

# L'OSTÉOPATHE

N°16 • FÉVRIER / MARS 2013

MAGAZINE



enquête

## **FASCIAS :** LA RÉVOLUTION ANATOMIQUE EST EN MARCHÉ

**REPORTAGE**

Quand la fasciathérapie  
touche le thérapeute !

**COURRIER DES LECTEURS**

Quelle est la durée  
entre deux traitements ?

**HORIZONS**

Mutuelles et réseaux  
d'ostéopathes : que penser ?

# L'OSTÉOPATHE

revue indépendante magazine

**PRESSE PRO** → **ABONNEMENT DÉDUCTIBLE**  
de vos frais professionnels

-20%

**OFFRE PRO - 6 numéros 120 €** au lieu de 150 €

-30%

**OFFRE PRO - 12 numéros 210 €** au lieu de 300 €

-60%

**OFFRE ÉTUDIANT\* - 6 numéros 60 €** au lieu de 150 €

\* joindre une copie de la carte d'étudiant

**ACHAT AU NUMÉRO 25 € ttc/numéro**

O F F R E  
S P É C I A L E  
A B O N N É S

Complétez votre  
collection avec les

A N C I E N S  
N U M É R O S

à TARIF  
P R É F É R E N T I E L

**ABONNÉ PRO - 14,90 € ttc/numéro : - 40 %**

**ABONNÉ ÉTUDIANT - 9,90 € ttc/numéro : - 60 %**

ACHATS DES NUMÉROS DÉJÀ PARUS : je coche les numéros choisis  
(Retrouvez les sommaires des anciens n° sur [www.losteopathe.fr](http://www.losteopathe.fr))

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

total  
..... €

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

M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M.

Profession \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

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

Je règle par chèque bancaire ou postal à l'ordre de RCR Éditions

Je règle par virement bancaire :

BRED - Paris Saint-Fargeau / RIB 10107 00651 00127018074 83 / IBAN FR76 1010 7006 5100 1270 1807 483

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

**Votre abonnement est déductible de vos frais professionnels**

Je souhaite recevoir une facture

Date :

Signature :

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

## Ours

### Rédacteurs en chef :

Guillaume Mercier  
Reza Redjem-Chibane

### Ont contribué à ce numéro

Bernard Jurth, Bruno Ducoux,  
François Ricard, Gary Fryer, Luc-  
Marie Augagneur, Sarah Didier,  
Thibault Dubois & Yves Laval.

### Directrice artistique

& maquette : Agnès Bizeul  
Site internet : Badara N'Diaye

### Publicité & partenariats :

Samy Redjem-Chibane  
Photo édito : Marika Gérone  
www.marikagerone.com

## 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



## Soyez patients !

D'abord la recherche fondamentale, puis la recherche appliquée, enfin la mise en pratique. C'est le cycle classique de l'innovation scientifique. En ostéopathie, c'est souvent l'inverse. Observation, pratique, théorisation. Avec la recherche sur les fascias, un cycle normal de recherche a été initié. À l'occasion du *Congress Fascia* de Bruxelles, nous avons découvert des travaux de recherche fondamentale sur les fascias. Biophysiciens, biochimistes, anatomistes, embryologistes, biologistes, psychologues, etc. menant des recherches autour d'une pratique : la fasciathérapie.

Une approche intéressante pour l'ostéopathie qui pourra transposer la pluridisciplinarité de sa prise en charge à la recherche. L'ostéopathie doit séduire les chercheurs pour appuyer son efficacité thérapeutique sur des fondements scientifiques irréfutables. Petit à petit, brique après

brique, le concept ostéopathique prendra forme dans l'esprit même de la communauté scientifique. Elle s'imposera alors auprès du corps médical. La progressivité est un critère de scientificité. Alors, soyez patients !

Car les domaines d'expertises que mobilise l'ostéopathie sont très larges et la première intention place l'ostéopathe devant de grandes responsabilités. De plus, l'évolution actuelle de la médecine lui attribue une prise en charge unique du patient.

Cette nécessaire implication et ce difficile positionnement vis-à-vis de la médecine et des patients pourront amener les ostéopathes, comme d'autres thérapeutes, à traverser une « crise identitaire ». Dans ce moment bien particulier, ils devront être lucides pour opérer des choix professionnels en phase avec eux-mêmes et en adéquation avec une jeune profession au cadre encore mal défini. Finalement, vous trouverez la meilleure définition de l'ostéopathie à travers les attentes mêmes de vos patients. Les premiers à vous faire confiance. Les premiers à vous renvoyer la réalité de votre situation dans un contexte difficile et incertain. Là encore, soyez patients !

Reza Redjem-Chibane  
Rédacteur en chef

# SOMMAIRE

## ACTUALITÉS

**06 brèves**

## CRÂNIO

**13 mots croisés**

Les mots de l'ostéo  
Qui suis-je ?

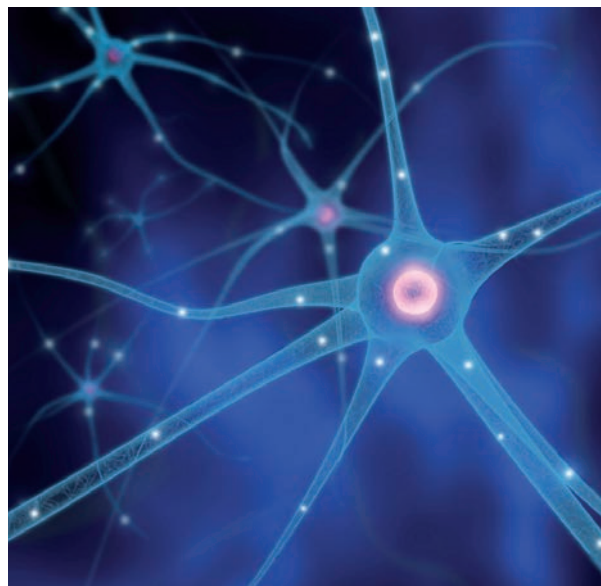
## ACTUALITÉS

**14 agenda**

**16 Courrier des lecteurs**

Quelle est la durée entre deux traitements ?

**18 formations**



## MÉTIER

### 22 **enquête**

**Fascias :**  
la révolution anatomique  
est en marche

**24** Robert Schleip :  
un pionnier de l'exploration des fascias

**28** Ceci n'est pas une articulation !

### 30 **reportage**

**Quand la fasciathérapie  
touche le thérapeute !**  
Impacts identitaires de la  
formation à la fasciathérapie



## HORIZONS

### 32 **décryptages**

**Mutuelles  
et réseaux d'ostéopathes :**  
que penser ?



**35** **DANS LE PROCHAIN  
NUMÉRO**

## Convention entre le SFDO et Carte Blanche Partenaires

Le SFDO (syndicat français des ostéopathes) et Carte Blanche Partenaires ont signé une convention applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Carte Blanche Partenaires, plateforme santé créée en 2001, intervient entre autres dans le domaine du tiers payant et la gestion des réseaux de professionnels de santé pour les organismes complémentaires. Cette convention prévoit la mise à disposition d'un réseau d'ostéopathes exclusifs au profit des personnes protégées par les organismes maladie complémentaires rassemblés au sein de Carte Blanche Partenaires. Les critères d'admission à ce réseau sont :

- Être titulaire d'un diplôme d'ostéopathe conforme aux dispositions de l'arrêté du 25 janvier 2011 portant enregistrement au Répertoire National des Certifications Professionnelles et aux recommandations de l'OMS. Il s'agit donc d'un titre de niveau 1.
- Respecter une obligation de formation continue,
- Respecter un code déontologie,
- Souscrire à une assurance en responsabilité civile professionnelle.

Les honoraires des ostéopathes membres du réseau seront libres. Ils devront être fixés avec tact et mesure, mais ne devront pas excéder 70 €, sauf dérogation admise par une commission paritaire de gestion des partenariats.

Cette convention ne prévoit pas l'organisation d'un système de tiers payant, et les assurés conservent une entière liberté de choix du praticien sans que cela porte atteinte au remboursement auquel ils ont droit.

Voir également notre reportage *Mutuelles et réseaux d'ostéopathes : que penser ?* pages 32 à 34.

Source : SFDO

## L'homéopathie en danger

En application de la directive européenne 2001/83/CE modifiée au 15 décembre 2010, 75 % des remèdes homéopathiques deviennent indisponibles de fait sur le territoire français selon l'APMH (Association pour la Promotion de la Médecine Homéopathique). En effet, l'application de règlements européens aboutit à demander, pour des raisons de traçabilité, un montant élevé pour l'enregistrement de chaque souche homéopathique. Il existe plus de 5 000 souches répertoriées par la communauté médicale homéopathique internationale et pour des raisons économiques, les fournisseurs de préparations homéopathiques français ne peuvent proposer aujourd'hui qu'environ 1 000 souches.

Or, selon le *nombre d'Avogadro*, aucune molécule du produit initial ne se retrouve dans les dilutions homéopathiques à partir de la 12CH. Seule persiste l'information apportée par la souche et transmise au milieu hydro alcoolique. La sécurité de ces dilutions est donc incontestable.

Source : [www.apmh.asso.fr](http://www.apmh.asso.fr)

## Une cause bactérienne à la malnutrition

Une étude réalisée chez des jumeaux au Malawi montre que la malnutrition pourrait ne pas être uniquement due au manque de nourriture, mais aussi à la présence de certaines bactéries intestinales. Pour arriver à cette conclusion, les auteurs américains de cette étude ont suivi 377 paires de jumeaux du Malawi dès leur naissance et pendant environ trois ans. La malnutrition est, en effet, fréquente dans ce pays d'Afrique subsaharienne. Mais les scientifiques se sont toujours interrogés sur le fait que certains enfants souffraient d'une certaine forme de malnutrition, le kwashiorkor (gonflement abdominal, lésions du foie, ulcérations de la peau, perte de l'appétit et du poids), et d'autres non, malgré une alimentation identique, et parfois au sein d'une même famille.

Dans l'étude américaine, la moitié des paires de jumeaux ne présentait pas de signes de malnutrition, alors que dans l'autre moitié, un ou même les deux jumeaux étaient atteints du kwashiorkor, suggérant l'absence de cause génétique.

Les auteurs ont alors montré que les enfants malnutris avaient un profil de leur flore microbienne différent des enfants sains. Après une alimentation thérapeutique composée d'aliments riches, puis interruption de ce régime, les enfants retrouvaient leur profil "anormal" initial.

