblent avoir une vocation plutôt humanitaire, mais également commerciale : pour une poignée de dollars et une formation par e-learning, vous aussi vous pouvez devenir masseur de bébé et enseigner les massages aux jeunes parents. Il n'y a pas de conflits d'intérêts notés dans l'article, même s'il donne un bon coup de pub à cette association.



L'article évoque une étude japonaise réalisée par Chen et al. (2011). Il s'agit d'un essai clinique contrôlé semi-randomisé sur l'action du massage du nouveau-né né à terme portant sur deux groupes : groupe traité (n=20) par massage (2 fois 15 minutes par jour de la naissance au 5^e jour de vie, par du personnel hospitalier formé au massage) et un groupe contrôle (n=22).

Les indicateurs utilisés ont été : poids, fréquence des selles, taux de bilirubine transcutané et taux de bilirubine dans le sang (mesuré le 4^e jour). Les calculs statistiques montrent que tous les indicateurs ont évolué de manière significative dans le groupe massage, par rapport au groupe contrôle ($p < 0,05$). Les auteurs avancent l'hypothèse que le massage a favorisé le passage des selles de méconium, excréant ainsi une grande partie de bilirubine et prévenant donc l'apparition de la jaunisse. Les auteurs concluent que d'autres études à plus grande échelle doivent être mises en place. En attendant, ils conseillent à tous les parents d'adopter quelques gestes de massage afin d'aider le nouveau-né dans ses premiers jours de vie.

Click R, Dabl-Smith J, Fowler L, DuBose J, Deneau-Saxton M, Herbert J. An osteopathic approach to reduction of readmissions for neonatal jaundice. Osteopathic Family Physician 2013;5:17-23

Chen J, Sadakata M, Ishida M, Sekizuka N, Sayama M. Baby massage ameliorates neonatal jaundice in full-term newborn infants. Toboku J Exp Med 2011;223:97-102

ÉTUDE D'UN CAS : PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU-NÉ DE 12 JOURS AYANT UNE DÉFORMATION CONGÉNITALE EN TALIPES EQUINOVARUS BILATÉRAL.

Cette étude italienne présente une prise en charge ostéopathique d'un nouveau-né en complémentarité du traitement orthopédique. Le chirurgien orthopédique avait prévu 3 séries de plâtres, afin de corriger la déformation. L'ostéopathe a réalisé 4 séances pendant les 4 premières semaines de vie. Au jour 33, l'orthopédiste a conclu que la dernière série de plâtre ne serait pas nécessaire, car ses pieds étaient à nouveau dans la norme. Conclusion des auteurs : la prise en charge en ostéopathie aurait permis une résolution plus rapide que l'histoire naturelle de la maladie et donc un traitement moins lourd et contraignant pour le petit patient. Dans cet article, l'organisation a lieu comme suit :

J+5	Traitement ostéopathique
J+10	Traitement ostéopathique
J+12	Orthopédie : plâtres bilatéraux (des pieds jusqu'aux creux poplités)
J+17	Traitement ostéopathique
J+20	Orthopédie : plâtres bilatéraux
J+24	Traitement ostéopathique
J+33	Orthopédie : résolution complète, sans nécessité d'appareiller de nouveau.

Le protocole mis en place n'est pas très clair. Cet article semble avoir été écrit de manière rétrospective, même si ce n'est pas clairement indiqué. Ce genre de recherche est intéressant, mais reste anecdotique, car il montre que l'ostéopathe pourrait avoir un rôle dans la prise en charge de déformations orthopédiques congénitales, mais ici seul un patient est pris en charge. Quoi qu'il en soit, il n'est qu'une piste pour guider les ostéopathes vers l'éventuel accompagnement de nouveau-nés qui présenteraient ce type de déformation.

La prochaine étape serait de rédiger un protocole de recherche, de le mettre en place dans une étude pilote de petite taille, puis de réaliser une étude à grande échelle.

Elda Andreoli et al. Osteopathie manipulative treatment of congenital talipes equinovarus : a case report. j of Bodywork and Movement Therapies. 2013

OSCAR 1

LA RECHERCHE OSTÉOPATHIQUE EN ORBITE

OSCAR 1 (POUR OSteopathic CARE) EST UNE ÉTUDE OSTÉOPATHIQUE ORIGINALE. ELLE A FAIT PARTIE D'UN PROGRAMME DE RECHERCHE SPATIALE DE SIMULATION DE VIE EN APESANTEUR AU COURS DUQUEL DES TESTS OSTÉOPATHIQUES ONT ÉTÉ UTILISÉS POUR MIEUX COMPRENDRE LES CONSÉQUENCES D'UN SÉJOUR PROLONGÉ DANS L'ESPACE.

PAR REZA REDJEM-CHIBANE ET NICOLAS MASSABUAU, OSTÉOPATHE DO

Cette étude s'est déroulée d'avril à novembre 2013 au sein de la clinique spatiale de l'hôpital Ranguel (MEDES) lors d'une campagne de simulation d'impesanteur. La méthode, couramment utilisée par le CNES (Centre National d'Études Spatiales) et l'ESA (Agence Spatiale Européenne), consiste à positionner les sujets pendant 21 jours dans un alitement prolongé avec le corps en déclive à -6 degrés. La tête se retrouve alors environ 20 centimètres plus bas que les pieds. Cette méthode permet de simuler et d'étudier les effets physiologiques de la microgravité rencontrés au cours des vols spatiaux chez les astronautes.

La colonne vertébrale en impesanteur

Une vingtaine d'équipes internationales participaient à cette expérience financée par le CNES. Parmi elles, une équipe constituée du professeur Claude Gharib, chercheur à l'Université Claude Bernard (Lyon 1), et de quatre ostéopathes lyonnais : Nicolas Massabau, Bertrand Haouy, Loïc Treffel et Elvine Nicod-Haouy. Ils ont tenté de mieux comprendre les symptômes qui affectent fréquemment les astronautes au cours de leur vol, mais surtout à leur retour : mal de dos et douleurs de type sciatique. Des examens plus complets ont également révélé une importante fréquence de hernies discales.

Alors que ces douleurs ont beaucoup été étudiées, les mécanismes qui en sont à l'origine sont moins bien connus et les traitements aujourd'hui appliqués restent inefficaces. L'explication la plus logique de l'origine de ces symptômes est l'évolution de l'Homme de la quadrupédie vers la position debout. Une évolution au cours de laquelle, la résultante des forces liées à



la gravité a changé de direction au niveau de l'axe principal de l'organisme. Alors que le vecteur gravitaire est perpendiculaire à la colonne vertébrale chez le quadrupède, il est vertical chez l'Homme, « écrasant » la colonne vertébrale. Pour soutenir cet axe, la structure de l'os s'est modifiée, les masses musculaires latéro-vertébrales se sont renforcées ainsi que les disques intervertébraux pour amortir les chocs liés aux déplacements.

