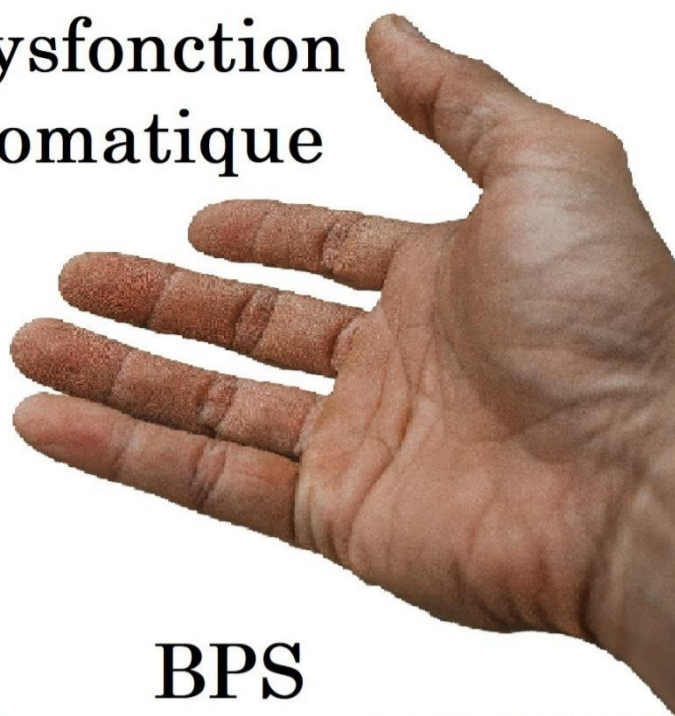




VEILLE SCIENTIFIQUE

N°03 – Juillet 2022

Dysfonction Somatique



BPS



Jusqu'à quel point
les modèles de
pensée guident-ils
l'intervention
ostéopathique ?

Issus de la pratique,
les modèles
permettent de
guider la réflexion.



Image libre de droits – pixabay.com

Celui qui soigne intervient auprès de celui qui souffre, en s'appuyant sur des représentations de la norme, de la maladie, de la santé, du mieux-être... Très tôt dans son histoire, l'ostéopathie s'appuie sur le modèle de la dysfonction ostéopathique ; c'est un modèle traduisant la perception de l'ostéopathe. L'ostéopathe perçoit au toucher d'une région du corps du patient, qu'il y aurait une anomalie, pouvant motiver une intervention manuelle. Traduire par des mots ce qui est perçu devient vite nécessaire pour transmettre aux étudiants ostéopathes, mais aussi pour éclairer une instance de gouvernance. Le modèle bio-psycho-social,

complexe, intégrant les facteurs sociologiques et psychologiques propres à chaque patient. Obtenir un résultat clinique ne répondrait pas uniquement à des décisions incontestables. Ce qui n'est pas contestable devient discutable ; et ce modèle intègre de fait le patient au centre des décisions. L'ostéopathe identifie des dysfonctions somatiques à l'aide de ses propres représentations. Peut-on se questionner sur l'usage de ce modèle, dans une activité de soins, où la participation du patient semblerait optimiser les résultats cliniques ?

Nous avons posé 4 questions à 3 personnalités francophones de l'ostéopathie, afin qu'elles puissent nous apporter des éléments de réponses ou de réflexions. Chacune de ces 3 personnes a reçu ce questionnaire par mail, après une sollicitation individuelle par les réseaux sociaux. Voici dans cette 3ème édition de la Newsletter, la compilation de chacune de leur réponse, pour chacune des 4 questions.

Eric BULLE



Formation des formateurs au Cido

Erwann Jacquot (EJ), Jerry-Draper-Rodi (JDR), Pierre-Luc Lhermitte (PLL)

Recueilli par Equipe Pédagogique du Cido

Ces 3 personnes ont été sollicitées afin d'obtenir un éclairage différent selon leur propre grille de référence. Présentations.

EJ- Je suis ostéopathe-formateur-étudiant curieux. Je pratique à Annecy, j'enseigne au CIDO ou en Formation Continue Professionnelle et j'étudie à l'université de Paris Cité. Je suis actuellement très intéressé par les représentations et les effets du toucher dans le soin.

JDR- Je suis ostéopathe. J'ai été diplômé en France et je vis au Royaume Uni depuis 13 ans. J'ai obtenu un doctorat sur la prise en charge biopsychosociale des lombalgies communes en 2016 et aujourd'hui partage mon activité entre mon cabinet, la recherche à l'University College of Osteopathy et la direction du National Council for Osteopathic Research.

PLL- Pierre-Luc L'Hermitte, ostéopathe libéral depuis plus de 10 ans et docteur en droit depuis 2018. Actuellement j'occupe un poste d'enseignant-chercheur à l'Institut Toulousain d'Ostéopathie. Mon champ de recherche concerne les sciences médicales, thématique sur laquelle j'ai publié trois livres dont un au Presses Universitaires et plusieurs articles. Par conséquent, je suis régulièrement invité sur des congrès nationaux et supranationaux sur ces domaines.



EJ

JDR

PLL

« KEEP IT PURE
BOYS KEEP IT
PURE »



Conférence sur le toucher

Un retour d'expérience concernant la conférence sur le toucher, dispensée par messieurs Vaucher et Gabutti.

Voir P3

La Dysfonction Somatique est le modèle historique justifiant des moyens mis en œuvre pour réaliser une intervention ostéopathe. Dans quelle mesure ce modèle est-il encore exploitable aujourd'hui pour donner sens aux interventions des ostéopathes selon vous ?