Des résultats confirmés par une étude chez des souris et qui permettent d'envisager une action par l'alimentation pour modifier la flore intestinale et améliorer la prise en charge de la malnutrition, responsable d'un million de décès chaque année dans le monde.

Source : [www.sciencemag.org](http://www.sciencemag.org) (30 janvier)

## LIVRES

**Ostéopathie, énergétique chinoise ...**

Cet ouvrage présente une synthèse thérapeutique reposant sur les relations étroites entre anatomie et physiologie, entre structure et fonction, entre corps et esprit, entre terre et ciel. Son auteur, Pascal Pesselon s'adresse à tous ceux qui portent un intérêt dans le domaine de la santé pour une dimension holistique.

*Ostéopathie, énergétique chinoise ...* est paru aux éditions Dangles

**Le concept de globalité en ostéopathie**

L'interrelation structure/fonction, la capacité d'autorégulation du corps et la globalité sont trois grands principes qui fondent la réflexion et la pratique ostéopathique. Ils orientent l'assimilation et l'utilisation des connaissances anatomiques, physiologiques ou biomécaniques par le praticien.

Le concept de globalité, en raison de son apparente simplicité, est le plus mal défini. Ses acceptions vont d'une simple vision de l'interdépendance des parties du corps à une appréhension par le praticien d'un patient, partie de l'univers, et constitué d'un corps et d'un psychisme qui s'influencent. Autant de définitions différentes qui trahissent le flou de ce concept et donc des pratiques qui s'en réclament.

À travers l'étude des textes de Still, Littlejohn et Sutherland et de rencontres avec des ostéopathes, Marie Eckert s'interroge sur le concept de globalité pour lui donner un sens précis.

*Le concept de globalité en ostéopathie* est paru aux éditions De Boeck

**Questions au Sénat**

Jean-Patrick Courtois attire l'attention de Mme la ministre des Affaires sociales et de la Santé sur les conditions de formation des ostéopathes. Ils bénéficient d'une réelle confiance du public et soignent chaque année, en première intention, plus de nos concitoyens que la plupart des professionnels de santé.

Les ostéopathes s'inquiètent de l'augmentation préoccupante du nombre d'établissements de formation agréés par ses services et dont la qualité est particulièrement hétérogène, comme le souligne le rapport alarmant remis par l'inspection générale des affaires sociales en avril 2010. (...)

Il lui demande de « réengager très rapidement un travail sur l'encadrement réglementaire de l'exercice tant sur le volet formation que sur l'encadrement des écoles » et ce afin avant tout de « répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins ». Serait-il possible d'établir un référentiel de formation de niveau master 2 ainsi qu'un régime d'autorisation de ces établissements supérieurs privés fondé notamment sur un contrôle de conformité sur site ?

Source : JO du 24 janvier

**Belgique : le financement public des pratiques non conventionnelles remis en question**

Les doyens des facultés de médecine des universités belges de l'ULB, la VUB, l'UGent, l'ULg, l'Université de Mons, la KUL, l'UCL, l'Université d'Hasselt, l'UA et l'Université de Namur recommandent « fermement » de mettre fin à tout financement public des pratiques non conventionnelles, telles que l'ostéopathie, l'homéopathie ou l'acupuncture. Ils rappellent qu'il ne peut être question pour leurs facultés d'enseigner des pratiques dont l'efficacité n'est pas scientifiquement démontrée et soulignent que le rapport du centre d'expertise (KCE) a bien confirmé l'absence de toute démonstration d'efficacité de ces pratiques, à l'exception de quelques domaines particuliers du traitement des maux de dos pour l'ostéopathie. Ils recommandent l'obligation d'un diagnostic et d'une indication de traitement par un porteur d'un diplôme de médecin préalablement à l'accès à ces praticiens. Dans une période de forte restriction où même des traitements médicaux basés sur les preuves voient leur financement raboté, les doyens recommandent fermement de mettre fin à tout financement public de ces pratiques non conventionnelles. Ils ne ferment cependant pas tout à fait la porte à une intégration de certains éléments de ces pratiques dans les enseignements, à condition qu'une évaluation scientifique sérieuse atteste de leur efficacité.

Source : [www.rtl.be](http://www.rtl.be) (25 janvier)

## Born to be alive !

L'Université Paris Descartes et Dassault Systèmes, en partenariat avec le laboratoire iLumens, ont mis en ligne le 28 janvier le projet BornToBeAlive. Destiné aux futurs parents, ce programme virtuel les prépare à l'accouchement. Il permet en effet de vivre en 3D et de manière réaliste la naissance. L'objectif est de familiariser les futurs parents avec le moment-clé de la naissance et de réduire leurs inquiétudes quant aux gestes à réaliser lors de l'accouchement. Sur le site web de BornToBeAlive, les internautes peuvent échanger et poser leurs questions directement à des médecins et des sages-femmes. Chaque étape, expliquée en détail, permet d'apprendre à gérer les premières contractions, la douleur, ou encore de découvrir ce qu'il se passe dans le ventre de la mère le jour J.

Source : <http://borntobealive.fr/>

## Evaluation des médicaments : un nouvel outil de mesure

La HAS vient d'élaborer un nouvel index d'évaluation en santé : l'index thérapeutique relatif (ITR). Il devrait remplacer prochainement les notions de SMR (Service Médical Rendu) et ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu) dans l'évaluation d'un médicament avant sa mise sur le marché et la fixation de son prix de remboursement. L'affaire du Médiateur a remis en cause ces critères actuels d'évaluation des spécialités pharmaceutiques.

La notion d'Index Thérapeutique est déjà présente dans la littérature scientifique, à côté de coefficient, indice ou fenêtre thérapeutique, retenus pour l'évaluation d'un produit de santé. Cette annonce permet surtout de rappeler que la priorité est la recherche du meilleur rapport bénéfique/risque ou efficacité/tolérance du produit. Mais l'index est également déclaré « Relatif ». Il a donc pour objectif d'évaluer l'intérêt clinique d'un nouveau médicament par rapport aux stratégies thérapeutiques de référence, c'est-à-dire par rapport aux médicaments déjà existants. Une approche nouvelle.

Source : HAS

## Le top 10 de l'automédication en 2012

Alors que la prescription médicamenteuse a diminué en 2012 (- 2,4 %), l'automédication a progressé de 2,4 %, selon le baromètre de l'AFIPA (Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable). Les antalgiques arrivent en tête (+ 5,1 %) et le marché des accessoires et dispositifs médicaux, non soumis à prescriptions, et celui des compléments alimentaires connaissent également une croissance de respectivement 4,3 % et 5,9 %.

L'automédication se développe progressivement chez des patients soucieux d'être acteurs de leur santé, mais la France affiche néanmoins un retard majeur par rapport aux autres pays européens. Les 10 médicaments les plus vendus du marché de l'automédication sont :

- 1- Doliprane
- 2- Tanakan
- 3- Berroca
- 4- Humex
- 5- Oscillococinum
- 6- Titanoreine
- 7- Alodont
- 8- Rhinadvil
- 9- Mycolydralin
- 10- Fervex

Source : [www.afipa.org](http://www.afipa.org)

## La Suisse reconnaît l'ostéopathie comme une profession

L'ostéopathie reconnue en tant que médecine complémentaire figure désormais au registre des professions reconnues en Suisse et un diplôme intercantonal régit l'ostéopathie depuis le début de l'année. « Elle figure donc parmi les premières médecines complémentaires à être reconnues par les autorités et les assurances et après l'Angleterre, la Suisse est le premier état en Europe à réglementer cette profession », s'est félicité Sebastian Byrde, président de la FSO. L'accord intercantonal sur les ostéopathes avait été approuvé en 2006 par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires. Il prévoyait la création d'un examen intercantonal avec la délivrance d'un diplôme.

Une période transitoire jusqu'au 31 décembre dernier a permis aux ostéopathes qui pratiquaient déjà de se mettre en règle. Près de 800 diplômes ont été délivrés, dont plus de la moitié en Suisse romande.

Source : RTS INFO (16 janvier)



## Réseau de santé : les ostéopathes mutualisés

Santéclair accompagne les complémentaires santé (assureurs, mutuelles, courtiers, institutions de prévoyance) dans la prise en charge de leurs adhérents. Une trentaine de compagnies dont 4 actionnaires de Santéclair : Allianz, MAAF-MMA, IPECA et la Mutuelle Générale de la Police proposent les services de Santéclair à leurs adhérents en santé, soit 6 millions de personnes. Récemment, Santéclair a mis en place deux nouveaux réseaux : un réseau d'ostéopathes exclusifs et un réseau de chiropraticiens. Pour cela, deux appels d'offres ont été lancés en décembre 2012 à l'ensemble des ostéopathes exclusifs ainsi qu'à tous les chiropraticiens de France métropolitaine. Ces réseaux seront opérationnels à partir de mars 2013. À l'issue de cet appel d'offres, 10 ostéopathes par département seront retenus après évaluation de leur dossier de candidature. Une fois partenaires, les ostéopathes devront :

- adapter le tarif de leurs consultations selon leur compétence et leur expérience professionnelle,
- mettre en place une télétransmission aux assureurs du justificatif de la note des honoraires préalablement payés au comptant par l'assuré

De son côté, Santéclair s'engage à communiquer à ses bénéficiaires les coordonnées des ostéopathes, leurs tarifs de partenariat et des informations les concernant. En effet, une plate-forme de contact communique aux assurés au moins 3 adresses de partenaires, les plus proches de leur domicile ou de leur lieu de travail, leurs tarifs pratiqués dans le réseau, ainsi que la date de leurs diplômes et leurs qualifications.

Voir également notre reportage *Mutuelles et réseaux d'ostéopathes : que penser ?* pages 32 à 34.

Source : [www.santeclair.fr](http://www.santeclair.fr)

## De quoi ont peur les professionnels de santé ?

Le Scan CMV-Médiforce 2013 passe en revue les angoisses de 480 représentants de 10 professions de santé. Près de 6 sur 10 redoutent les transformations du marché de la santé lié à Internet, l'automédication, l'arrivée des soins low cost ou encore la concurrence de l'étranger. Les professionnels consultés par CMV Mediforce sont pessimistes vis-à-vis de la médecine générale en raison de la décline démographique (50 %), la dévalorisation de la profession (42 %) et le poids croissant de la réglementation (30 %). La nouveauté en 2012, c'est la montée d'Internet, de l'automédication, de la distribution low cost. Si les médecins généralistes sont encore peu touchés, ce n'est pas le cas de leurs confrères radiologues, pharmaciens, paramédicaux (kinésithérapeutes et infirmiers) biologistes ou vétérinaires.