Les conséquences physiologiques de l'impesanteur

Or, après quelques jours d'impesanteur, deux phénomènes majeurs parfaitement identifiés apparaissent : l'atrophie des muscles latéro-vertébraux (et des membres inférieurs) et, surtout, l'agrandissement des disques intervertébraux (d'environ 1 mm par disque dorsal). Cet allongement de la colonne vertébrale (de l'ordre de quelques centimètres) est également observable dans des conditions ordinaires. Ainsi, le seul fait de se coucher tous les soirs nous fait gagner quelques millimètres au cours de la nuit que nous perdons le lendemain dans la matinée. C'est pourquoi maintenir des sujets en position couchée pendant plusieurs semaines (voire des mois) permet d'observer le même allongement et les mêmes douleurs que chez les astronautes. Cet allongement a pour conséquence un étirement des muscles, des ligaments et des nerfs à l'origine de la symptomatologie (voir figure 1, page 38)

OSCAR 1 : un bilan ostéopathique

Pour mieux comprendre ce phénomène, 12 sujets triés sur le volet ont été mis cette situation d'impesanteur. Des études métaboliques (nutritionnelles), osseuses, musculaires et cardiovas-

culaires ont été réalisées par les équipes scientifiques internationales du projet. Et des tests ostéopathiques ont notamment été réalisés avant et après l'alitement afin d'établir un diagnostic ostéopathique : c'est le projet OSCAR 1. Pour la première fois, une étude ostéopathique était intégrée à un ensemble d'expérimentations pluridisciplinaires.

Mené par une équipe d'ostéopathes, OSCAR 1 s'appuie sur un protocole basé sur l'observation des courbures vertébrales du sujet, la mesure des grands mouvements telle que la distance main-sol, ainsi que la recherche de dysfonctions vertébrales. Les mesures ont été effectuées par deux ostéopathes différents, l'un après l'autre, et au cours de deux sessions d'alitement. La première entre avril et mai 2013. La seconde, entre septembre et novembre 2013.

Le protocole

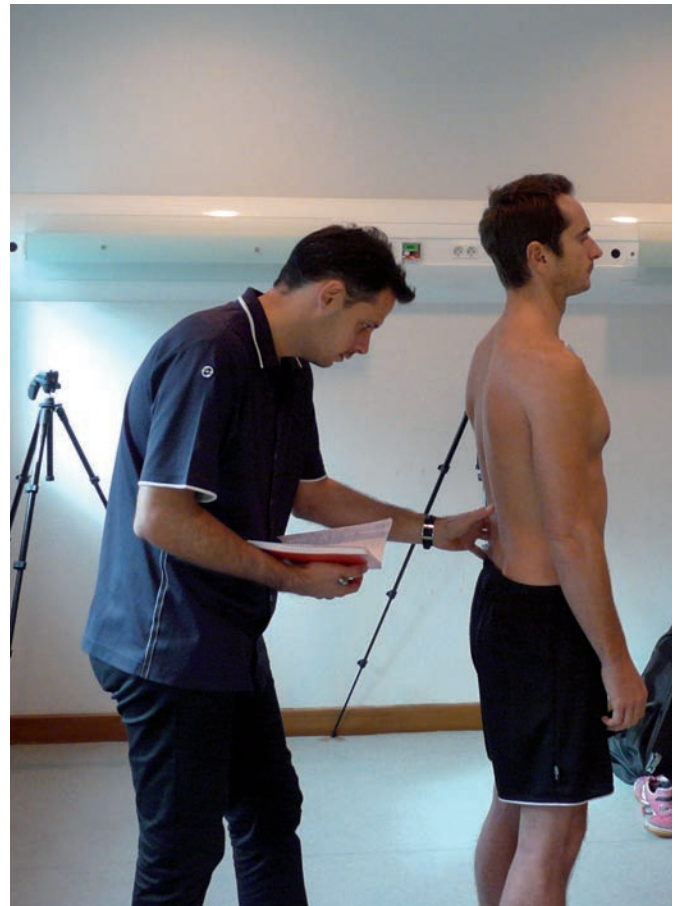
Un interrogatoire à l'aide d'une échelle visuelle analogique a d'abord été mené par un médecin sur les douleurs rachidiennes de chacun des sujets de l'expérience. Ensuite, une analyse des courbures a été effectuée afin de déterminer les étages rachidiens présentant de potentielles anomalies de positionnement. L'adaptation en rotation et inclinaison des vertèbres sus-jacentes à cette zone a également été observée.

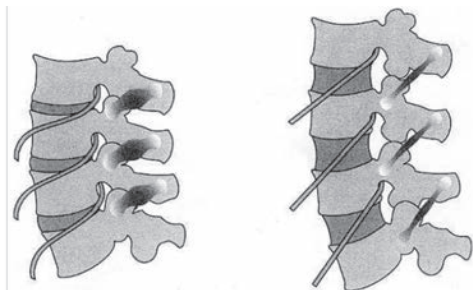


Des photographies de face, de profil et de trois quarts dos ont été prises. Les distances main-sol lors des inclinaisons et flexions du rachis, les longueurs des segments rachidiens ainsi que les différences de hauteur entre les repères osseux du bassin ont été mesurées. Enfin, les ostéopathes ont déterminé quels étaient les étages vertébraux en restriction de mobilité. Au cours de ces tests, les sujets étaient successivement assis, en procubitus et décubitus. Les praticiens mobilisaient alors les niveaux en inclinaison et rotation en effectuant des pressions sur les épineuses et les masses latérales vertébrales.

L'ostéopathie sur orbite

Les données recueillies sont en cours de traitement et les expérimentateurs du projet OSCAR tiennent à souligner la qualité de l'accueil ainsi que le soutien du MEDES tout au long de ce projet. L'insertion d'ostéopathes au sein d'équipes de recherches médicales ayant été concluante, d'autres collaborations scientifiques devraient avoir lieu, avec la présence d'un professeur en odontologie pour explorer l'articulation temporo-mandibulaire. Étape ultime : définir un protocole thérapeutique pour traiter les symptômes des astronautes au cours de leur vol ou au retour de leur mission. À suivre.