EJ- La dysfonction est le modèle actuellement inscrit dans nos décrets de formations et d'exercice professionnel. En ce sens, oui c'est un élément exploitable et qui nous permet d'exercer et tant mieux !

Pour ce qui est de son utilisation actuelle dans l'enseignement et la profession, il n'y a pour moi aucune autre possibilité que de continuer à l'exploiter. Notre cadre d'intervention, définit légalement, s'organise autour de ce terme de dysfonction. A nous de le faire évoluer ou de le rendre contemporain.

« pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain. »

Aujourd'hui, dire que la dysfonction n'existe pas, c'est ne plus vouloir exercer en ostéopathie telle qu'elle est décrite ou encadrée. Et pourquoi pas ... à condition d'en être conscient et de se donner les moyens de créer une nouvelle profession ou de se réorienter, se re-former avec d'autres modèles ...

Donc je dirai que pour faire sens à notre pratique, pour nous tous ; les étudiants, les patients et les autres professionnels ou législateur, le modèle de la dysfonction est essentiel puisqu'il appartient aux représentations collectives.

Pour ce qui n'est pas de faire sens mais de faire signification et peut être explication, justification alors le modèle de la dysfonction comme il est proposé n'est plus souhaitable.

Le mot de dysfonction ne doit cependant pas être dissocié des autres termes de notre cadre d'intervention.

« ..corps humain.. »

« ...dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathe »

« ...ont pour but de prévenir ou de remédier aux dysfonctions »

Et c'est là où les autres termes de la définition de notre métier regorgent de ressources pour re-définir et mixer des modèles modernes sans pour autant mettre les anciens à la poubelle.

Nous avons je pense une difficulté à ne pas résister au désir d'innover ou de créer plus que de progresser ou faire progresser. Les précédents modèles sont essentiels pour des raisons historiques, identitaires et éducatives pas pour expliquer ou justifier notre pratique. Ne pas accepter d'actualiser, d'hybrider ou de mixer les méthodes serait faire un choix réducteur et simpliste qui transformerait la pratique au-delà de l'identité et / ou du nom de la pratique ostéopathe.

JDR- Le concept de dysfonction somatique est remis en question depuis plusieurs années dans notre profession (d'ailleurs il est intéressant de noter que les chiropracteurs ont un modèle similaire – la subluxation vertébrale – et ont des débats similaires aux nôtres), mais il est important de se souvenir que ce concept n'est pas immuable et a été remis en question, modifié, renommé dans le passé. Certains de ces changements étaient liés à des contraintes sociales comme par exemple changer le terme de lésion ostéopathe à celui de dysfonction ostéopathe pour satisfaire les assurances médicales américaines et assurer le remboursement des soins pour les patients (et les ostéopathes).

L'intervention ostéopathe est définie comme étant complexe, donc on peut essayer de l'analyser de différentes façons, au travers de différents outils. On peut par exemple s'intéresser à la spécificité diagnostique des ostéopathes au travers du modèle de la dysfonction somatique. Ceci ne répondra pas à la question de l'efficacité de l'ostéopathie mais pourra donner des idées sur la valeur de ce concept dans nos prises en charge (des études sur ce champ-là existent déjà).



PLL- Il existe une difficulté certaine au sujet de la dysfonction somatique. Il est possible de répondre à cette question par un double prisme.

Le premier est celui de la démarche des sciences de la nature. Les données probantes dont nous disposons indiquent qu'elle repose sur un support théorique fragile.

Pour les sciences humaines et sociales dont le droit français, il s'agit d'un élément structurant de la profession d'ostéopathe eu égard aux annexes de l'arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie qui est d'ailleurs qualifiée de « dysfonction ostéopathe » et qui est définie de la manière suivante : « altération de la mobilité, de la viscoélasticité ou de la texture des composantes du système somatique ».





Chaque année le Cido organise une conférence autour d'une thématique, discutée et choisie au cours du Conseil Scientifique bi-annualisé de l'établissement.

Le modèle BPS aborde le raisonnement clinique de manière complexe. Jusqu'à quel point le modèle de la dysfonction somatique peut-il limiter ce raisonnement clinique?

Rédigé par Equipe Pédagogique Cido

EJ. Un modèle a des limites, c'est le principe du modèle. Accepter cet écart entre le modèle et la réalité permet de ne pas focaliser sur les limitations mais bien de penser aux opportunités et aux possibilités restantes. Proposer des adaptations à la dysfonction, ancienne lésion... (avec la narration, la participation du patient à cette perception, la valorisation et le développement de la subjectivité, l'éducation à la santé, ...) permettrait sûrement de raisonner avec le modèle BPS et pas l'inverse. Le raisonnement n'a de limites que celles que l'on se fixe en fonction des objectifs cliniques.

Le modèle d'explication ne fait pas limite, il propose un guide ou des possibilités d'expression. Il permet de baliser, mettre en lumière des réflexions et de les justifier selon un cadre, un domaine mais ce n'est pas tout le processus de l'action et encore moins de la création de cette action.

Le modèle BPS en voulant pourtant offrir une pensée plus complète que le modèle précédent, se structure autour de trois lettres et donc pourrait limiter le raisonnement ? C'est l'utilisation souvent exclusive et radicale qui pose des limites, pas l'outil en lui-même de modélisation ou de représentation.