Si les chirurgiens-dentistes craignent la concurrence de la pratique low cost à l'étranger, les infirmiers et les kinés restent optimistes même si Mediforce note une légère touche de pessimisme, liée à une baisse des remboursements ou la non-revalorisation tarifaire. Les kinésithérapeutes redoutent notamment la concurrence des professions satellites comme les ostéopathes par exemple. L'étude complète est disponible sur le site CMV-Mediforce

Source : [www.cmvmediforce.fr](http://www.cmvmediforce.fr)

## Surdiagnostic : « les médecins sont des machines »

Le docteur Sauveur Boukris, médecin généraliste, se demande dans son livre, *La fabrique de malades, ces maladies qu'on nous invente* paru aux éditions du Cherche Midi, si l'excès de médecine ne nuit pas à la santé. Selon lui, les médecins doivent réfléchir et prendre du recul sur les recommandations qui standardisent la médecine. Cet ouvrage vise à éclairer le grand public sur les pratiques médicales afin de mieux connaître comment les médecins prescrivent examens et médicaments.

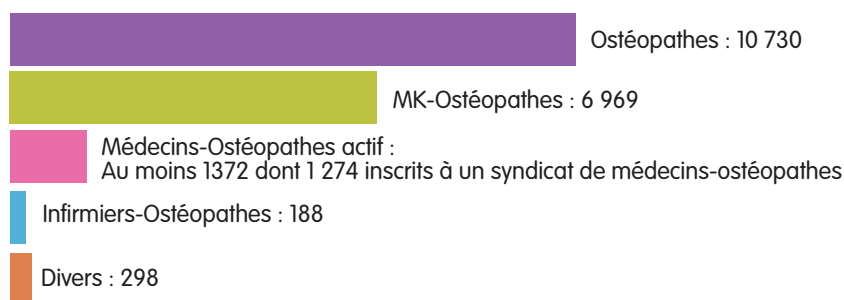
Il s'adresse également aux professionnels de santé et en particulier aux médecins qui appliquent des dogmes et qui ont plus de réflexes que de réflexions. « Il faut développer le sens critique et débattre entre médecins sur les pratiques », précise le docteur Sauveur Boukris. Cette surconsommation, cette surprescription, ces recommandations qui sont basées sur des objectifs à atteindre ou sur des facteurs de risques sont le résultat du travail d'experts qui ont produit des études statistiques et épidémiologiques.

Lorsqu'on est médecin, on s'adresse à des hommes et des femmes qui ont une psychologie, un mode de vie, une histoire et l'on ne peut pas appliquer à l'aveugle des recommandations de façon arbitraire, quel que soit le malade. « Fonder la médecine sur des statistiques sans tenir compte des patients est une hérésie », conclut docteur Sauveur Boukris.

Source : [www.buffingtonpost.fr](http://www.buffingtonpost.fr)

# 19 369

Le ROF (Registre des Ostéopathes de France) a publié sa dernière enquête démographique réalisée à partir des chiffres fournis par la DRESS (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, la démographie des ostéopathes était estimée à 19 369 professionnels, soit environ 1 ostéopathe pour 3 374 habitants. Il existe 77 établissements de formation non universitaire, universitaire et post-graduée en ostéopathie en France. Tous ne sont pas fonctionnels précise cependant le ROF. La répartition des professionnels pratiquant l'ostéopathie est la suivante :



Le ROF analyse cette évolution par rapport aux années précédentes

ÉVOLUTION DU MARCHÉ	
Nombre de DO en 2010	11 608
Evolution entre 2010 et 2011	+ 2 724 soit <b>+23,47 %</b>
Evolution entre 2011 et 2012	+ 2 824 soit <b>+19,70 %</b>
Evolution entre 2012 et 2013	+ 2 213 soit <b>+12,89 %</b>

Même si l'augmentation en une année de presque 2 213 praticiens est inquiétante selon le ROF, il faut noter un ralentissement du nombre des installations en 2013 par rapport à 2012 (12,89 % en 2012 contre 19,70 % en 2013).

À partir de ces chiffres et en se basant à la fois sur les revenus des ménages par départements (étude ARTIQUE Solution réalisée en avril 2012) et sur le fait que 20 % des personnes interrogées déclarent avoir bénéficié d'une consultation en ostéopathie (sondage Opinion Way réalisé en 2010), le ROF a dressé la liste des départements où un jeune praticien a statistiquement plus de chance de pouvoir vivre de sa pratique. À savoir : la Creuse (23), l'Eure (27), l'Indre (36), la Moselle (57), la Seine Saint-Denis (93), la Nièvre (58) et l'Allier (02)

Source : ROF

## Réduire les effets secondaires de la chimiothérapie

L'École Supérieure d'Ostéopathie (ESO) a mené une étude clinique pour mettre en évidence l'utilité de l'ostéopathie sur les effets secondaires des chimiothérapies (nausées, vomissements, douleurs, perturbations du sommeil et dyspnées). L'essai clinique multicentrique randomisé a été réalisé par cinq ostéopathes et trois médecins du service d'oncologie des hôpitaux du Val de Grace (75) de l'Hôtel-Dieu (75) et de Lagny-sur-Marne (77) et d'un chercheur de l'Université Reims Champagne Ardenne. Il a inclut 40 patients (27 femmes et 13 hommes) souffrant d'un cancer traité par chimiothérapie et présentant au moins un des troubles de la qualité de vie : fatigue, nausée et vomissement, douleur, dyspnée, insomnie, constipation. Un protocole d'essai croisé (cross-over) sur deux cures consécutives a été utilisé. Ils ont été randomisés en deux groupes : un groupe a été traité puis a reçu le traitement simulé, l'autre groupe a reçu le traitement simulé puis a été traité : chaque patient était son propre témoin. Les séances duraient de 30 à 40 minutes et chaque patient recevait un traitement ostéopathique adapté aux dysfonctions de mobilité retrouvées lors des tests préalablement effectués. Résultat : les différences entre les phases « traité » et « témoin » ont été désignées comme très hautement significatives pour les nausées-vomissements et la dyspnée, hautement significatives pour la fatigue, et significatives pour les douleurs et la perturbation du sommeil. Les chercheurs ont constaté une diminution des nausées et vomissements, des douleurs, des perturbations du sommeil, et des dyspnées.

Source : ESO

## PRODUITS & SERVICES

### Sauvegarde des données patients : un nouveau logiciel de gestion

L'utilisation d'un logiciel de gestion est devenue incontournable pour tout ostéopathe : gestion des patients, suivi des consultations, historique de facturation et règlements, comptabilité, etc. Mais cette informatisation des informations patients augmente le risque de perte de ces données capitales.

Osteosoft est un logiciel hébergé et les sauvegardes des données de chaque utilisateur sont gérées par les informaticiens d'Osteosoft. C'est également le cas pour les évolutions du logiciel, régulières et adaptées aux demandes des utilisateurs. Il est compatible avec Windows, Mac, iPad et Android. À découvrir gratuitement sur [www.nateaxis.fr](http://www.nateaxis.fr)

### Ostéo express

À travers un partenariat portant sur 300 heures de consultation, les étudiants de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année de l'ESO (École Supérieure d'Ostéopathie) accompagneront DHL, société de transport express, dans leur lutte contre les TMS (troubles musculo-squelettiques). Les TMS représentent 85 % des maladies professionnelles actuellement reconnues par les organismes de sécurité sociale et leur nombre est en forte croissance depuis 10 ans. Souvent liés à une répétitivité de gestes, des efforts excessifs, des postures inconfortables maintenues longtemps, les TMS sont responsables de douleurs, raideur, perte de mobilité de certains membres (épaule, poignets, coudes, genoux) ou de la colonne vertébrale. Dans un souci de compréhension globale du patient, l'ostéopathie vise justement à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement ce type de dysfonctions de la mobilité des tissus du corps humain qui aident au bon fonctionnement des membres (articulations, tendons, nerfs, viscères). Au-delà de la manipulation, l'ostéopathe apporte des éléments d'informations sur la prévention et des conseils sur les gestes et postures. Voir également notre enquête *TMS : quel rôle pour les ostéopathes* parue dans *L'ostéopathe magazine* n°3.

Source : ESO

## Ostéo du cœur

Dans les locaux des Restos du cœur de Cahors, Bénédicte Favé, coiffeuse et Boris Laub, ostéopathe, coiffent et consultent bénévolement une fois par mois. Une fois par mois, elle vient de Saint-Matré, où elle a un salon de coiffure pour se rendre aux restos du cœur de Cahors. Le troisième mercredi de chaque mois, Boris Laub, ostéopathe à Douelle, assure des consultations aux Restos du cœur. Il faut préalablement prendre rendez-vous auprès des bénévoles.

Source : [www.la-depeche.fr](http://www.la-depeche.fr) (2 janvier)

## Médecins à « expertise particulière » : une représentation officielle

Lors de son assemblée générale, début décembre, la Fédération des médecins de France (FMF) a rendu officielle la création d'une section spécifique aux médecins à expertise particulière (l'UMEP). La FMF-UMEP entend rassembler des praticiens qui possèdent une compétence complémentaire (nutrition, ostéopathie, homéopathie, acupuncture, sexologie, etc.) validée par un diplôme reconnu par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Corinne Le Sauder, médecin-ostéopathe a été élue présidente et le docteur Christophe Thibault secrétaire général.

Le rôle de la FMF-UMEP sera de défendre ces médecins (souvent oubliés des réformes) afin qu'ils « puissent exercer pleinement leurs expertises auprès des patients », indique la Fédération. L'État devra aussi « assumer ses responsabilités afin que la sécurité sanitaire des patients soit respectée et non bafouée comme elle l'est actuellement, par exemple, pour l'ostéopathie ». Une branche qui ne cache pas la forêt de la discordance entre les différents praticiens autorisés à utiliser le titre d'ostéopathe.

Source : *Le quotidien du médecin* (12 décembre)

## L'éducation thérapeutique : une école mixte !

L'Université des patients est un concept créé en France par Catherine Tourette-Turgis, docteur et chercheur en sciences de l'éducation à la faculté Pierre et Marie Curie en 2010. Ce concept existait déjà dans certains pays anglo-saxons et en 2009, l'article 22 de la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) a fait entrer l'éducation thérapeutique dans le code de la santé publique.