Évolution de la taille des disques intervertébraux en impesanteur

Figure 1 : Évolution des disques intervertébraux en position debout (à gauche) et en impesanteur (à droite). L'élargissement des disques (augmentation de taille) entraîne un étirement des muscles, des ligaments et des nerfs à l'origine de phénomènes douloureux. Source : NASA

Fiche patient protocole OSCAR

SUJET			
Taille (cm) Avant, Après		I.M.C. Avant, Après	
Poids (kg) Avant, Après		Composition corporelle Avant, après	
Antécédents médicaux de douleurs du dos :			
		AVANT IMPESANTEUR	APRÈS IMPESANTEUR
Échelle Visuelle Analogique de douleur	Région cervicale		
	Région dorsale		
	Région lombaire		
Analyse posturale	Plan frontal		
	Plan sagittal		
	Plan transversal		
Zones de transitions vertébrales	Inclinaisons et rotations sus-jacentes		
Longueurs des segments rachidiens (mètre et curvimètre)	Cervical		
	Dorsal		
	Lombaire		
Hauteurs des repères osseux	crêtes iliaques		
	épine iliaque postéro-supérieures		
	grands trochanters		
Dysfonctions vertébrales	Étage et inclinaisons		
Mesure des grands mouvements	Flexion		
	Inclinaison gauche		
	Inclinaison droite		
Longueurs des segments rachidiens (mètre et curvimètre)	Cervical		



Le protocole en détail

Pour tester la colonne vertébrale, les expérimentateurs ont défini un protocole en accord avec les principes biomécaniques de base et respectant totalement les limites physiologiques de la colonne vertébrale. Les tests ont été réalisés selon les principes et règles ostéopathiques et ont inclus une évaluation posturale ainsi que des examens structurés et détaillés. Chaque examen a été réalisé par deux ostéopathes. Sa durée moyenne était de 50 minutes par sujet.

Les données ainsi recueillies ont permis de mesurer les différents longueurs et degrés de mouvement de la colonne vertébrale et les dysfonctions relevées par les deux ostéopathes ont été comparées entre elles.

L'analyse posturale

Le sujet était debout, les pieds espacés de 20 centimètres et regardait une marque fixe face à lui. Les mesures suivantes ont été réalisées :

- Mesure de la taille du patient et de la longueur de ses segments vertébraux : cervical, dorsal, lombaire. Les mesures sont réalisées à l'aide de la toise, du mètre ruban et d'un curvimètre directement sur le patient.
- Mesure des grands mouvements du tronc : tronc en flexion, inclinaison latérale à gauche et à droite, par une distance main/ sol.
- Prises de photos avec un appareil numérique de face, dos et de profil à distance constante de l'objectif.
- Prise de repères osseux au niveau du bassin
- Recherche de zones de transitions non physiologiques. Par exemple : vertèbres en extensions dans la cyphose dorsale.


Tests de la colonne vertébrale dans les trois plans de l'espace

Le sujet était en position assise, procubitus et décubitus. La colonne vertébrale a été testée en flexion/extension, inclinaisons et rotations gauche et droite aux niveaux cervical, dorsal et lombaire.

Examens médicaux

- Mesure de la douleur par EVA (Échelle Visuelle Analogique) pour les régions cervicales, dorsales et lombaires
- Mesure du poids (composition en eau, masse grasse et maigre).
- Antécédents médicaux de douleurs du dos

ÉTUDE DE CAS



La pubalgie du sportif : prise en charge ostéopathique à travers un cas clinique

Par Thierry Liévois, ostéopathe DO et directeur du CerfOstéo

Avant de proposer une approche thérapeutique de la pubalgie, il est important de se demander comment elle est définie sous l'angle médical et ostéopathique.

Au niveau médical, la pubalgie existe sous trois formes : la tendinite « vraie » des adducteurs, la pathologie pariétale (déficit musculaire) et l'arthropathie pubienne (dégénérescence articulaire). La tendinite vraie peut être de trois natures différentes :

- une maladie d'insertion
 - une tendinite du corps du tendon
 - une pathologie de la jonction musculotendineuse
- Elle se caractérise cliniquement par une douleur de la face interne de la cuisse uni ou bilatérale déclenchée par des accélérations, des décélérations ou des frappes de balle. Cette douleur chronique peut parfois se déclencher brutalement. La tendinite « vraie » se caractérise aussi par des douleurs provoquées à l'examen, notamment lors de :
- la palpation des tendons et/ou de l'insertion des adducteurs.
 - l'étirement.
 - la contraction contre résistance des adducteurs en statique, concentrique, excentrique.

À noter que lorsque la lésion est très proximale, les ostéoblastes de l'arc antérieur du bassin peuvent coloniser l'hématome. Il apparaît alors des ossifications parfois très volumineuses.

La pathologie pariétale peut également être de trois natures différentes :

- une origine inguinale
- une origine pariétale
- une origine mixte

Dans les trois cas, le sportif présente une douleur abdominale basse et les signes cliniques suivants :

- une douleur à la toux et/ou à l'éternuement.
 - la disparition de la douleur à la compression.
 - une palpation douloureuse de l'orifice inguinal externe.
- Alors qu'une insuffisance pariétale se caractérisera par
- le signe de Malgaigne : il est dit positif s'il existe une voussure des arcades crurales. Ce signe traduit l'insuffisance de musculature du muscle large de l'abdomen, en particulier du transverse de l'abdomen
 - une douleur à la contraction des obliques et des abdominaux
- Et enfin, l'arthropathie pubienne se caractérise quant à elle par deux signes cliniques :
- une douleur localisée, médiane symphysaire et augmentée à la palpation.
 - une douleur majorée par la compression des ailes iliaques.
- En réalité, les pathologies sont un mélange de ces trois typologies de pubalgies. Les étiologies médicales de la pubalgie sont :
- un déséquilibre entre les muscles adducteurs et les muscles de la paroi antérolatérale de l'abdomen (grand oblique essentiellement),
 - un excès de gestes nocifs : frappe de l'intérieur par exemple pour le footballeur,
 - une insuffisance d'étirements pré et postefforts,
 - une insuffisance de tonification de la sangle abdominale : déséquilibre et surcharge pubienne,
 - des microtraumatismes répétés,
 - un entraînement mal mené.

L'abord ostéopathique

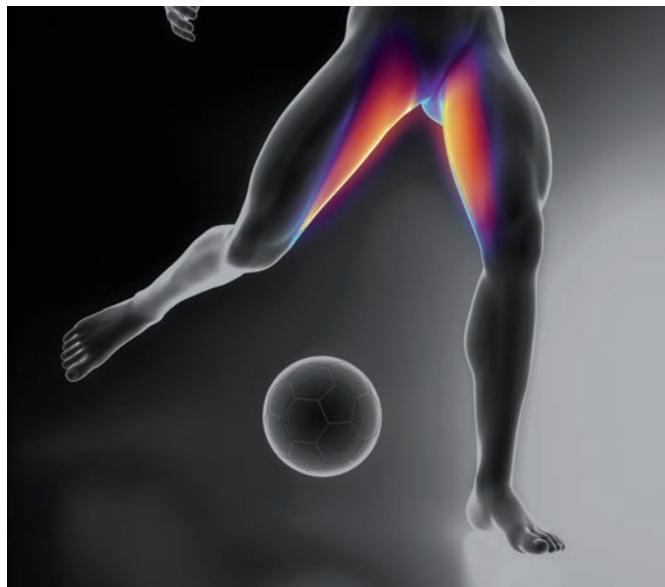
En ostéopathie, l'étiologie de la pubalgie se caractérise essentiellement par un déséquilibre de la fonction musculaire ayant un impact sur le système ostéo-articulaire. Curieusement, la synergie musculaire abdominaux-adducteurs n'est jamais étudiée alors que c'est la principale cause ! Autre étiologie de la pubalgie :