JDR. Je ne suis pas sûr qu'on ait besoin de les opposer. Il est plus pragmatique de voir comment on peut les intégrer. Le raisonnement clinique va s'appuyer sur de nombreux éléments dont les informations récoltées lors de l'anamnèse qui incluent les informations verbalement échangées, et également les non-verbales. D'autres éléments viendront de l'examen clinique qui inclut le modèle de la DS mais également d'autres composantes, comme par exemple notre observation des mouvements du/de la patient.e, de sa confiance à mouvoir la zone symptomatique, sa capacité à respirer lors des mouvements, ses pensées et craintes lors des mouvements, tests etc. Donc la DS pour moi est une partie parmi de très nombreuses autres que nous utiliserons dans notre raisonnement clinique. Certains ostéopathes n'utilisent pas le modèle de la DS, et d'autres plus ou moins, mais je ne pense pas que ce soit problématique étant donné que le métamodèle englobe de très nombreuses composantes autres que la DS.

PLL. - Il est possible de considérer qu'une focalisation sur un déséquilibre somatique appelé, par exemple, dysfonction somatique ou ostéopathique puisse empêcher de se focaliser sur la globalité de la personne. Quand j'emploie le terme « globalité » je ne fais pas référence à l'intégralité de la dimension physique de l'individu mais précisément son environnement.



Retour d'expérience de la conférence sur le toucher avec **Marco Gabutti et Paul Vaucher**, par **Eva Peeters**, A5 du Cido et nouvellement diplômée 2022.

Le toucher est un échange

Depuis cinq ans nous apprenons à toucher le corps d'une manière jusqu'alors inconnue pour une majorité d'entre nous. Depuis cinq ans ce toucher évolue et nos mains ont acquis une expérience palpatoire certaine. Cependant depuis cinq ans ce toucher était propre à nous-même, il venait de différentes. Aujourd'hui **thérapeutique** doit se quelque chose qui nous de ce toucher ont d'autres confiance en soi du douleur ou encore



nous, avec des recherches et intentions nous prenons conscience que le **toucher** développer en **toucher actif**, qui n'est pas appartient. Les recherches et intentions objectifs comme ; développer la patient, surmonter la peur et/ou la dépasser l'évitement du symptôme.

C'est une sensation que le thérapeute partage avec l'autre, avec le patient, qui la reçoit. La perception quant à elle est donc propre à chacun mais peut être communiquée et alors nous entrons dans le monde de la **réalité du deuxième ordre** pour **Paul Watzlawick**.

« La réalité de premier ordre, c'est l'information que mes sens me font parvenir [...] »

D'une manière invariable nous attribuons un sens, des significations, des valeurs à ces attributions que nous donnons à la réalité de premier ordre et j'appelle ces attributions que nous donnons à la réalité de premier ordre la réalité de second ordre. »

D'après "Entretien avec **Paul Watzlawick**"

Par **Mony Elkaïm**, San-Francisco, le 12 juillet 1990

En aparté : modèle endémique ou consensuel ?

Retour d'Expérience par **Luka Fernandes (A4-21/22)** concernant « Le Lien Mécanique Ostéopathique » ou **LMO**.

C'est une méthode ostéopathique originale développée après plus de 40 ans de recherches et d'expériences cliniques. Les concepts du fondateur de l'ostéopathie, A.T. Still, ont été approfondis pour aboutir à une pratique moderne et efficace. Grâce à la collaboration de toute une équipe d'ostéopathes français et étrangers, le Lien Mécanique Ostéopathique est maintenant enseigné et pratiqué dans de nombreux pays.

Le concept du Lien Mécaniques Ostéopathique repose sur plusieurs points fondamentaux mis au point par **P. CHAUFFOUR** et **E. PRAT**.

Le repérage des structures anatomiques par la technique des dépressions cutanées.

Les tests de tensions qui diagnostiquent clairement les pertes d'élasticité tissulaire (les restrictions tissulaires sont mises en évidence sans aucune mobilisation par des tests en pression ou en traction sur des points clés. Ces tests sont effectués sur l'ensemble du corps, ne négligeant aucun système, selon un protocole très précis, rigoureux et reproductible). Une liste de ces tests et la manière de les exécuter sont présentées dans la méthode du LMO.

Les tests en balances inhibitrices qui posent le diagnostic des lésions secondaire et dominantes. (Le praticien hiérarchise, par une démarche originale, toutes les restrictions identifiées, en les comparant deux à deux pour déterminer celle qui présente sous la main la plus forte résistance tissulaire. Ce test original et propre au LMO porte le nom de "balance inhibitrice").

Le recoil, qui permet un ajustement sans manipulation ni mobilisation. (Ce geste consiste à libérer avec les doigts la fixation (perte d'élasticité tissulaire) en appliquant une très brève et vive impulsion contre la résistance des tissus. Cette technique, efficace sans mobilisation, respecte l'intégrité de la physiologie tissulaire. Elle est simple, précise, extrêmement rapide dans son exécution et confortable pour le patient. Le recoil peut être effectué sur toutes les structures du corps : articulations, nerfs, artères, os, viscères ou peau...)

L'ostéopathe va s'attacher à retracer le schéma lésionnel du patient par un examen attentif et complet de tout le corps. Avec des tests très doux de mise en pression ou traction, il va mettre en évidence les différentes fixations tissulaires pour diagnostiquer celles en causent dans les plaintes du patient.

La correction des lésions ostéopathiques à traiter s'effectue alors avec une technique simple, efficace, confortable et sans risque pour le patient : le recoil.