L'université des patients propose plusieurs formations, du DU au doctorat en passant par le master. Elles rassemblent 70 % de soignants et 30 % de malades. Ce sont des formations en éducation thérapeutique qui mêlent malades chroniques et soignants. Les patients sont rigoureusement sélectionnés sur plusieurs critères, notamment universitaires.

Pour le docteur Laffite, cardiologue, « la présence de patients a été déterminante.

Nous avons tous appris les uns des autres et, de retour dans mon service, j'avais l'impression de soigner mieux, d'être plus proche des attentes des patients et certaines choses qu'on ne voyait pas avant son désormais devenues visibles ».

De même que l'éducation n'est pas réductible au territoire de l'école, le soin n'est plus réductible au territoire de la médecine et l'éducation thérapeutique est en train de construire son propre territoire aux interfaces de plusieurs disciplines qui la nourrissent, en éclairent les concepts et tentent d'explicitier les pratiques qui la définissent. Apprendre de l'autre, apprendre à l'autre, apprendre avec l'autre. Une expérience très positive tant pour les soignants que pour les patients.

### Passer de la médecine du corps à la médecine des gens

« Les médecins sont des experts de la médecine tandis que les malades sont des experts de la maladie. Il faut travailler avec les soignants, pour que l'éducation thérapeutique apporte une amélioration de la qualité de vie des malades », note une patiente ayant suivi la formation.

C'est également ce que pense le docteur Lafitte qui aimerait que l'éducation thérapeutique soit obligatoire pour les soignants. « Cela permettrait de passer de la médecine du corps à la médecine des gens », précise-t-elle. L'Université d'Aix-Marseille vient de créer son "université des patients" sur l'exemple de la faculté Pierre et Marie Curie.

Source : [www.upmc.fr](http://www.upmc.fr)

## La liste noire des médicaments selon la revue Prescrire

En plein débat sur les pilules contraceptives, la revue *Prescrire* a dévoilé sa liste de médicaments « plus dangereux qu'utiles ». Selon *Prescrire*, les autorités françaises de santé « n'ont pas fait leur travail de protection des patients en autorisant ou en laissant des médicaments plus dangereux qu'utiles sur le marché ». Cette publication a pour but d'inciter ces autorités « à un sursaut salutaire » et à « aider les soignants et patients à se préparer aux retraits du marché de ces médicaments ». Voici quelques familles de médicaments que *Prescrire* voudrait voir écartés des soins et retirés du marché :

**Diabétologie – Nutrition** : la saxagliptine (Onglyza®), la sitagliptine (Januvia®, Xelevia®) et la vildagliptine (Galvus®) ; l'orlistat (Xenical® ou autre).

**Gynécologie – Endocrinologie** : la tibolone (Livial®)

**Gastro-entérologie** : la dompéridone (Motilium® ou autre).

**Sevrage tabagique** : la bupropionne (Zyban®) et la varénicline (Champix®) qui expose à des suicides.

**Douleur et rhumatologie** : le célécoxib (Celebrex®), l'étoricoxib (Arcoxia®) et le parécoxib (Dynastat®), la floctafénine (Idarac®), le kétoprofène en gel (Ketum® gel ou autre), le néfopam (Acupan® ou autre), le nimésulide (Nexen® ou autre), le piroxicam (Feldène® ou autre) ; pour l'arthrose : la diacéérine (Art 50® ou autre), la glucosamine (Voltaflex® ou autre)

**Divers** : des myorelaxants sans efficacité démontrée : le méthocarbamol (Lumirelax®), le thiocolchicoside (Coltramyl® ou autre) et la spécialité Colchimax® (colchicine + poudre d'opium + tiémonium)

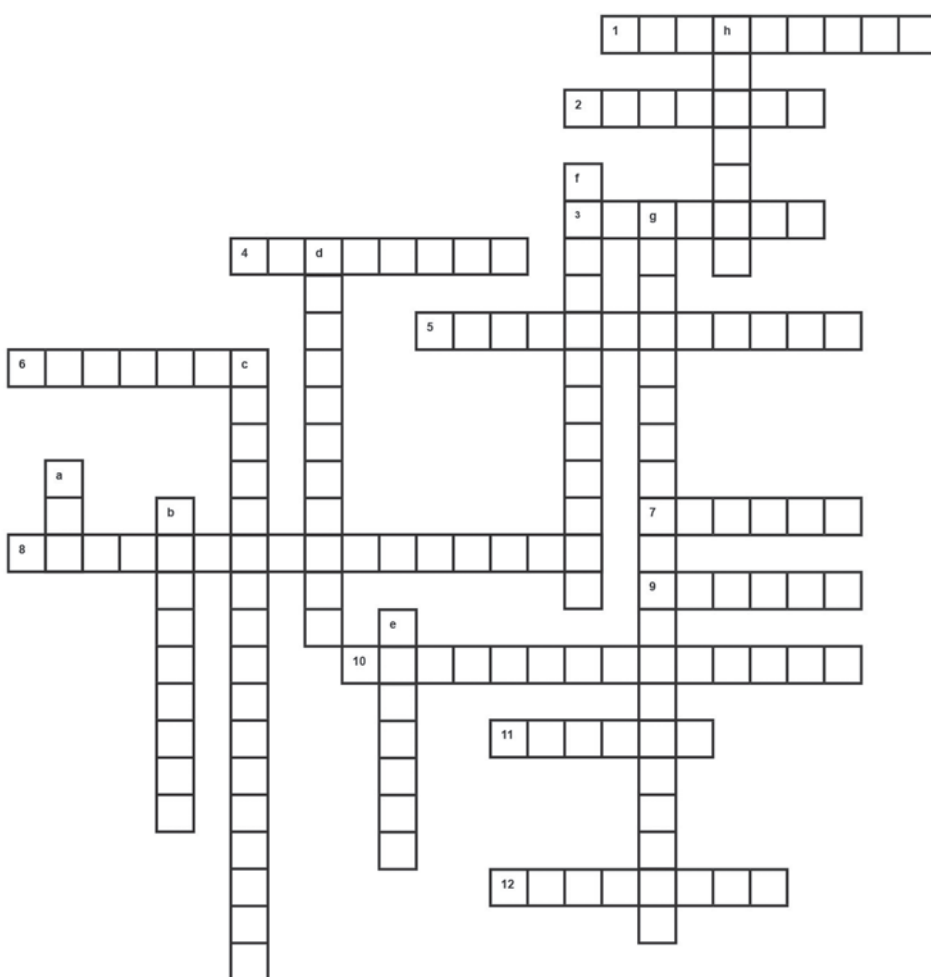
La liste complète est accessible sur le site de la revue. Dans tous les cas, *Prescrire* propose des alternatives pratiques avec des médicaments existants et présentant de meilleurs rapports risques/bénéfices.

Source : [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)

# Les mots de l'ostéo

Par Bernard Jurth, ostéopathe DO

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 !



## HORIZONTALEMENT

1. Structure le squalé et contribue à la croissance
2. Grand, moyen ou petit, mais potentiellement callipyge
3. Pionnier de l'exploration des fascias\*
4. A perdu son aspect velvétique
5. Mot-clé pour parler d'anatomie selon Jaap Van der Wal\*
6. Toujours en continuité
7. Organe constitué de 17 muscles et donné à grippeminaud
8. Système nerveux pas toujours très « cool »
9. Pays où l'ostéopathie a récemment été reconnue comme profession\*
10. Compagnons du soleil sural
11. Homonyme d'un amiral célèbre et père d'une prise dorsale
12. Pays où les doyens des facultés de médecine recommandent l'arrêt du financement public des médecines non conventionnelles\*

## VERTICALEMENT

- a. Nouvel outil d'évaluation des médicaments\*
- b. Il arrive en tête de l'automédication\*
- c. Fuit l'isthme et va de l'avant
- d. Modèle développé par Ida Rolf\*
- e. Signature sciatique directe ou croisée
- f. Tubérosités qui apprécient la position assise
- g. Excès sanguin de molécules hydrophobes
- h. Gâchette pointilleuse

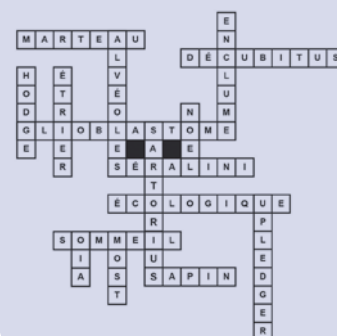
\* La réponse est dans un article de ce numéro

## Qui suis-je ?

J'ai un caractère à couper le souffle quand je suis irrité. Qui suis-je ?

Solution du qui suis-je du numéro 15 : sartorius

## solution des mots croisés du numéro 15



**Du 4 au 7 mars**

### **Semaine internationale à la Faculté de bien-être et fonctionnement humain**

L'Université de sciences appliquées Metropolia d'Helsinki organise la 4<sup>e</sup> édition de sa semaine internationale. Comme pour les éditions précédentes, c'est l'occasion pour étudiants et professeurs de plusieurs universités d'échanger des connaissances et des expériences sous forme de conférences et ateliers. Cette année, le thème sera *Innovover pour le bien*. Avec au programme notamment : *Manipulation des extrémités inférieures* par Jöry Pauwels et Tim Daelemans, *Changement de paradigme de la biomédecine* par Marjolaine Dey, *Quelques exemples d'innovations dans les soins de santé* par Riku Nikander, *Palpation viscérale* par François Debois. Le CEESO et l'IDEHO Nantes sont partenaires de ces journées, ainsi qu'OSEAN (voir *L'ostéopathe magazine* n°15) et le FICO (Flanders College of Osteopathy).  
**Plus d'informations sur [www.metropolia.fi](http://www.metropolia.fi)**

**23 et 24 mars**

### **Etats généraux de l'ostéopathie**

Proposées par les organisateurs du *Salon européen de l'ostéopathie*, ces deux journées de rencontres enchaîneront des conférences plénières sur des thèmes variés : *Actualité politique de la profession* du point de vue de la Chambre Nationale des Ostéopathes, *Devenir Ostéopathe, Agir avec compétence*, une présentation du référentiel de formation du SNEO, ostéopathie et pédiatrie, l'expertise médicale, méthodologie de publication, etc. Des ateliers pratiques seront également proposés. Les thèmes porteront sur l'ostéopathie et la périnatalité, les urgences ostéopathiques, l'ostéopathie et la médecine traditionnelle chinoise, etc. Un affichage de posters sera également mis en place.  
**Plus d'informations sur [www.leclef.fr](http://www.leclef.fr)**

**Du 1<sup>er</sup> au 5 avril**

### **21<sup>e</sup> séminaire de médecine sportive à Val d'Isère**

Ce séminaire francophone et néerlandophone abordera des questions variées : force musculaire chez l'enfant et l'adolescent sportifs, IRM corps entier, un nouvel outil diagnostique, Whiplash et canal cervical étroit, Répercussions psychiques du whiplash, poignet sportif, réanimation d'avalanche, atelier sur les gelures, pathologie articulaire temporo-mandibulaire, traumatismes neurologiques dans la pratique du football, cœur et dopage, lésions traumatiques inhabituelles du pied et de la cheville, effets secondaires musculo-squelettiques de la cortisone (aspects radiologiques), corrélation entre la clinique et l'imagerie en pathologie rachidienne, etc.