- une rotation interne de hanche insuffisante la plupart du temps. Plus rarement en ce qui concerne la rotation externe.
- un déséquilibre de la charnière T12-L1
- un bassin en antéversion ou en rétroversion excessive
- des troubles posturaux

L'examen ostéopathique prend systématiquement en compte les éléments posturaux pour trouver l'ensemble des dysfonctions, restrictions de mobilité avec modification de la densité et tension tissulaire, aussi bien ostéo-articulaires qu'en rapport avec les tissus mous (peau, espace sous-cutané, fascias, viscères, etc.). Dans tous les cas, l'approche reste globale et le traitement se focalise sur les restrictions de mobilité révélées par l'examen clinique du patient et non sur les symptômes présentés. Pour dégager les tableaux qui paraissent les plus fréquents dans le diagnostic de la pubalgie, voici une étude de cas. Elle porte sur un joueur professionnel belge (voir ci-xx).

Cette expérience pratique de la prise en charge ostéopathique de la pubalgie du sportif permet de dégager quelques pistes de réflexion :

1. L'examen postural (pieds, pelvis-colonne, occlusion, yeux) permet d'apprécier les tensions sur les chaînes musculaires antérieures et postérieures, droites ou croisées. Ce premier abord doit rapidement vous orienter vers les régions présentant des dysfonctions. On teste plus particulièrement les membres inférieurs, les hanches, le bassin, la charnière dorso-lombaire.
2. Les tests effectués sont dynamiques et visent la recherche d'une restriction de mobilité. Des tests positionnels peuvent également permettre de construire un diagnostic.



3. Le traitement ostéo-articulaire doit rééquilibrer la posture générale du sportif.
4. Une attention particulière doit être portée sur la région sus-pubienne, dont il faudra apprécier les tensions cutanées, mais aussi musculaires et plus profondément viscérales caecales, sigmoïdiennes, de l'intestin grêle, de la région vésicale, du muscle iliaque ou du psoas. Une dysfonction dans cette région par surprogrammation d'une chaîne musculaire antérieure peut en effet provoquer une série d'adaptations, de compensations dont la résultante aura des conséquences au niveau du bassin et des membres inférieurs.
5. Dans la région sous-pubienne, nous nous intéresserons à la région de la membrane obturatrice, aux muscles du plancher pelvien et au coccyx.
6. La région diaphragmatique retiendra aussi notre attention, plus particulièrement les viscères en rapport direct avec la coupole, estomac et foie. En effet, par l'intermédiaire de la paroi abdominale en avant et des piliers du diaphragme en arrière, le bon fonctionnement du bassin peut être perturbé.

L'examen de toutes ces régions est bien sûr long et fastidieux, mais avec l'habitude la main se laisse guider vers les zones en restriction de mobilité. Il ne reste qu'à tester analytiquement les différentes structures anatomiques.

Le cas clinique d'un joueur de football professionnel

- âge : 26 ans
- Milieu attaquant - droitier
- Poids : 72 kg, taille : 1m77
- Pieds plats et port de semelles
- Angines fréquentes (tous les ans)
- Alimentation (fromages tous les jours, café 3 tasses par jour, Coca-Cola 2 fois par jour)

Antécédents médicaux :

- Entorse de cheville droite en 2006 et en 2009
- Fracture du V^e métatarsien gauche opéré en 2005 par une broche
- Claquement dentaire à gauche, latéromandibulie gauche, scapula haute à gauche
- Distance doigts-sol : environ 10 cm
- Distance talon fesse : environ 10 cm
- Présente une pubalgie gauche depuis avril 2011, survenue à la fin d'un match

Résultats de l'examen ostéopathique

- Distance doigts-sol environ 10 cm
- Distance talon-fesse environ 10 cm
- Raideurs des pieds
- Limitation d'amplitude des chevilles en flexion/extension
- Inclinaison des cervicales limitée à gauche
- Rotation des cervicales limitée à gauche
- Claquement dentaire à gauche, latéromandibule gauche, scapula haute à gauche
- Troubles de l'occlusion dentaire ++
- Contraction abdominale en poussée (= pubalgie) à corriger car elle entraîne une ouverture de la symphyse pubienne et un cisaillement en unipodal ou lors d'un effort type frappe de balle.
- Rotateur externe de hanche droit et gauche déficit en force et en amplitude

Traitement ostéopathique

- équilibration articulaire du pelvis (sacrum postérieur à gauche), ilium droit et gauche, pubis
- zone charnière T12-L1
- zone T7-T8-T9
- zone T1-T2
- C3 en translation droite
- TGO global (hanches, bassin, lombaires+++ , colonne)
- traitement en myotensif adapté du psoas droit et gauche sous forme de contracté/relaché avec étirement et libération du fascia iliaca
- techniques ligamentaires de la colonne : orientation en extension
- conseils alimentaires : élimination des acides

Chronologie des traitements

- 15 juin 2011 : première consultation d'équilibration globale
- 20 juillet 2011 : grande amélioration et suite du traitement
- 27 juillet 2011 : vérification et consolidation de l'équilibre ostéoarticulaire et musculaire
- 11 septembre 2011 : consultation préventive, car indolence totale (qui ne provoque pas de douleur)

Complémentarité

En plus du traitement ostéopathique, le joueur a suivi une rééducation adaptée avec le kinésithérapeute du club :

- Renforcement des abdominaux et des obliques par gainage
- Après explications ostéopathiques, travail de synergie musculaire entre abdominaux et adducteurs pour éviter diastasis et cisaillement de la symphyse à la fois en statique et en dynamique ce qui est le plus important pour un athlète de haut niveau.

Critiques

Le reproche de cette prise en charge ostéopathique est de ne pas avoir plus exploré l'occlusion dentaire et les pieds plats. Mais le résultat était déjà là ! On peut alors se poser la question suivante : si le patient va mieux et trouve un équilibre, faut-il poursuivre un traitement ou risque de le déséquilibrer ?



Œnologie et ostéopathie un terrain sensoriel partagé

Quels rapports entretiennent l'œnologie et l'ostéopathie? À priori aucun. L'œnologie est la science des vins. L'ostéopathie celle des tissus corporels. Pourtant un lien fort relie les deux disciplines.