La méthode du Lien Mécanique est une approche ostéopathique globale qui s'adresse à l'ensemble du corps humain, quels que soient les motifs de consultation et quel que soit l'âge des individus, en cherchant à rétablir l'équilibre fonctionnel général du patient. lmo.steom.com



Aujourd'hui en France, malgré l'interrogation portée, dans quelle mesure ce modèle de la DS peut-il être encore nécessaire ?

EJ-Il est nécessaire pour l'identité de la profession et pour la justification d'exercer actuellement. Je pense qu'il est important de distinguer sans dissocier ou séparer. On peut et on devrait reconnaître ou identifier les éléments ou modèles qui ont été ou sont encore utilisés pour nous décrire ou nous définir (par nous ou par les autres) sans pour autant s'interdire un progrès, une adaptation ou une évolution. La dysfonction somatique fait partie de notre culture ostéopathique, à nous de trouver des solutions plus contemporaines.



JDR-Il y a quelques données manquantes aujourd'hui pour pouvoir répondre à ça. On a besoin de savoir :

-Est-ce que les ostéopathes peuvent trouver les DS de façon fiable (intra praticien.nes et inter praticiennes) ? [les données semblent indiquer que non]

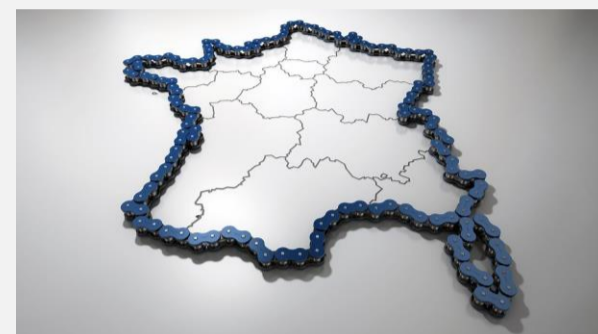
-Est-ce que les gens symptomatiques ont plus de DS que les autres (ou des DS différentes etc.) ?

-Est-ce que les ostéopathes peuvent modifier les DS ? C'est-à-dire, si les DS existaient, si les ostéopathes pouvaient les retrouver de façon fiable, est-ce que leur action manuelle peut les modifier ?

-Si les ostéopathes pouvaient modifier les DS, est-ce que cela mène à changement de symptôme, de santé ?

Sans ses éléments-là, il me semble difficile de savoir si le concept est nécessaire – ce qui ne veut pas dire qu'on devrait l'abandonner, mais on ne devrait pas non plus le voir comme un modèle clef de notre pratique, car si les réponses aux questions susmentionnées étaient négatives alors notre profession serait mise à mal.

PLL - Il semble que ce modèle soit nécessaire en France pour des raisons juridiques dans la mesure où il s'agit de la mission de l'ostéopathe.



13EME SYMPOSIUM DE NANTES

« L'angle de vue fait le point de vue »,
Corinne Boissier

Rédigé par Equipe Pédagogique Cido

Séminaires, Colloques, Congrès, Symposium, autant de manifestations nécessaires, où les multiples champs de compétences, les différents points de vues, se mutualisent et s'enrichissent réciproquement. Le sectarisme est l'opposition à cet effort d'ouverture manifeste.

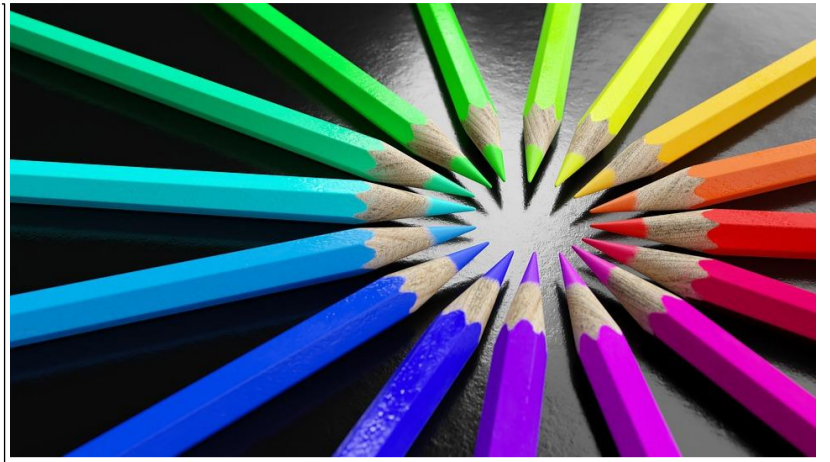
Rester curieux, ouvert à la discussion et au changement perpétuel, sont les qualités nécessaires à stimuler, dans une démarche de progrès. Véritable défi pour chaque être humain agissant pour le bien être d'autrui.

Le symposium de Nantes de 2022 a été encore l'occasion de questionner nos certitudes.

Suite P3

Dans le processus de formation des ostéopathes, quelles places devraient-on donner à l'enseignement du modèle BPS ? Même question pour celui de la Dysfonction Somatique ?

JDR- L'enseignement ostéopathique inclut déjà d'excellentes notions sur la biologie (au travers de l'anatomie, biomécanique, génétique etc), des notions acceptables en psychologie (bien qu'elles puissent parfois être déconnectées du quotidien clinique des ostéopathes) et probablement manque de contenu sur l'impact social (par exemple concernant les déterminants sociaux de la santé, les discriminations structurelles, les compétences culturelles etc). Là où probablement on a plus de mal actuellement, c'est d'offrir un cadre où ces éléments peuvent être intégrés ensemble sans hiérarchisation, ou avec une hiérarchisation plus fluide que ce qu'on peut voir dans nos modèles précédents (ou l'anatomie et biomécanique étaient les plus prévalents). Je pense que la vision moderne du modèle biopsychosocial (qu'on pourrait nommer cadre éactif) offre ça.