**Plus d'informations sur [www.seminairevaldisere.be](http://www.seminairevaldisere.be)**

**3 avril**

### **L'oralité chez l'enfant prématuré : de la naissance à l'école**

Cette journée s'adresse à tous les acteurs de la périnatalité et de la petite enfance impliqués dans le suivi des enfants à risque : médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatres, médecins scolaires ou de PMI, orthophonistes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, orthoptistes et tous les professionnels du champ médico-social (hôpitaux, pédopsychiatrie, CAMSP, SESSAD, PMI...). Organisée par le réseau *Périnatalité de Bretagne Occidentale*, elle abordera deux thématiques. D'abord, *L'oralité : de la naissance à la maison*. Avec les conférences suivantes : *Prématurité, pronostic neuro-cognitif et allaitement maternel : un enjeu majeur* par Gisèle Gremmo-Feger, pédiatre ; *Prévention et prise en charge des troubles de l'oralité en néonatalogie et en CAMSP* par Maria Squillante, pédopsychiatre ; *Quelle place pour la rééducation de l'oralité ?* par Véronique Abadie, pédiatre. Le second thème, *L'oralité : de la maison à l'école*, sera traité à travers les conférences suivantes : *Comportements fonctionnels des prématurés et prévention en orthopédie dento-faciale*, par Dominique Manière, orthodontiste ; *La naissance prématurée et sa prise en charge : conséquences sur les dents et certains comportements fonctionnels* par Emilie Foret, orthodontiste ; *Epidémiologie,*

*repérage et prise en charge des troubles du langage chez les enfants à risque*, par Frédéric Pasquet, psycholinguiste orthophoniste, et Aude Charollais, Neuropédiatre.

Une journée qui se conclura par des témoignages de membres de l'association de parents : SOS Prema.

**Plus d'informations au 02.98.33.31.70 ou par mail à l'adresse suivante : [reseauperinat.bo@wanadoo.fr](mailto:reseauperinat.bo@wanadoo.fr)**

**5 avril**

### **Que faut-il savoir sur les douleurs ostéo-articulaires en 2013 ?**

La 13<sup>e</sup> Journée Thématique Douleur (JTD) se tiendra à Paris. Organisée par la SFETD, en partenariat avec le Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie (CEDR), elle aura pour thème *Que faut-il savoir sur les douleurs ostéo-articulaires en 2013 ?* Le programme de cette JTD veut refléter la diversité de la rhumatologie, spécialité dans laquelle la douleur est le maître symptôme. Il sera rappelé que la douleur de l'arthrose n'est plus une fatalité et qu'elle bénéficie, comme la fibromyalgie, de traitements complémentaires. L'oncologie a également sa place en raison de ses retentissements ostéo-articulaires, mais aussi des effets indésirables dus à certains traitements, tels que les antiaromatases.

L'évolution actuelle de la prise en charge de la lombalgie sera également abordée. Un point sera fait sur l'intérêt des infiltrations épidurales. Inflammation et douleurs étant intimement liées, deux exposés seront dédiés à leurs mécanismes et traitements.

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

**17 et 18 avril**

### **1<sup>er</sup> congrès francophone sur la fragilité des personnes âgées**

L'évaluation de la fragilité permet de cibler une population âgée à risque de dépendance. Cette population doit bénéficier d'actions préventives. L'intervention gérontologique pour être efficace, doit être ciblée, forte et prolongée. Elle doit se faire avant l'événement aigu (médical ou de vie) risquant de déstabiliser les réserves du sujet fragile. Les récents travaux de recherche sur la fragilité ne se sont pas traduits en pratique clinique. Ce congrès



**nateaxis**

Venez découvrir le logiciel de gestion pour votre cabinet d'ostéopathe

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

portera donc sur l'évaluation de la fragilité liée à l'âge et la prévention de la dépendance. Il se déroulera à Toulouse et il s'adresse aux médecins, chercheurs, industriels ainsi qu'aux internes, chefs de clinique, étudiants, soignants, etc.

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

**20 avril**  
**Tomorrow's osteopaths**

Cette conférence organisée par la BSO (British School of Osteopathy) portera sur la conception et la mise en place d'un programme d'études ostéopathiques. Elle se tiendra à Londres et permettra d'échanger des idées et d'explorer les avancées réalisées en matière d'éducation ostéopathique. Les conférences rassembleront professeurs universitaires et ostéopathes en vue de faire progresser l'enseignement et la pratique ostéopathiques. Les principaux thèmes de la conférence porteront sur la préparation des étudiants à la pratique, l'encadrement des élèves et les preuves et expériences dans l'enseignement.

**Plus d'informations sur [www.bso.ac.uk](http://www.bso.ac.uk)**

**Du 30 mai au 4 juin**  
**30<sup>e</sup> Symposium International d'Ostéopathie Traditionnelle de Montréal**

Le programme n'est pas encore disponible mais le symposium débutera par une journée de présentation de thèses, une journée de conférence et quatre journées d'ateliers.

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

**Du 14 au 16 juin**  
**Osetopathy open forum 2013**

Cette 10<sup>e</sup> édition se déroulera à Saint-Petersbourg au cours des fameuses nuits blanches. Elle aura pour thème : « le rôle des troubles structurels-fonctionnels dans la genèse de la maladie ». Cette édition sera consacrée à l'importance du diagnostic étiologique en ostéopathie ainsi qu'aux conséquences des troubles fonctionnels dans les pathologies diverses. Des conférences et des ateliers pratiques sont prévus. Le détail du programme n'a pas encore été communiqué.

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

**22 et 23 juin**  
**8<sup>es</sup> rencontres d'ostéopathie comparée**

Organisée par Vetosteo, les rencontres d'ostéopathie comparée se dérouleront, comme à leur habitude, à la ferme de Saint-Ygnan (09). Elles traiteront d'ostéopathie comparée donc d'ostéopathie pour tous les animaux, « l'homme étant un animal comme les autres » précisent les organisateurs. Débats et problématiques socio-professionnelles ne seront pas abordées au cours de ces deux journées. Deux stages sur le MRP et le développement intuitif à cheval seront proposés. Thierry Fuss abordera les interactions entre l'ostéopathie, le parage et la maréchalerie et Marie José Maître le diagnostic en médecine chinoise par l'apparence de la langue. Le programme complet n'est pas encore disponible.

**Plus d'informations sur [www.osteop4pattes.net](http://www.osteop4pattes.net)**

**20 et 21 septembre**  
**La structure, le viscère, la main**

Le congrès associant la FEMMO (Fédération francophone des groupes d'Enseignement et d'Etude de Médecine Manuelle Ostéopathe) et la SOFMMOO (Société Française de Médecine Manuelle Ostéopathe et Orthopédique) aura lieu les 20 et 21 septembre à Paris. Son thème : « La Structure, Le Viscère, La Main » sera abordé par des médecins ostéopathes français et européen, des universitaires ainsi que des représentants du registre européen des médecins ostéopathes (EROP).

Au programme entre autres : *Effets du traitement ostéopathique sur les viscères et la charge allostatique* par le docteur Elizabeth Caron du New York College of Osteopathic Medicine, *Movement and stillness* par Johannes Mayer. Les docteurs Joseph Rutte, Daniel Fievet Marsman présenteront une étude de reproductibilité de l'évaluation clinique de la déformabilité du crâne et le professeur Pierre Rabischong proposera une approche compréhensive de la peau, miroir viscéral.

A noter un débat sur le thème « Les principes de Still sont-ils dépassés ? » qui réunira Dominique Bonneau, Jean-Yves Maigne, André Ratio et Alain Roques. Les films du professeur Jean-Claude Guimberteau seront projetés et le professeur Jean-Pierre Relier parlera de La vie avant la naissance. Des travaux pratiques seront également proposés au cours de ces deux journées de conférences.

**Plus d'informations sur [www.congres-medecine-osteopathique.com](http://www.congres-medecine-osteopathique.com)**



## Quelle est la durée entre deux traitements ? *L'ostéopathe magazine* mène l'enquête pour vous

Pour obtenir le financement de son projet de recherche clinique dans le cadre d'un PHRC (programme hospitalier de recherche clinique), une ostéopathe DO et abonnée à *L'ostéopathe magazine* nous a posé la question suivante : quelle est la durée préconisée entre deux traitements ostéopathiques ?

En effet, pour obtenir le financement d'un projet de recherche dans le cadre d'un PHRC, chaque étape du protocole doit être argumentée. C'est pourquoi des précisions sont nécessaires : existe-t-il un standard ou une norme ? Si oui, par qui a-t-il été défini et comment ? Des études ont-elles été menées sur la question ?