Par Anne-Marie Chabbert, œnologue

Si l'œnologie s'intéresse aux maladies des vins, aux traitements préventifs et curatifs, l'ostéopathe est le gardien de la santé et du bien être des personnes. Le point commun entre les deux disciplines : c'est la sensorialité. En effet, il se passe quelque chose au niveau de la perception et de l'interprétation de l'œnologue en ce qui concerne les vins et celle de l'ostéopathe dans le cas de ses patients. Les vins sont des produits vivants (du moins ils devraient tous l'être) avec leur histoire, leur origine, leur identité sensorielle. De même, le patient est un être humain avec ses problématiques globales, son histoire à travers des événements traumatiques plus ou moins graves ayant marqué, déformé ou dans tous les cas laissé une trace, une empreinte dans les tissus corporels. Certains ostéopathes comme certains œnologues, plus sensibles et mieux entraînés, ont développé des récepteurs (des capteurs) pour ressentir et exprimer des sensations qui leur permettent d'améliorer la qualité, de valoriser le goût, rectifier un défaut dans le cas du vin. De soulager, d'atténuer, de guérir ou du moins d'amplifier le potentiel de santé voire d'auto-guérison dans le cas de l'humain. Lorsque ces spécialistes, chacun dans sa catégorie, se rencontrent, cela donne lieu à des discussions passionnantes et hors du commun au centre desquelles la sensorialité et le ressenti tiennent une place majeure. Le développement des acquisitions sensorielles se fait en continu dans les deux cas, sans avoir besoin d'être en situation de dégustation ou de consultation.

Le rôle indispensable de la mémoire sensorielle

Car c'est justement l'association de ressentis, d'expérimentations, de vécus avec une banque de données qui leur permet d'avoir une vision à la fois globale et fine pour analyser, traiter les cas rencontrés, tous singuliers, tous différents. A ce titre, ce parallèle entre l'œnologie et l'ostéopathie fait ressortir le rôle de la mémoire. Une mémoire sensorielle reliant le toucher olfactif et le toucher gustatif (rétro olfactif et textural) dans le cas de l'œnologue et le toucher corporel pour l'ostéopathe. Yves Laval, ostéopathe rémois depuis 30 ans, spécialisé en fasciapraxie et auteur du *Carnet du toucher* explique : « quand j'ai un "blanc" sensoriel, que je ne ressens plus rien sous mes doigts, je suis content car c'est la preuve que ma mémoire travaille, cela veut dire que je vais progresser en mettant un lien entre un ressenti (à venir) et une nouvelle configuration tissulaire. Je sais que je dois attendre. La réponse arrivera plus tard, avec un autre patient ». De même, l'œnologue analyse, interprète et exprime son ressenti vis à vis du vin parce qu'il a, de par son expérience, accumulé une banque de données sensorielles qui lui donne accès à une compréhension plus immédiate.

Dans tous les cas, le langage permet d'échanger et de décrire ce que l'ostéopathe ou l'œnologue ressentent. Le technicien décrit avec son nez et son palais la texture du vin dans sa dimension matérielle, dans sa dynamique ou développement olfactif et gustatif (le vin évolue entre le moment où il est servi et après quelques minutes). Il le décrit alors avec les termes appropriés : doux, soyeux, consistant, structuré, tendu, ample, etc. Le spécialiste des tissus corporels analyse avec ses mains, telles un microscope électronique, les tensions, la rigidité, le relâchement, la souplesse, etc. des tissus, d'un ligament, des fibres musculaires et les impressions qu'il capte sont aussitôt mises en relation avec son expérience, sa connaissance, etc.

Des chemins sensoriels parallèles

Dans les deux cas, œnologie et ostéopathie empruntent des chemins sensoriels parallèles. Ceux-ci donnent lieu à des études scientifiques approfondies parfois très poussées pour apporter des réponses aux mécanismes ou phénomènes débouchant sur tel goût ou tel état tissulaire mais en aucun cas, la part sensorielle, émotionnelle qui fait la spécificité de l'un et de l'autre ne peut se transmettre ou s'étalonner. La capacité à ressentir de l'œnologue et de l'ostéopathe est un bagage dont ils héritent naturellement, mélange de génétique et d'histoire personnelle. Elles lui ont donné accès à une plus grande sensibilité mais celle-ci demande beaucoup de rigueur et d'entraînement tout au long de sa vie (hygiène de vie, concentration) pour la maintenir active et en bon état. L'ostéopathe entraîné qu'est Yves Laval va jusqu'à ressentir deux niveaux de sensorialité : « Le premier niveau de mon action est une modification de l'agencement tissulaire puis, à un deuxième niveau, je reste à l'écoute de mon ressenti, et arrive un moment où je dois prendre la décision de

continuer à agir ou de laisser les capteurs endocriniens faire leur travail de réparation ». L'ostéopathe doit être le plus pertinent possible afin de permettre au travail neurochimique des tissus de se faire. « Ce moment particulier d'écoute se nomme le "point neutre" », ajoute-t-il. L'écoute fait partie de la "boîte à outils" de l'ostéopathe comme de l'œnologue. C'est une écoute intime qui révèle la disponibilité du thérapeute. En ce sens, l'un comme l'autre restent au service de la part naturelle du vin comme de l'humain, cette part archaïque que la vie moderne et son cortège de brouillages sensoriels divers et variés occultent.

Champagne à table : tentez la nouvelle expérience

Depuis quelques mois, une nouvelle expérience s'offre à vous : les *Ateliers du goût des champagnes*. Créés et développés par Anne-Marie Chabbert, œnologue, ils ont comme finalité de faire découvrir au grand public la part cachée du vin dans les champagnes.

Le postulat de départ : les champagnes, plus que tout autre vin, sont des vins d'émotions qui jalonnent les joies et les peines de notre vie. Anne-Marie a ainsi établi un classement des champagnes en familles sensorielles. Une fois cette organisation définie, elle a associé chaque type de champagnes avec des mets spécifiques. Ainsi, les *Champagnes d'Esprit* sont vifs, aériens, minéraux... avec des notes fraîches, de fruits pulpeux, agrumiques ou florales de fleurs blanches... Par exemple, la Cuvée Chardonnay Brut Boizel, le Brut Précieuse Zoémie de Sousa, etc.). Ils s'accordent aux mets salins voire iodés, coquillages, crustacés et poissons. Les *Champagnes de Corps* correspondent à une description associant les fruits rouges murs, les épices à une consistance, un volume, une structure (Mailly Grand Cru Brut, Veuve Clicquot Carte Jaune Brut). Les viandes rouges braisées ou rôties, les volailles sauvages ou gibier les accompagnent avec bonheur.

De corps, de cœur et d'âme

Puis les *Champagnes de Cœur* ainsi dénommés car leur suavité, leur tendresse sont prédominants. Ils sont ronds et doux, savoureux voire parfois moelleux. Dans tous les cas, ce sont des vins singuliers (Quatuor Drappier ou Mercier Rosé Brut, Ruinart Rosé Interprétation). Ils s'accordent avec les types de plats sucrés salés exotiques (tajine, sauté d'agneau, poulet tandoori, etc. Enfin, les *Champagnes d'Âme* ainsi bien nommés car ils présentent un supplément de personnalité et de caractère liés à l'origine, au savoir faire maison ou encore à l'année. Le plus souvent, ils

Les ateliers du goût des champagnes

Un *Atelier du goût des champagnes* dure 4 heures. Il est organisé en deux étapes :

- de 11h à 11h30 : vous apprendrez les bases de la dégustation et les approches théoriques.
- de 11h30 à 15h : vous participerez à une dégustation pratique de 3 champagnes ainsi qu'une dégustation de 3 accords mets-champagnes avec la participation d'un chef de cuisine.