PLL - La question de la formation est un peu différente dans la mesure où il existe une exigence plus perceptible de la part des enseignants de se conformer aux données scientifiques avérées. Bien que les professionnels n'en soient pas exonérés, il s'agit d'une question plus saillante dans le cadre de l'enseignement.

Toutefois, la notion de dysfonction constitue aussi un élément identitaire de la profession depuis a minima Louisa Burns. Cette idée s'inscrit par ailleurs dans une tradition médicale matérialiste dont je parle longuement dans mon dernier ouvrage. La tentation de s'inscrire dans une démarche positiviste avait à cette époque largement infusé les esprits dans toute tentative de rationalisation. On la retrouve dans la « subluxation » chez les chiropraticiens notamment, la théorie des germes émergente dans une période historique contemporaine, et plus généralement tout procédé destiné à objectiver le fonctionnement de l'organisme depuis la parution en 1865 de l'ouvrage de référence de Claude Bernard.

¹ FRYER Gary et al., « Resting Electromyographic Activity of Deep Thoracic Transversospinalis Muscles Identified as Abnormal With Palpation », JAOA, 2010

¹ Article L. 1000-5 du Cod de la santé publique.

¹ L'HERMITE Pierre-Luc. *La neuve médicale au XXIème siècle*. Paris. L'Harmattan. 2022

EJ- Il est capital de faire une place à l'enseignement des modèles et encore plus à l'utilisation des modèles, ou à la capacité à s'adapter aux modèles (à venir). En faisant une place bien définie, le risque est parfois de cloisonner et réduire l'enseignement à de la théorie dans une UE, un domaine et s'interdire la transversalité et surtout la transférabilité ou l'interrelation avec la clinique. Il semble important de travailler précocement sur la manière d'organiser ses connaissances et la manière de les utiliser plus que d'accumuler des outils, modèles ou savoirs. Les thèmes comme le raisonnement, la pensée critique, l'analyse de la pratique, autour de son ou de ses expériences vécues semble des pistes intéressantes.

En seulement quelques années de nombreux modèles ont émergés ou re-émergés. Les cinq modèles structure / fonction, le système PNEI, le BPS, la pensée complexe, cynefyn, l'enaction, l'approche holistique, l'écologie corporelle ... A nous de ne pas être (trop) séduit par la nouveauté ou sombrer dans « l'actuvisme » comme une dérive de quête permanente de l'actualité sur les réseaux sociaux qui nous pousserait à vouloir être partout et finalement nulle part à la fois.

Je crois que le cursus doit être repensé depuis le terrain. Depuis ce qu'il est théoriquement et ce qu'il a été cliniquement plutôt que d'être stabilisé, figé ou réinventé par des processus qualité souvent trop réducteurs.

Définir de manière partagée la place donnée à l'utilisation et l'incorporation des savoirs actuels ou des modèles explicatifs est un des plus grands enjeux à mon sens, plus que le choix des modèles eux-mêmes. Il me semble qu'un retour à la clinique est nécessaire pour faire progresser ou valoriser notre praxis par la théorie et non pas en appliquant une théorie à notre profession.



« **Insomma le cose sono troppo complicate per consentire a un singolo individuo di capire** ». En d'autres termes les choses sont trop compliquées pour permettre à un seul individu de les comprendre.

Si l'on devait résumer ce symposium en une seule phrase ce serait probablement celle-là. La prise en charge du membre supérieur, que concernait ces présentations répond aux mêmes exigences : les douleurs de l'épaule, du bras, ou encore du coude ne peuvent être gérées et soignées par un seul et même professionnel.

Ce symposium a permis à divers professionnels de santé de présenter leurs expertises dans la prise en charge de ces troubles. Chirurgiens orthopédistes, masseurs kinésithérapeutes, ostéopathes ou encore docteurs en biomécanique ont pu exposer leurs présentations : d'une introduction sur les dimensions psychosociales de la douleur et la complexité de l'intervention ostéopathique à la prise en charge de l'épaule gelée, en passant par les dysfonctions somatiques aponévrotiques de l'avant-bras, ce symposium a exploré en profondeur un grand nombre de problématiques liées à la prise en charge des atteintes du membre supérieur.

Ce membre supérieur, alors conceptualisé comme une grue par son fonctionnement, sa conformation et sa morphologie peut parfois poser des problèmes à la prise en charge par les professionnels gérant des troubles musculo-squelettiques.

Différents intervenants ont pu proposer différentes approches plus ou moins modernes notamment sur la prise en charge des tendinopathies avec rupture partielle ou totale de la coiffe. De la recorticalisation par l'exercice à la chirurgie, les options thérapeutiques sont légion et il est toujours indispensable de les adapter à chaque patient et chaque symptomatologie.

Quelques notions essentielles sont à retenir :

-La prise en charge des troubles fonctionnels et des antécédents médicaux de l'épaule nécessite une intervention complexe pluridisciplinaire pour optimiser les résultats.



« *Les choses sont trop compliquées pour permettre à un seul individu de les comprendre* »

Retour d'expérience – Symposium de Nantes – Benjamin Delorme (A5 CIDO nouvellement diplômé)

-Les tests cliniques concernant l'épaule sont pour la plupart peu sensibles et peu spécifiques ; il est essentiel de les pratiquer en clusters pour augmenter et améliorer leur utilité. Par ailleurs, un autre problème s'ajoute à cela : on ne sait bien souvent pas ce qu'on recherche exactement puisqu'il y a un manque de corrélation entre une atteinte anatomique spécifique et une douleur ou un motif de consultation particulier.