Nous avons sollicité l'expertise d'ostéopathes et chercheurs pour proposer une réponse à cette question plus complexe qu'il n'y paraît. Voici leurs réponses

### La réponse de Bruno Ducoux,

*Ostéopathe DO et directeur de la FROP*

« Il n'y a pas, à ma connaissance, d'études sur ce sujet. Pour une douleur aiguë, je préconise trois jours entre deux traitements. Sinon, trois semaines afin de laisser le temps aux mécanismes d'autorégulation de participer à la transformation des informations dans le corps. Enfin, je pense qu'il faut compter trois mois pour un changement en profondeur chez certains patients. Je propose aussi aux patients un traitement en ostéopathie en accord avec changements de saisons, à l'image de la nature. Andrew Taylor Still traitait des patients tous les jours ; John Upledger faisait également venir des patients pendant une semaine (cinq jours) pour les traiter quotidiennement. »

### La réponse de Thibault Dubois

*Ostéopathe DO, administrateur de FOREOS et chargé de mission du SFDO*

« Il conviendrait de déterminer les demi-vies de traitement et la relation dose effet des traitements ostéopathiques pour chaque indication à l'ostéopathie. En pratique, les chercheurs dimensionnent souvent leurs études en faisant plus de séances que dans la « vraie vie » afin de pouvoir suivre (sans le contrôler) l'effet dose des traitements. Je n'ai donc pas de réponse, car il n'y a pas. À ce jour, aucune étude n'a eu comme objectif principal de démontrer une éventuelle relation dose effet du traitement ostéopathique. Cela est souligné dans toutes les conclusions de revues de littérature concernant les thérapies manuelles en général. Cela étant dit, une bonne recherche bibliographique reste indispensable. »



### **La réponse de François Ricard**

*Ostéopathe DO, directeur de l'EOM (école d'ostéopathie de Madrid)*

« Il n'y a pas de critères spécifiques concernant la durée entre deux traitements. C'est l'investigateur qui établit les règles pour mener sa recherche et s'il n'est pas nécessaire d'argumenter chaque étape, la motivation de l'étude doit se baser sur quelques recherches scientifiques antérieures et quelques références bibliographiques (Pubmed, etc.).

La sélection des projets de recherche en milieu hospitalier est également basée sur le type d'étude réalisée. Il est recommandé de faire une étude expérimentale contrôlée (groupe d'étude + groupe contrôle), aléatoire, en simple aveugle (le double aveugle étant impossible dans ce cas), inter-examineur avec coefficient de Kappa ou ICC (ne pas oublier de vérifier si la population est normale ou non pour choisir le type de statistiques ad hoc). Il existe des programmes (Gramno et autres) qui permettent de calculer le nombre de sujets nécessaires dans chaque groupe pour avoir des résultats statistiquement significatifs. 30 à 40 patients dans chaque groupe est un minimum. Un bon échantillon comptera 50 patients... ou plus ! »

### **La réponse de Gary Fryer**

*Ostéopathe australien, docteur et responsable du département d'ostéopathie à l'université Victoria de Melbourne.*

« Je ne connais pas de recherches déterminant la fréquence idéale de traitement ostéopathique. Je ne pense pas également qu'il existe une étude cherchant à déterminer une fréquence standard pour un traitement. En Australie, de nombreux praticiens verront un nouveau patient une fois par semaine pendant plusieurs semaines puis, de manière moins fréquente. Mais cela variera selon la chronicité, la gravité des symptômes et la cause sous-jacente du problème. Andrew Taylor Still traitait ses patients quotidiennement pendant plusieurs semaines, ce qui est contradictoire avec sa maxime « find it, fix it, leave it alone ». Pour mener une telle étude, je mettrai en place un traitement qui aura les plus grandes chances de réussite. Je préconiserai ainsi une approche plus fréquente, peut-être deux à trois fois par semaine. Il sera ainsi possible d'indiquer dans le protocole qu'il n'existe pas de norme établie et que la fréquence des traitements varie grandement selon les besoins perçus du patient ainsi que de la capacité du patient à prendre en charge financièrement son traitement. »

### **La réponse de Sarah Didier**

*Ostéopathe DO et DU de méthodologie*

« À ma connaissance, il n'y a pas de références. Une recherche dans la littérature, sur Pubmed entre autres, est cependant un préalable indispensable. Une recherche à élargir à la pratique d'autres thérapeutes manuels. Les chiropraticiens notamment ont mené de nombreuses études sur le sujet. Ils peuvent proposer jusqu'à trois traitements par semaine. S'il n'y a pas de réponse dans la littérature, il existe plusieurs possibilités pour justifier l'espacement des séances. Il est possible de s'appuyer sur l'avis d'experts (professionnels ayant au moins 15 ans d'expérience) ou de présenter l'étude comme une « première étape » qui fera l'objet d'une autre étude visant à définir le nombre nécessaire et l'espacement optimal des séances pour un motif précis. Le but étant la recherche de consensus.

Ma préconisation serait de réduire la durée entre deux traitements pour que la durée totale d'inclusion d'un patient dans l'étude soit compatible avec les temps d'hospitalisation afin d'éviter les perdus de vue. Cependant, il reste préférable de compléter cette faible argumentation par l'évaluation d'autres critères, la différence de coût notamment entre un traitement ostéopathique et un traitement habituel. La HAS (haute autorité de la santé) détermine pour la plupart des pathologies le coût de prise en charge. Le but de l'argumentation sera alors de montrer que si le traitement ostéopathique est efficace, une réduction des coûts de la prise en charge par l'assurance maladie pourra être envisagée. Une économie à calculer. »

## mars

Manipulations du pelvis  
et du rachis

**23 et 24 mars**

Cerfosteo

Formateur : Thierry Liévois, DO

Lieu : Lille (59)

Tarif : 300 € (2 jours)

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

## avril

Ostéopathie et médecine  
traditionnelle chinoise

**5 et 6 avril**

Cerfosteo

Formateur : Pascal Delannoy, DO

Lieu : Lille (59)

Tarif : 600 € (2 fois 2 jours)

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

Manipulations des membres  
supérieurs, inférieurs  
et du bassin : « speed tests »  
et corrections « recoil »

**13 et 14 avril**

Cerfosteo

Formateur : Serge Wherle, DO

Lieu : Lille (59)

Tarif : 300 € (2 jours)

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

Certificats d'Études  
Spécialisées en Ostéopathie  
Gériatrie

**Du 18 au 20 avril**

ESO

Formateur : Sébastien Forget, DO

Lieu : Champs sur Marne (77)

Tarif : 2 440 € (6 fois 3 jours)

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

Ostéopathie et développe-  
ment psychomoteur  
du nouveau-né et de l'enfant

**22 avril**

ESO

Formateur : Denyse Dufresne, DO  
(Canada)

Lieu : Champs sur Marne (77)

Tarif : 760 € (4 jours ½)

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



Démarche clinique  
en ostéopathie neuropédia-  
trique : « Les anomalies de  
développement »

**Du 22 au 26 avril**

ESO

Formateur : Evelyne Soyez-  
Papiernik, DO

Lieu : Champs sur Marne (77)

Tarif : 2 250 € (3 fois 5 jours)

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

Voyage ostéopathique  
à l'Île Maurice - Urgences  
ostéopathiques

**Du 28 avril au 7 mai**

CFPCO

Formateur : Thierry Colot, DO

Lieu : Ile Maurice

Tarif : à partir de 620 €

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

## mai

Diagnostic  
et traitement des lithiases  
canalaires

**3 et 4 mai**

Soleil Formation

Formateur : Lionel Guérin, MKO

Lieu : Marseille (13)

Tarif : 390 € (2 jours)

[soleil-formation.fr](http://soleil-formation.fr)

Nouvelles manipulations  
du membre inférieur

**Du 16 au 18 mai**

AFCMS

Formateur : Alain Croibier, DO

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 630 € (3 jours)

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

Ostéopathie  
biodynamique

**Du 23 au 25 mai**

Ostéopathie biodynamique

Formateur : René Briend, DO

Lieu : Champs sur Marne (77)

Tarif : 525 € (3 jours)

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

Approche  
structurale du complexe  
cranio-cervico-thoracique

**25 et 26 mai**

Lille ostéopathie

Formateur : Philippe Cheval, DO

Lieu : Lille (59)

Tarif : 280 € (2 jours)

[www.lille-osteopathie.fr](http://www.lille-osteopathie.fr)

Destination 30<sup>e</sup> symposium  
d'ostéopathie de Montréal

**Du 28 mai au 7 juin**

FROP

Lieu : Montréal (Canada)

Tarif : 2 050 € comprenant  
symposium (5 jours de congrès,  
1 soirée de gala, 2 jours d'atelier),  
hébergement (10 nuits) et vol

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

J'arrive avec mon histoire

**Du 30 mai au 1<sup>er</sup> juin**

AFCMS

Formateur : Claudine Ageron

Marqué, DO, Sage femme DE

Lieu : Avignon (84)

Tarif : 620 € (3 jours)

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

Manipulation-structurelle-  
tissulaire - Perfectionnement  
et pratique intensive

**31 mai et 1<sup>er</sup> juin**

Osteo-evolution

Formateur : David Lachaize, DO

Lieu : Angers (49)

Tarif : 330 €

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

Dysfonctions digestives  
et musculo-squelettiques  
du nourrisson et de l'enfant :  
approche ostéopathique

**Du 31 mai au 2 juin**

CFPCO

Formateur : Kilian Dräger,

médecin et ostéopathe

Lieu : Paris (75)

Tarif : à partir de 515 €

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

# juin

Diagnostic et traitement  
des lithiases canalaies

**7 et 8 Juin**

Soleil Formation

Formateur : Lionel Guérin, MKO

Lieu : Lille (59)

Tarif : 390 € (2 jours)

[soleil-formation.fr](http://soleil-formation.fr)

Manipulations  
du pelvis et du rachis

**7 et 8 juin**

Cerfosteo

Formateur : Thierry Liévois, DO

Lieu : Lille (59)

Tarif: 300 € (2 jours)

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

Structurel des cervicales

**Du 7 au 9 juin**

PLP Formation

Formateur : Dominique Langin

MK et DO

Lieu : Lyon (69)

Tarif : 400 €

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

Manipulation-  
structurelle-tissulaire -  
Stage spécifique région  
cervicale et dorsale  
haute

**8 et 9 juin**

Osteo-evolution

Formateur : David Lachaize, DO

Lieu : Paris (75)

Tarif : 350 €

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

La synergie  
entre l'occlusodontie,  
la posturologie  
et l'ostéopathie

**9 juin**

Ostéo-perfectionnement

Formateur : Jacques Vigier

Latour, DO

Lieu : Aubagne (13)

Tarif : 150 €

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

Techniques  
structurelles  
en minimum leviers

**Du 11 au 13 juin**

CFPCO

Formateur : José Kunzler, DO

Lieu : Toulon (83)

Tarif : à partir de 610 €

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

Techniques  
structurelles  
en minimum leviers

**Du 14 au 16 juin**

CFPCO

Formateur : José Kunzler, DO

Lieu : Paris (75)

Tarif : à partir de 610 €

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

Applications cliniques  
des techniques HVLA  
en minimum leviers

**18 et 19 juin**

CFPCO

Formateur : José Kunzler, DO

Lieu : Toulouse Labège (31)

Tarif : à partir de 420 €

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

Occlusodontologie et posture

**21 juin**

Lille ostéopathie

Formateurs : Pierre-Hubert

Dupas (Doyen de la Faculté de  
Chirurgie Dentaire Lille 2)

et Grégory Dupas, DO

Lieu : Lille (59)

Tarif : 150 € (1 jour)

[www.lille-osteopathie.fr](http://www.lille-osteopathie.fr)

Ostéopathie structurelle  
revisitée

**22 et 23 juin**

LOPG

Formateur : Loïc Leprince, DO

Lieu : Lille (59)

Tarif : 350 € (2 jours)

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

Les étirements ligamentaires  
et déroulements tendineux.