Le niveau supérieur des *Ateliers du goût des champagnes* est un autre atelier dénommé *Champagnes à Table*. Il consiste à vous faire vivre un repas tout champagne (3 champagnes et 3 plats) à la table d'un grand chef et accompagné par Anne Marie Chabbert.

Infos pratiques

Les *Ateliers du goût des champagnes* ont lieu tous les jeudis de 11h à 15h, à la galerie Gaggenau, 7 rue Tilsit à Paris. Ils ont lieu sur inscription et le nombre de participants est limité à 12. Coût d'un Atelier : 150 € TTC. Prise en charge formation DIF et forfait 5 à 10 ateliers (prix dégressifs). Possibilité d'achat des champagnes de la dégustation à prix spécial atelier.

Dernier atelier avant les fêtes : le 19 décembre et premier atelier en 2014, le jeudi 16 janvier.

Coût d'un diner Champagne à table : 180 € TTC. Nombre de participants limité à 10. Liste des prochains dîners en 2014 sur demande au 06.74.64.23.58 ou par mail amarie-chabbert@gmail.com



© Pascal Stritt

correspondent à la combinaison de ces trois paramètres (Blanc des Millénaires Charles Heidsieck millésimé ou Clos Cazals - 2000). Ils peuvent être associés à des mets d'exception au goût fortement marqué comme caviar, la truffe blanche ou noire, les épices fortes cuisinées avec génie et associé à un produit rare : turbot à la vanille, homard au chocolat, poularde demi-deuil. Pour partir à la découverte de ces émotions, Anne-Marie propose des ateliers pour partager cette expérience sensorielle. Embarquement immédiat !

ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES
HANDICAPÉES – 2^{NDE} PARTIEAMÉLIORER
L'ACCUEIL
DE VOS PATIENTSUN AVANTAGE
HORS
NORME !

Mettre aux normes son cabinet d'accord. Mais techniquement, comment définir un projet cohérent avec mon espace, mes contraintes et mon budget ? Les réponses et les conseils de notre architecte DPLG Emilie Couillault, pour accompagner ces projets d'une réflexion à plus long terme de votre lieu de travail.

Par Reza Redjem-Chibane

RAPPEL

Par personnes handicapées, il convient d'inclure tous les types de handicap : auditif, cognitif, moteur, psychique et visuel. L'accessibilité de tous les établissements accueillant du public doit être effective au plus tard le 1^{er} janvier 2015 et les locaux des professionnels de santé sont également concernés. Cette accessibilité est définie selon le principe dit de la chaîne de déplacement : arriver, entrer, être pris en charge, etc.

Ainsi, tout au long du cheminement du patient, les normes d'accessibilité doivent être respectées. Pour les ERP de 1^{er} à 4^e catégorie, les principes généraux s'appliquent à toutes les parties de ces établissements. C'est-à-dire depuis le parking jusqu'à la salle de consultation. Pour les ERP de 5^e catégorie, concernant la plupart des cabinets médicaux, les principes s'appliquent uniquement de l'entrée de l'établissement jusqu'au lieu de consultation.

Rappelons également que les ostéopathes ne sont pas dans l'obligation d'appliquer ces normes dans leur totalité et que des applications partielles sont possibles si elles sont justifiées. Voir la première partie de ce reportage parue dans *L'ostéopathe magazine* n°19.

Ces travaux de mise aux normes sont également l'occasion d'améliorer l'accueil de vos patients dans votre cabinet. En repensant leur parcours jusqu'à la salle de consultation, vous pouvez jouer sur de nombreux facteurs pour améliorer cet accueil, mais aussi vos conditions de travail. Mais avant tout, il est nécessaire de connaître quelles sont les principales règles techniques à respecter. Voici donc les principales préconisations qui s'appliquent aux cabinets d'ostéopathie dont vous pouvez retrouver l'intégralité dans le livret *Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité*, publié par le Ministère de l'Égalité des territoires et du Logement et le Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie.

TROIS TYPES D'ESPACES

Ces règles concernent tout d'abord les dimensions de certains lieux de passage de votre cabinet pour permettre un accès aisé aux personnes handicapées. Elles varient le long de la chaîne de déplacement, mais trois types d'espaces ont été définis : le palier de repos, l'espace de manœuvre et l'espace d'usage.

1^{er} espace : le palier de repos. Il est situé en haut et en bas de chaque plan incliné (appelé communément rampe d'accès). Il permet à une personne debout, mais à mobilité réduite ou à une personne en fauteuil roulant de se reprendre, de souffler. Il s'insère en intégralité dans le cheminement et correspond à un espace rectangulaire de 1,20 x 1,40 m au minimum. Il est horizontal au dévers près.

2^e espace : l'espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour (aire de giration). Il est situé soit à l'intérieur de chaque cabinet d'aisances ou, à défaut, devant la porte. Il est également recommandé d'en installer un sur tout le cheminement lorsqu'un choix d'itinéraire est donné à l'utilisateur : devant un accueil, dans une salle d'attente, dans un cabinet de consultation, etc. La dimension de cet espace de manœuvre correspondant à un diamètre de 1,50 m.

3^e espace : l'espace d'usage. Il est situé devant chaque équipement ou aménagement : interphones/visiophones, boîtes aux lettres, salle d'attente, etc., et dans chaque cabinet d'aisances. Il permet le positionnement du fauteuil roulant ou d'une personne avec 1 ou 2 cannes pour utiliser un équipement ou un dispositif de commande ou de service. Il correspond à un espace horizontal rectangulaire de 0,80 x 1,30 m.

NE PAS SE METTRE EN PORTE-À-FAUX AVEC LES NORMES

Pour rendre une porte accessible aux personnes à mobilité réduite, deux paramètres sont à prendre en compte : la largeur et l'espace de manœuvre de porte. Pour un établissement recevant un public de moins de 100 personnes, la largeur de porte doit être supérieure ou égale à 0,90 m avec un passage utile supérieure ou égale à 0,83 m. Une to-

lérance est admise en cas de présence de contraintes techniques pour les ERP déjà existants. Les valeurs sont alors ramenées à 0,80 m pour la largeur et à 0,77 m pour le passage utile. À noter que les ressauts doivent être de faible hauteur, 4 cm maximum, mais chanfreiné. Un chanfrein assure la transition entre deux niveaux différents.