Ainsi, l'ostéopathe doit trouver son identité et sa place dans le paysage de soin pour optimiser sa gestion des troubles du membre supérieur ; d'après les données les plus récentes, il est indispensable de croiser les tests d'examen clinique, les utiliser en cluster mais aussi et surtout pas comme un simple outil diagnostique mais comme un point de repère pour la gestion du patient. C'est vrai pour les troubles de la coiffe comme pour les problématiques neurodynamiques avec les routines de test du syndrome du défilé thoracique.



L'ostéopathie dans le sport de haut niveau

Rédigé par Equipe Pédagogique Cido

Sujet populaire avec deux congrès en mai-juin 2022 en France (l'un organisé par l'ESO Paris et l'autre par l'UFOF).



RETOUR DU CONGRÈS DU VENDREDI 13 MAI 2022 : OSTÉOPATHIE DANS LE SPORT DE HAUT NIVEAU

NIVEAU DE FRANCE 1998 À PARIS 2024

Un congrès sur l'Ostéopathie du sport de Haut Niveau s'est déroulé le vendredi 13 Mai 2022 à Paris. Ce congrès a été animé par Marc Maury (speaker de Roland Garros et de 9 jeux olympiques en tant que consultant) et s'est déroulé sous forme de tables rondes, permettant ainsi le partage d'expériences, que ce soit par des ostéopathes, des médecins, des entraîneurs, des préparateurs physiques, mais aussi par des sportifs de haut niveau (comme Perrine Laffont, skieuse acrobatique).

Durant ce congrès, de nombreux points ont été abordés comme par exemple, la place de l'ostéopathie dans le sport de haut niveau, la prise en charge d'un sportif de haut niveau pendant les échéances majeures (Roland Garros, jeux olympiques, etc.) ou bien la construction d'un staff pluridisciplinaire.

L'ostéopathie dans le sport de haut niveau est considérée comme importante par la plupart des sportifs ayant donné leur avis lors de ce congrès.

Chez le sportif de haut niveau, l'ostéopathe jouera surtout un rôle dans la prévention de blessures, ainsi que dans l'adaptation à l'effort.

L'ostéopathe et le sportif vont créer un lien relationnel fort, notamment en raison de la durée soutenue d'une séance (45 min).

Ce lien permettra ainsi au sportif de favoriser un lâcher prise corporel, d'optimiser sa concentration que ce soit en compétition ou à l'entraînement.

Chaque prise en charge du sportif va tout de même être différente en fonction du sportif, du contexte, du timing (avant / après compétition). Il faut être informé aussi sur le fait que le sportif de haut niveau connaît très bien son corps. Il est donc important de prendre en compte ses suggestions / demandes tout en gardant un œil thérapeutique qui permet aussi d'identifier ses besoins.

Au sein d'un staff médical, l'ostéopathe est de plus en plus sollicité et utile, bien que certaines structures de la santé soient encore réticentes à cette collaboration. Il est aussi important pour l'ostéopathe de savoir demeurer dans son champ de compétences sans empiéter sur le travail des préparateurs physiques ou des entraîneurs sportifs. La communication est donc essentielle entre toutes les personnes composant ce staff.

La communication aura un impact positif sur l'efficacité de la santé sportive, sur la cohésion du groupe, en créant des objectifs en commun, et pourquoi pas obtenir de beaux résultats !



6 écoles d'ostéopathie ont finalement bénéficié d'une prolongation d'agrément jusqu'en 2026 au 05 mai 2022, après l'avoir perdu en juillet 2021 (source <https://www.osteopathe-syndicat.fr>)

Veille scientifique bi-annuelle. Du 1^{er} décembre 2021 au 31 mai 2022.

« Osteopathic Manipulative Treatment » a été le mot clé introduit dans le moteur de recherche de pubmed.

Aucune méta analyse n'a été extraite par cette méthodologie. On recueille 5 études randomisées qui feront l'œuvre de quelques commentaires. En sollicitant le curseur de « Etude Systémique » de pubmed, 2 études apparaissent qui feront également l'objet d'un commentaire. On comptabilise 11 revues et 28 revues-documents qui feront l'objet d'un commentaire d'ensemble.

Parmi les 5 études randomisées extraites, on identifie

Une première étude portant sur l'effet de manipulations ostéopathiques, sur la cinématique de la marche de personnes souffrant d'une maladie de Parkinson aux stades 1.0-3.0 selon l'échelle de Hoehn et Yahr (1967).

Une deuxième présentant les influences réciproques entre la posture, des douleurs de l'articulation temporo mandibulaire, et un traitement ostéopathique.

Une troisième étude répondant à l'exploration des effets de manipulations ostéopathiques apportées sur la concentration de ces lactates sanguin auprès d'un public de sportifs de Hauts Niveaux.

Une 4^{ème} étude concluant à un effet significatif de la combinaison de l'intervention ostéopathique avec un entraînement respiratoire, sur des variables physiologiques dans un contexte de soins d'une hypertension artérielle pulmonaire.

Une 5^{ème} étude complexe s'intéressant au modèle biomécanique de l'hystérésis des tissus de la région cervicale. C'est une recherche sur l'évolution de la réaction tissulaire cervicale, sous l'effet d'une contrainte, selon plusieurs jours et plusieurs manipulations.