**Du 26 au 28 juin**

Ostéo-perfectionnement

Formateur : Jacques Vigier

Latour, DO

Lieu : Aubagne (13)

Tarif : 450 € (3 jours)

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

## sept

Méthode Moneyron

**7 et 8 septembre**

ADMM

Formateur : Françoise Moneyron

Lieu : Rennes (35)

Tarif : 990 € (3 fois deux jours)

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

Méthode Moneyron

**9 et 10 septembre**

ADMM

Formateur : Françoise Moneyron

Lieu : Marseille (13)

Tarif : 990 € (3 fois deux jours)

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

Perfectionnement  
en ostéopathie

**20 et 21 septembre**

SPORT OSTEO

Formateur : Eric Robinson, DO

Lieu : Metz (57)

Tarif : 1 680 € (4 fois 2 jours)

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

Fasciapraxie – 1<sup>er</sup> stage

**21 et 22 septembre**

Fasciapraxie

Formateur : Yves Laval

Lieu : Reims (51)

Tarif : 500 € (2 jours, cycle de  
4 stages)

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

Fascial Distorsion Model

**21 et 22 septembre**

Cerfosteo

Formateur : Bernard Lefaucheur,

DO

Lieu : Lille (59)

Tarif : 600 € (2 fois 2 jours)

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

Perceptions et intégration  
anatomique en ostéopathie

**Fin septembre**

FROP

Formateur : Bruno Ducoux, DO

Lieu : Montalivet (33)

Tarif : 460 € (3 jours, héberge-  
ment et location piscine compris).

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

## L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

**1<sup>er</sup> magazine  
d'information  
pour les  
ostéopathes**

**ACTUALITÉS** un an de rencontres à

travers des congrès, forums et sym-  
posiums d'ostéopathes. Des analy-  
ses démographiques et le suivi de  
la vie associative et syndicale de  
l'ostéopathie.

**MÉTIER** ostéopa-  
thie à l'hôpital, prise en charge des  
TMS, ostéopathie et occlusodontie,  
etc. Des dossiers de fond et des ré-  
ponses concrètes à travers nos en-  
quêtes.

**INTERVIEW** Roselyne La-  
lauze-Pol, Pierre Tricot, Jean-Pierre  
Barral, etc. Ils nous ont fait parta-  
ger leur expérience et leur point de  
vue sur l'ostéopathie.

**JURIDIQUE**  
de la déontologie à l'expertise ju-  
diciaire, les clés pour comprendre  
les grandes problématiques de la  
profession.

**HORIZONS** méthode  
GDS, prise en charge de la per-  
sonne âgée, ostéopathie et acu-  
puncture, etc. Des reportages pour  
mieux appréhender des pratiques

complémentaires et d'autres alter-  
natives thérapeutiques.

**GESTION**  
logiciels de gestion, taxe profes-  
sionnelle, société civile immobilière,  
des conseils pratiques pour vous  
accompagner dans la vie de votre  
cabinet.

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

ici  
votre  
emplacement  
publicitaire

réservez  
votre emplacement  
publicitaire

CFPC 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](mailto:contact@cfpco.fr)

Site : [www.cfpco.fr](http://www.cfpco.fr)

réservez  
votre emplacement  
publicitaire

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-suposteo.fr](mailto:formation.continue@eso-suposteo.fr)  
+33 (0)1 64 61 69 81 • [www.eso-suposteo.fr](http://www.eso-suposteo.fr)



ici  
votre  
emplacement  
publicitaire

**CerfOstéo**  
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 2011 et 2012

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](mailto:cerfosteo@gmail.com)

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

# FASCIAS : LA RÉVOLUTION ANATOMIQUE EST EN MARCHÉ

Le concept de tenségrité s'est imposé comme modèle de référence pour mieux comprendre le fonctionnement des fascias. L'anatomie classique et descriptive s'avère aujourd'hui inadaptée pour les décrire. Elle doit devenir fonctionnelle et s'intéresser à l'architecture des tissus. Dans cette perspective, les fascias ne sont plus considérés comme un organe de continuité et leur architecture détermine une double fonctionnalité : la connexion et la déconnexion.

UNE ENQUÊTE RÉALISÉE PAR REZA REDJEM-CHIBANE ET YVES LAVAL

**L**e *Congress fascia* de Bruxelles 2012 a abordé ces nouveaux concepts à travers notamment les travaux de Robert Schleip, professeur et chercheur au sein du Fascia Research Group intégré au département de neurophysiologie de l'université d'Ulm, et ceux de Jaap Van der Wal, professeur en médecine spécialisé en anatomie et embryologie.

Les résultats de leurs travaux de recherche dévoilent une révolution anatomique en cours. Ils font émerger de nouveaux paradigmes dans lequel les fascias jouent un rôle important dans les mouvement du corps par leur capacité à transmettre les forces et à s'adapter aux contraintes. L'appareil locomoteur ne doit alors plus être limité à ses composantes biomécaniques et chaque mouvement mobilise de facto le corps entier.

L'observation des fascias révèle une incroyable diversité. Ils sont plus ou moins innervés, vascularisés, adhérents, résistants, etc. Une diversité qui traduit des fonctions variées et pour la plupart encore inconnues. De plus, la plasticité des fascias leur confère un rôle évident dans notre mémoire tissulaire.

### **LES FASCIAS : UNE THÉORIE ENCORE ÉMERGENTE**

Pour Danis Bois, à l'origine du concept de fasciathérapie et directeur scientifique de l'école supérieure de fasciathérapie, « les fascias restent encore une théorie émergente à qui le monde scientifique réclame beaucoup de preuves scientifiques en un court délai. La progressivité scientifique est

pourtant un critère de scientificité ». L'analyse de la pratique des fascias est un premier niveau de connaissance. Dans un second temps, la recherche bibliographique et la problématisation permettront de faire la relation entre des connaissances émergentes et celles déjà existantes. Ensuite seulement pourront s'engager de vraies démarches scientifiques sur les fascias. De plus, rajoute Danis Bois, « il sera important de trouver une nomenclature internationale propre aux fascias ».

Au cours de ce congrès, il a été possible de mesurer l'étendue des disciplines scientifiques nécessaires pour mieux appréhender les fascias. Biophysique, biochimie, anatomie, physiologie, embryologie, psychologie, etc. Au carrefour de toutes ces disciplines, les fascias interrogent de nombreux scientifiques. Ils remettent en question de nombreux fondamentaux et laissent envisager d'intéressantes pistes thérapeutiques.

### **FASCIAS : L'AVENTURE EN CONTINU !**

Cette enquête présente l'expertise de Robert Schleip et Jaap Van der Wal. Elle se prolongera dans de prochains reportages pour vous faire partager d'autres rencontres qui encouragent les prises en charge transversales entre les différents praticiens qui travaillent sur les fascias. Des convergences existent déjà et les expériences thérapeutiques de chacun doivent être mutualisées pour proposer aux patients des traitements en phase avec les résultats de ces dernières découvertes.

# Robert Schleip : un pionnier de l'exploration des fascias

Lors du *Fascia Congress* de Brussels, en octobre dernier, Robert Schleip, professeur et chercheur du Fascia Research Group du département de Neurophysiologie de l'université d'Ulm, a présenté ses travaux. Le message transmis lors de sa conférence « le fascia vivant : les capacités contractiles et sensorielles des fascias » reste fort et son importance lui accorde une place majeure dans les concepts ostéopathiques d'aujourd'hui.

PAR YVES LAVAL\*

C'est à travers les travaux du professeur Manuel Dauchez sur la modélisation de l'élastine à des échelles nanométriques que j'ai découvert en 2003 le Fascial Research Project, travail de recherche mené par Robert Schleip au sein de l'Université d'Ulm en Allemagne. Cet article présente les bases sur lesquelles s'appuie son raisonnement actuel et ses enjeux ostéopathiques.

Mais que sont réellement les fascias ? Ne sont-ils qu'une architecture tissulaire complexe ou encore une ingénieuse machinerie adaptative comme le montrent les vidéos du professeur Jean-Claude Guimberteau (voir notre enquête *La continuité tissulaire, une évidence observable* parue dans *L'ostéopathe magazine* n°11) ? Robert Schleip nous fait découvrir cette armature tissulaire vivante dans sa complexité mais quels sont leurs liens avec le système nerveux ? Ou plutôt, quels sont les possibilités d'intégration dans une perception sensorielle centrale du corps ? Cette perception centrale du corps n'est-elle que sensorielle ? N'impliquerait-elle pas également une relation des tissus du corps avec des modes de fonctionnement comportementaux ? En d'autres termes, comment les fascias sont connectés à la vie neuro-émotionnelle de la personne ? Y-a-t-il une implication des processus de mémorisations neurologiques ?

Pour apporter des éléments de réponse à toutes ces interrogations, il faut rappeler le rôle des systèmes archaïques et



la place prépondérante du système limbique en lien avec le système neuro-végétatif (SNV). Robert Schleip intègre totalement le SNV dans sa vision du « fascia global ». Ses travaux permettent de répondre à cette question primordiale sur la place constitutive des fascias dans l'organisme et nous apportent des informations scientifiques précieuses.

## LA MÉCANIQUE TISSULAIRE

Tout d'abord, il faut envisager le mode de fonctionnement des fascias comme une « mécanique tissulaire » bien évidemment différente de la mécanique articulaire. Cette mécanique tissulaire est régie par les lois de la thermodynamique et met en jeu des processus bioélectriques corporels. Il faut apprendre à connaître ces propriétés biophysiques et bioélectriques qui participent à la vie tissulaire et expliquent nos gestes thérapeutiques. L'ostéopathie doit prendre en compte ces aspects indispensables et complémentaires d'une physiologie classique insuffisante à elle seule pour appréhender l'étendue du potentiel des fascias. C'est le préalable à la compréhension des théories de Robert Schleip.