Par ailleurs, de part et d'autre de chaque porte, il faut prévoir un espace de manœuvre de porte. Il correspond à un rectangle de même largeur que le cheminement, mais sa longueur sera variable selon le type de porte :

- Porte à pousser : 1,70 m
- Porte à tirer : 2,20 m

Il faut veiller à positionner judicieusement cet espace de manœuvre de porte en fonction du sens d'ouverture de la porte et en pensant à l'accessibilité de la poignée.

ESCALIERS : LA MARCHÉ À SUIVRE

Concernant les escaliers, des spécifications techniques très précises ont été définies. Cependant, voici huit points particuliers à respecter :

1. Les mains courantes doivent être continues, rigides, facilement préhensibles et différenciées de la paroi support grâce à un éclairage ou un contraste visuel
2. Adapter la hauteur des mains courantes en fonction du public.
3. Prévoir un éclairage adapté (voir notre encadré ci-contre)
4. Les nez de marches doivent être de couleur contrastée par rapport au reste de l'escalier
5. La 1^{re} et la dernière marche doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 10 cm visuellement contrastée par rapport à la marche
6. Installer un élément d'éveil et de vigilance pour prévenir de l'imminence d'un danger. Il est recommandé que cet élément soit d'au moins 0,40 m de large
7. Prévoir une signalisation adaptée
8. Cas des escaliers hélicoïdaux : la largeur minimale du giron doit être mesurée à 50 cm du mur extérieur.

QU'EST-CE QU'UN ÉCLAIRAGE ADAPTÉ ?

L'éclairage est mesuré en lux. Et selon chaque situation, une valeur minimale a été définie :

- Cheminement extérieur : 20 lux
- Circulations piétonnes des parcs de stationnement : 50 lux
- Escalier et équipement mobile : 150 lux
- Parcs de stationnement : 20 lux
- Postes d'accueil : 200 lux
- Circulation intérieure : 100 lux

ÉCLAIRAGES SUR LA SIGNALÉTIQUE

Le choix de l'éclairage, artificiel ou naturel, de l'ensemble des circulations intérieures et extérieures, ne doit pas entraîner de gêne visuelle. Un éclairage peut être renforcé aux endroits particuliers (escalier, ressaut, signalétique, etc.). Il doit éviter les reflets sur la signalétique ou tout effet d'éblouissement direct des usagers en position « debout » comme en position « assis ». Concernant la signalétique, la taille des caractères peut être déterminée suivant la distance prévue entre le lecteur et la signalétique. Voici quelques conseils :

- Privilégier des polices de caractères facilement identifiables (arial, verdana, helvetica, etc.).
- Éviter le recours aux caractères en italique.
- Pour un seul mot : utiliser uniquement des caractères majuscules.
- Pour un groupe de mots : utiliser des caractères majuscules et minuscules.

Vous pouvez retrouver tous les détails techniques de ces normes d'accessibilité dans *Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité*, livret publié par le Ministère de l'Égalité des territoires et du Logement et le Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie en juillet 2012. Il est téléchargeable sur le site www.developpement-durable.gouv.fr.

Ces normes techniques paraissent contraignantes, mais il faut les envisager comme une attention portée au patient, depuis l'arrivée de votre patient jusqu'à son départ. Une démarche holistique en quelque sorte...

interview

Les conseils de notre architecte conseil Emilie Couillault, architecte DPLG au sein de Studio Ecoa.

Quels conseils donneriez-vous aux ostéopathes pour aménager leurs cabinets dans le cadre de cette mise en conformité de la loi pour l'accès aux personnes handicapées ?

L'entrée d'un cabinet doit être la plus dégagée possible. Il faut supprimer tout élément perturbant la vision, les ensembles anguleux (table basse, etc.). Les supports de sol ne doivent pas être trop glissants. Il faut penser aux personnes faibles qui viendront en consultation et, par exemple, installer une main courante dans un couloir trop long pour faciliter leur déplacement. De manière générale, il faut penser au confort des patients et ne pas oublier que des patients rassurés sont dans de meilleures dispositions pour une consultation. Par ailleurs, cela améliore l'image du cabinet.

Quelles pistes envisager pour accueillir les patients dans cet esprit ?

La salle d'attente doit être apaisante et les sièges confortables. Penser à l'option des bancs. Quelle que soit la solution choisie, elle devra permettre de s'asseoir et de se relever aisément. Envisager éventuellement un coin enfant. Le cabinet doit être lumineux en favorisant la lumière naturelle. Faites attention aux courants d'air, au froid et à l'ambiance sonore de votre salle d'attente. Proposer également des lectures intéressantes... comme *L'ostéopathe magazine* (rires). L'aménagement du cabinet des ostéopathes pour répondre aux normes d'accessibilité des personnes handicapées peut être une opportunité pour améliorer cet accueil et indirectement les conditions de travail des ostéopathes. Et pour mener correctement cette réflexion sur le chemin d'accès, il faut se mettre à la place du patient à chaque étape de son parcours et identifier les questions qu'il pourra se poser.

Quels sont justement les aspects techniques des normes à respecter qui permettent de mettre en œuvre ces améliorations ?

La signalétique peut être un bon exemple. Il faut la comprendre comme une attention

portée au patient qui contribue, comme nous l'avons évoqué précédemment, à le rassurer lorsqu'il vient dans un cabinet d'ostéopathie. Ce dernier doit d'abord facilement identifier le cabinet, puis la salle d'attente, les toilettes et enfin la salle de consultation. Notamment en l'absence de personnel d'accueil comme c'est bien souvent le cas dans les cabinets d'ostéopathes.

Des affichettes doivent guider le patient du début à la fin : « sonner et attendre », « sonner et entrer », « patienter ici », etc. Une bonne information évite également aux ostéopathes d'être systématiquement dérangés lors de leurs consultations par un patient qui entrerait en salle d'attente. Il est également possible d'installer un interphone entre la salle de consultation et la salle d'attente.

Quelles sont les solutions à mettre en œuvre facilement et à moindre coût ?

Si vous avez un palier avec deux ou trois marches, la rampe escamotable est une bonne solution. Dans le choix des revêtements de sol, évitez les revêtements trop glissants ou prévoyez un traitement adéquat. Les surfaces lavables s'entretiennent mieux et elles durent plus longtemps. Autre élément à considérer : l'acoustique. Il est important d'isoler du bruit la salle de consultation de la salle d'attente. Une porte et un mur avec un traitement acoustique permettront à coût réduit d'obtenir cette confidentialité, agréable autant pour la personne qui consulte que celle en salle d'attente.

Et lorsque des travaux plus importants sont nécessaires ?