Sur les 2 études relevant de revue systématique, une ne correspondait pas au domaine de l'ostéopathie. La Deuxième répondait à une discussion sur l'intérêt de manipulation ostéopathique en post-chirurgie du genou (greffe).

Sur les 28 livres et documents, on peut constater une réflexion opérative répétitive sur les différentes parties du corps, relevant de références professionnelles.

Sur les 11 revues, un sujet a attiré notre attention : « International Overview of Somatic Dysfunction Assessment and Treatment in Osteopathic Research: A Scoping Review » qui ne fera pas l'objet de commentaires. Ceux-ci se concentrant sur les 5 études randomisées sus citées.



1. [Effects of osteopathic manipulative treatment vs. osteopathic cranial manipulative medicine on Parkinsonian gait.](#)

Terrell ZT, Moudy SC, Hensel KL, Patterson RM. J Osteopath Med. 2022 Feb 14;122(5):243-251. doi: 10.1515/jom-2021-0203

Dans ce résumé d'article, le questionnement principal semblerait se porter sur l'effet de manipulations ostéopathiques, sur la cinématique de la marche de personnes souffrant d'une maladie de Parkinson aux stades 1.0-3.0 selon l'échelle de Hoehn et Yahr (1967). Pour information, cette échelle évalue la sévérité globale de la maladie sur 5 stades ; plus le chiffre est important, et plus la maladie est qualifiée de sévère (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379751/> consulté le 20/06/2022). Ainsi la population étudiée du groupe témoin, inclut parmi ses individus un niveau d'atteinte unilatérale sans trouble de l'équilibre à minima, jusqu'à une instabilité posturale modérée avec autonomie physique (<https://www.abbviepro.com/fr/fr/neurosciences/Neurosciences/outils-et-services/echelle-evaluation-suivi.html> consulté le 20/06/2022).

Le choix des techniques utilisées pendant le protocole s'appuie sur un **postulat** selon lequel l'irrigation sanguine du cerveau serait améliorée à l'aide de manipulations crâniennes. Un **deuxième postulat** serait d'affirmer que si le cerveau connaît une meilleure irrigation dans la cadre d'une maladie de Parkinson de stades 1,2,3 selon l'échelle évoquée plus haut, alors la locomotion pourrait s'améliorer. On pourrait peut-être reconnaître dans la forme de ce raisonnement, un *syllogisme*, s'appuyant sur des arguments qui pourraient être encore questionnés.

La **méthodologie est intéressante**, puisqu'elle réalise de prime abord une analyse **biomécanique du mouvement**, avec de nombreuses variables, à l'aide de **18 caméras**. On pourrait alors peut-être s'interroger sur les effets cliniques recherchés : accroître les amplitudes segmentaires au mouvement volontaire, accroître l'équilibre dynamique (prévention des chutes) ? A quel terme ?

D'autre part, cette méthodologie a multiplié les groupes. En effet, on comptabilise d'abord, 2 grands groupes répartis entre 45 personnes malades et 45 personnes non malades. Pour chacun de ces groupes, 3 protocoles de techniques étaient construits : un sous-groupe avec un traitement ostéopathique « corps entiers », un sous-groupe avec un traitement interprété comme cranio-sacré (« neck down »), et enfin un sous-groupe dit « sham ».

Quelques résultats à noter. Tout d'abord, le fait d'avoir une maladie de Parkinson diagnostiquée aux stades 1,2,3 selon l'échelle de Hoehn et Yahr (1967), les extensions du genou et de la hanche sont plus réduites qu'une personne non malade.

Bien que dans ce résumé, la publication des résultats ne nous permette pas d'être davantage critique, il semblerait que la cinématique de la marche s'améliore à court terme, indépendamment de l'approche ostéopathique corps entier ou cranio-sacré (le groupe « sham » n'est pas développé »), dans cette population ayant maintenu son autonomie physique.

Peut-on s'interroger sur l'évolution de la représentation corporelle à court terme, des patients atteints de cette maladie, profitant d'un traitement ostéopathique ? Existe-il d'autres échelles d'évaluations de la sévérité de cette maladie ? Des questions qui mériteraient peut-être un approfondissement.

[2. Relationship between osteopathic manipulative treatment of the temporomandibular joint, molar shim and the orthostatic position: A randomized, controlled and double blinded study.](#)

Detoni R, Hartz CS, Fusatto EL, Bicalho E, Nascimento-Moraes KSG, Rizzatti-Barbosa CM, Lopes FOT. J Bodyw Mov Ther. 2022 Jan;29:187-197. doi: 10.1016/j.jbmt.2021.09.021. Epub 2021 Oct 22

Cette article présente l'étude des influences réciproques entre la posture, des douleurs de l'articulation temporo mandibulaire, et un traitement ostéopathique. Le résumé de cet article rend difficile la compréhension de la méthodologie. On pourrait être curieux de savoir, par quelle méthodologie ont-ils réussi à réaliser une étude en double aveugle avec une intervention ostéopathique. Plusieurs **postulats** semblent être inclus préalablement dans la construction de ce protocole. Le postulat initial reposerait sur les principes théoriques de la posture, où une « cale » localisée entre des molaires pourrait influencer l'équilibre statique d'une personne souffrant de l'ATM. **Sur un autre principe où le déséquilibre postural induirait de facto de la douleur.** La manipulation pourrait influencer la posture immédiatement après sa réalisation, influençant à son tour des douleurs musculo-squelettiques (comme au niveau des trapèzes et de l'ATM). **La conclusion du résumé de cette publication** est que **le traitement ostéopathique de l'articulation temporo-mandibulaire modifie la posture « orthostatique »**. Jusqu'à quel point pourrait-on considérer que la modification de la posture orthostatique est considérée comme un problème de santé, dès que lors qu'une douleur puisse être absente ? Une ultime question qui pourrait être encore discutée.

Rubrique : « le saviez vous ? »

LE DC/TMD répond à une liste de critères permettant de classifier la sévérité des troubles de l'articulation temporo mandibulaire. Parmi ces critères on retrouve : l'intensité de la douleur, l'incapacité liée à la douleur, la détresse psychologique, les limitations fonctionnelles des mâchoires, les comportements para fonctionnels

[3. The effect of osteopathic manipulative treatment on anaerobic performance and lactate clearance in male athletes: a double-blind, randomized, sham-controlled, crossover study.](#)

Akkaş MB, Belviranlı M, Okudan N.J Sports Med Phys Fitness. 2022 Apr;62(4):500-507. doi: 10.23736/S0022-4707.21.12219-4. Epub 2021 Jun 16. PMID: 34132512 Clinical Trial.

« BACKGROUND: The aim of this study was to examine the effect of osteopathic manipulative treatment »

Le lactate mesuré dans le sang est une méthode indirecte témoignant de l'intensité d'un exercice physique réalisé en anaérobie, selon une durée de plusieurs dizaines de secondes. Il ne serait pas en tant que tel un facteur limitant de l'effort, mais plutôt un marqueur biologique d'un mécanisme biochimique inhérent aux cellules musculaires. Cette étude s'intéresse aux effets de manipulations ostéopathiques apportées sur la concentration de ces lactates sanguin. Sur le faible effectif de cette étude de 14 athlètes, un effet est observé entre la baisse de la lactatémie et les manipulations ostéopathiques. Pour le groupe témoin de 7 athlètes, la performance ne s'améliore pas (très court terme) malgré cette baisse. Quelques questions peuvent alors se poser ; les manipulations pourraient-elles favoriser la récupération à court terme et la performance ? Le marqueur du Lactate est-il suffisant pour prédire la qualité d'une performance anaérobie (wingate-test à 10 et 15 min) ? A quoi peut ressembler un « traitement fictif » dans le groupe placebo. Les auteurs mettent en avant la trop faible quantité d'athlètes, pour affirmer la présence d'un effet significatif. Cette étude est intéressante car elle questionne sur l'utilité de l'ostéopathie auprès des sportifs, dans le registre de la performance et non celui de la douleur musculo-squelettique (curatif).

[4. Effects of Adding Respiratory Training to Osteopathic Manipulative Treatment on Exhaled Nitric Oxide Level and Cardiopulmonary Function in Patients With Pulmonary Arterial Hypertension.](#)

Naci B, Demir R, Onder OO, Sinan UY, Kucukoglu MS. Am J Cardiol. 2022 Jan 1;162:184-190. doi: 10.1016/j.amjcard.2021.09.023. Epub 2021 Oct 24. PMID: 34706819 Clinical Trial

Cette étude conclut à un effet significatif de la combinaison de l'intervention ostéopathique avec un entraînement respiratoire, sur des variables physiologiques, semblant elles-mêmes corrélées à l'hypertension artérielle pulmonaire. L'intervention ostéopathique seule semble aussi avoir des effets. Notons que les protocoles incluaient un rythme de 2 séances hebdomadaires planifiées sur 8 semaines. L'effectif total retenu était de 54 patients, répartis après inclusions selon les critères établis à 3 groupes de 16 individus. Rappelons que cette maladie de l'hypertension artérielle pulmonaire est rare et grave aboutissant à une insuffisance cardiaque droite. L'absence fréquente de symptômes peut malgré tout rendre sa détection difficile. Notons que cet article a été diffusé dans la revue du journal américain de cardiologie en 2022.

[5. Retention of tissue texture change after cervical muscle energy and high velocity low amplitude intervention: implications for treatment intervals.](#)

Barnes PL, Casella FJ, Lai H, Airaksinen O, Kuchera ML. J Osteopath Med. 2022 Jan 24;122(4):203-209. doi: 10.1515/jom-2021-0187. PMID: 35077638 Free article. Clinical Trial.

Dans cette étude, les auteurs ont cherché à apprécier l'évolution des **caractéristiques physiques des tissus de la région cervicale**, en réaction à une contrainte. Un système vivant comme celui de la région cervicale, pourrait modifier ses réactions dans des composantes comme la **mobilité** ou la **fréquence** ; cette sensibilité aux réactions change dans le temps. Ce phénomène biomécanique est appelé **hystérésis**. Dans cette étude à la méthodologie complexe, les auteurs constatent que les composantes du phénomène d'*hystérésis* de la région cervicale, après une première manipulation type HVLA, sont significativement présents (fréquence seule), et disparaissent avant une 2ème manipulation cervicale réalisée à 7-10 jours. Après la 2ème manipulation ce phénomène est à nouveau observable. De là, ils concluent que le temps nécessaire à l'évaluation de l'hystérésis devrait être allongé (jusqu'à 15 jours) afin d'observer encore un phénomène d'hystérésis avant une 2ème manipulation. Ne pourrait-on pas se questionner d'abord sur la possible brièveté des effets tissulaires observables après une manipulation HVLA de la région cervicale ? L'hystérésis a été mesurée à l'aide d'un « duromètre » et sur des tissus vivants.