Pour appliquer ces normes d'une manière optimale et pérenne, une analyse approfondie permettra de déterminer les possibilités réelles de l'espace de travail afin de trouver le meilleur compromis. Tous ces changements ne doivent donc pas être perçus comme des contraintes, mais d'abord dans l'esprit premier de la loi : égalité et solidarité. Par ailleurs, dans une vision à moyen et long terme,

Emilie Couillault,
architecte DPLG
www.studioecoa.com

- 2007 : Diplômée architecte DPLG de l'École Nationale Supérieure d'Architecture de Paris Malaquais
- 2008 : Architecte salariée chez Schmidt Hammer Lassen, architectes, Londres
- 2009 : Création de Studio Ecoa - activité d'architecte en libéral
- 2012 : Extension d'un établissement recevant du public (ERP), *Les Magnals*, Mignaloux-Beauvoir (86)
- 2012 : Construction d'une centrale à déchets, Hôpital de Poissy/Saint-Germain (78) avec Matthieu Pinon, architecte
- 2013 : Réhabilitation d'une ferme en établissement recevant du public (ERP), *Le site de Rimbault*, Varennes (86)

ces démarches permettront de répondre au vieillissement de la population. Les ostéopathes seront alors prêts à accueillir cette nouvelle patientèle.

Comment un architecte peut-il accompagner les ostéopathes dans ces projets de mise aux normes de leur cabinet ?

Un architecte peut les accompagner dans chaque étape de ces projets, depuis la réflexion jusqu'à la réalisation. Une mission d'architecte peut en effet se décomposer en quatre étapes :

- 1. Mission conseils ponctuels :** l'architecte se déplace chez vous et consacre une demi-journée pour analyser votre situation et vous proposer oralement des solutions.
- 2. Étude de faisabilité :** l'architecte définit avec vous la meilleure solution pour votre projet. Il réalise alors une esquisse et définit l'enveloppe budgétaire nécessaire à la réalisation des travaux.
- 3. Projet :** l'architecte réalise les plans nécessaires à la réalisation du projet et précise tous les paramètres techniques de mise en œuvre. Il élabore le dépôt de permis de construire ou la demande de travaux si nécessaire.
- 4. Chantier et réception :** l'architecte assure le suivi des travaux, vérifie la conformité des travaux réalisés et réceptionne le chantier.

ACTUALITÉS rencontres**De Lausanne à Nice**

L'ostéopathe magazine était présent lors du symposium romand d'ostéopathie à Lausanne et du symposium international d'ostéopathie de Nice. Avec respectivement pour thèmes les chaînes scapulaires et la sphère lombo-pelvienne ces deux rencontres ont mis en avant des visions ostéopathiques très intéressantes. En parallèle des conférences proposées, le symposium de Lausanne a su rassembler ostéopathes et physiothérapeutes. Celui de Nice a contribué à rapprocher l'ostéopathie et le monde médical. Retrouvez un compte-rendu complet de ces deux évènements.

MÉTIER enquête**La plagiocéphalie mise à plat : 2^e partie. Traiter et prévenir**

Après avoir décrit les éléments complets du diagnostic de la plagiocéphalie, la seconde partie de cette enquête vous présentera toutes les possibilités de prise en charge à travers les témoignages d'ostéopathes et de professionnels de l'enfance.

Nous verrons également comment établir un plan de traitement efficace, incluant, au besoin, une approche interdisciplinaire et des conseils de positionnement de base, dont l'importance du décubitus ventral chez les nourrissons.

Mais nous vous présenterons également tous les acteurs impliqués dans la prise en charge de la plagiocéphalie depuis les fabricants d'orthèses jusqu'aux associations de sensibilisation aux risques de la plagiocéphalie. À ne manquer sous aucun prétexte !

ACTUALITÉS profession**La mémoire de l'ostéopathie**

Jason Ross Haxton, directeur du Musée de médecine ostéopathique et du Centre international d'histoire de l'ostéopathie, nous ouvre les portes de son musée. Situées à Kirksville aux États-Unis, berceau de l'ostéopathie, les richesses de ces collections uniques au monde vous seront dévoilées

CARNET livres

Nouveautés et ouvrages incontournables, retrouvez la sélection de *L'ostéopathe magazine* et de Vladimir Sekelj dans cette nouvelle rubrique. Chaque ouvrage sera commenté et analysé. Et pour vous accompagner dans votre choix, un résumé vous sera proposé ainsi qu'une fiche technique avec des critères pertinents : théorique ou pratique, public concerné, qualité de l'iconographie, etc.

MÉTIER reportage**Psychosomatique intégrative : établir des liens entre psychanalyse, médecine, neurosciences ... et ostéopathie ?**

La psychosomatique s'applique également aux bébés et cette idée rassemble des chercheurs et cliniciens de compétences différentes : psychanalyse, neurosciences, haptonomie, etc. Le professeur Jean-Benjamin Stora, responsable du DU de Psychosomatique intégrative à Paris a su réunir ces compétences. Les conclusions de leurs travaux doivent intéresser tous les thérapeutes qui prennent en charge des nourrissons.

RECHERCHE revue de presse

Retrouvez la revue de presse scientifique des principales revues internationales d'ostéopathie et de médecine manuelle. *International Journal of Osteopathic Medicine (IJOM)*, *The Spine Journal*, *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics (JMBT)*, *Clinical Biomechanics*, *Manual Therapy*, *Journal of Pain*, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, etc. Une revue de presse complète indispensable pour vous tenir à jour des dernières découvertes scientifiques vous concernant.

FICHE CLINIQUE repères

Simple et applicables immédiatement, les fiches cliniques de *L'ostéopathe magazine* font le lien entre nos enquêtes pour vous apporter des réponses pratiques à la prise en charge de vos patients au quotidien.

*Et bien évidemment,
retrouvez toute l'actualité
de votre profession à travers nos brèves,
l'agenda des formations
et des évènements à ne pas manquer.
Sans oublier nos jeux Spécial ostéos
et le courrier des lecteurs.*

*N'attendez plus
Complétez votre collection.
et commandez les anciens numéros
de L'ostéopathe magazine
sur www.losteopathe.fr*

DES IDÉES LUMINEUSES
POUR VOS PROJETS
PROFESSIONNELS ?

SI LES SYMPTÔMES PERSISTENT,
PARLEZ-EN À VOTRE
CONSEILLER CMV MÉDIFORCE



Création : lecaméleon - Crédits photo : © Thinkstock



Découvrez nos solutions de financement :

- > Immobilier/Travaux
- > Développement d'activité
- > Véhicule professionnel
- > Trésorerie
- > Matériel médical

En vous connectant sur www.cmvmédiforce.fr

ou grâce à nos conseillers à votre écoute au **N° Vert 0 800 13 12 84**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Financements sous réserve d'acceptation par CMV Médiforce

CMV Médiforce - SA au capital de 7 568 120 € - 123 rue Jules Guesde - TSA 51-11
92683 Levallois-Perret Cedex - Siège Social - 1, bd Haussmann - 75009 Paris
RCS Paris 306 591 116 - SIRET 306 591 116 00034 - ORIAS 07 02 88 60 - APE 6491 Z
Document non contractuel