Le modèle de la thixotropie a été développé pour la première fois en 1977 par Ida Rolf, biochimiste américaine et fondatrice de l'intégration structurale (Rolfing). Il représente la capacité d'une substance colloïdale (en l'occurrence la substance fondamentale du tissu conjonctif) à changer sa



forme de « gel » en un état plus fluide « sol » sous l'effet de la chaleur ou d'une contrainte mécanique comme une pression. Un phénomène objectivé par Twomey et Taylor en 1982 et que l'on retrouve au sein des fascias lors de processus pathologiques. La membrane interosseuse jambière notamment arrive à se figer en « gel » sous l'effet du bombardement nociceptif de l'irritation du nerf sciatique. Elle « enserre » alors de manière distale le nerf comme une sorte de collage, le tracte depuis le bas jusqu'en haut dans le trou de conjugaison voire au contact d'une hernie du disque et augmente alors l'irritation du nerf. Ainsi, un travail tissulaire lent à ce niveau aidera le fascia à retrouver une fluidité type « sol » et « libérera » (selon une terminologie ostéopathique) cet ancrage à distance du nerf sciatique.

Robert Schleip précise qu'il faut exercer une pression manuelle pendant deux minutes pour avoir un effet sur des processus de réagencement de la substance fondamentale. Cette approche se situe à l'opposé des déroulements tissulaires dont les pressions, mobiles et peu durables sur les fascias, ne permettent pas à l'effet gel/sol de se mettre place. Ces données thermodynamiques représentent ainsi un excellent principe de travail.

### L'EFFET PIÉZOÉLECTRIQUE

C'est la capacité des cristaux à transformer une énergie mécanique en énergie électrique. Il est possible de considérer que l'os (une structure cristalline) possède cette propriété. Selon Oschman (2000) et Juhan (1987), c'est également vrai pour les collagènes. Ainsi, une certaine pression des mains des ostéopathes créera une charge extérieure et stimulera la produc-

tion de fibroblastes. Selon Juhan, « toute la matrice du tissu conjonctif est un générateur électrique produisant des courants électriques partout où s'exercent des pressions ou des contraintes mécaniques ». Il avance également que « marcher crée des compressions rythmiques sur les os, les cartilages et des cycles de tensions sur les tendons. Ces processus mettent en route des champs électriques pulsés qui s'étendent à travers tout le corps ». Il est donc possible d'envisager que ces micro-courants dynamiques, instantanés mais parfois constants, créent une trame bioélectrique, un pilote, autour de laquelle les trames de tropocollagène pourraient se construire et s'agencer, comme on peut l'observer dans les films de Jean-Claude Guimberteau.

Selon Robert Schleip, thixotropie et effet piézoélectrique sont présents au sein des fascias mais ne sont pas non plus suffisants pour expliquer les effets du Roling ou d'une ostéopathie tissulaire sur les fascias (ndlr : le Roling est une méthode de travail corporel très développée aux Etats Unis et en Allemagne dont le but est de réaligner le corps sur son axe de gravité).

### UN SYSTÈME D'AUTORÉGULATION RAPIDE

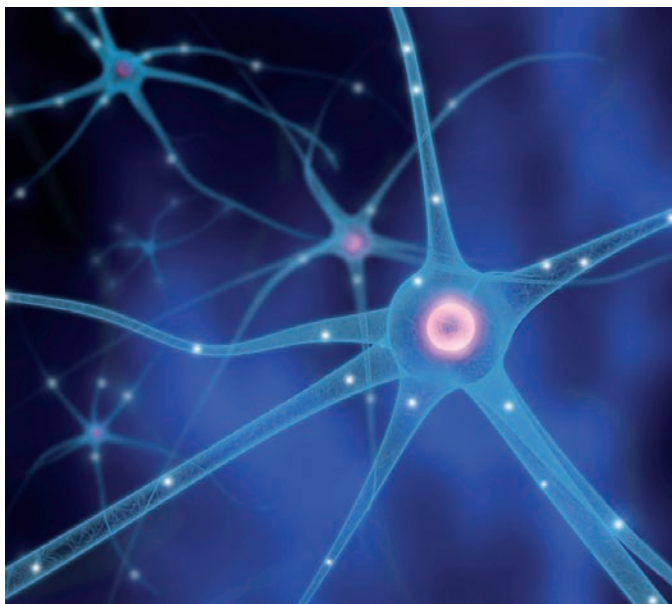
Robert Schleip introduit alors l'idée d'un « système d'autorégulation plus rapide ». En 1989, il a expérimenté des manœuvres fasciales sur des sujets sous anesthésie. Il s'est rendu compte que leur réponse tissulaire était considérablement plus faible que lorsque les sujets étaient à l'état de veille. La connexion nerveuse semble donc indispensable pour une bonne réactivité tissulaire. Il faut donc intégrer et identifier tous les capteurs intrafasciaux dans une réponse en relation avec le système nerveux. Il effectue alors une recherche approfondie sur les connaissances récentes de ces capteurs intrafasciaux et de leurs connexions neurologiques. Il a réalisé que cette connexion donnait la possibilité d'agir sur la régulation gamma du tonus musculaire, amenant cette sensation de « relâchement tissulaire » sous les doigts. Un phénomène qui se produit dans les unités motrices des muscles sous-jacents.

Robert Schleip conclut de manière provisoire que le couplage du modèle de la thixotropie, de l'effet piézoélectrique et de la modification du tonus de base du système musculaire pourrait rendre compte des modifications tissulaires en relation avec les gestes thérapeutiques profonds exercés sur les fascias. Cependant, d'autres processus complémentaires sont impliqués.

### LE SYSTÈME SENSORIEL DES FASCIAS ET SA CONNEXION NEURO VÉGÉTATIVE

Robert Schleip affirme alors que « notre organe sensoriel le plus riche et le plus important n'est ni l'œil, ni l'oreille, ni la peau ou encore le système vestibulaire. Ce sont en fait nos muscles et leur fascias associés. Ainsi, la plus grande partie des nerfs sensitifs qui informent notre système nerveux central proviennent de nos tissus myofasciaux ». Cette affirmation renverse complètement la perspective et donne aux fascias une place prépondérante dans le travail ostéopathique. Il est indispensable de passer en revue les différents « récepteurs intrafasciaux » et leurs différents modes de fonctionnements,

## Envisager les fascias comme une « mécanique tissulaire »



## Une ostéopathie « fluide » au sens propre de la thermodynamique

car ils sont connectés au système nerveux, tout spécialement au système nerveux autonome. Il existe quatre catégories de récepteurs identifiées. Les deux premiers sont :

- les corpuscules de Golgi Ib, présents dans les jonctions myotendineuses, les insertions aponévrotiques, les ligaments et les capsules articulaires. Ils sont sensibles à la contraction musculaire et aux étirements puissants.
- les corpuscules de Pacini type II, présents dans les jonctions myotendineuses, les couches profondes des capsules, les ligaments spinaux. Ils sont sensibles aux modifications rapides de la pression et aux vibrations.

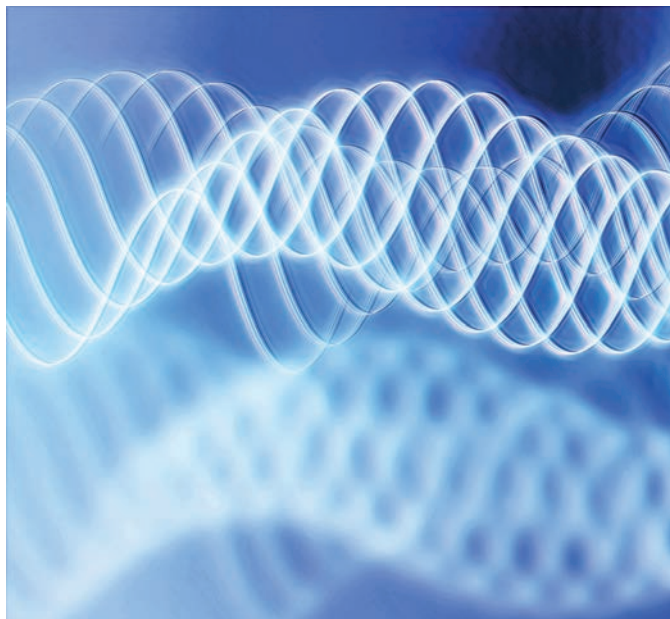
Ce ne sont pas les plus intéressants pour nous. En revanche, les deux autres types de récepteurs sont primordiaux pour la compréhension de l'intégration neurobiologique des fascias dans l'organisme. Premièrement, les corpuscules de Ruffini type II. Les travaux de Yahia et Col. (1992) ont permis de mieux les connaître. Ils répondent à des pressions prolongées et ils sont présents dans :

- les ligaments des articulations périphériques,
- le péritoine,
- la dure-mère,
- le périoste,
- les fascias d'enveloppes.

Il faut souligner l'importance de ces fascias primordiaux (péritoine, dure-mère et périoste) dans nos actions dites crâniennes, viscérales et osseuses en les intégrant dans une optique informationnelle. Ces capteurs sont sensibles à une pression soutenue et à des forces tangentielles, justifiant les approches lentes (les actions thérapeutiques du Rolfing et d'un travail tissulaire lent et puissant). Leur stimulation inhibe l'activité sympathique (Van den Berg et Capri 1999). On voit donc apparaître la portée d'un geste thérapeutique incluant pression soutenue et forces de tensions tangentielles débouchant sur une modulation orthosympathique. Concernant les réponses duremériennes, elles ouvrent le champ au grand acteur de l'organisme qu'est le Système Nerveux Autonome. Cela représente aussi une remise en perspective, par exemple, des actions possibles d'un travail duremérien.

Deuxièmement, les mécanorécepteurs interstitiels de type III et IV. Robert Schleip les nomme « récepteurs tissulaires myofasciaux interstitiels ». C'est le type de récepteur le plus présent dans le corps. Ils fonctionnent comme des mécanorécepteurs répondant à la tension mécanique (Mitchell et Schmitt 1977). Ils sont aussi connectés au système nerveux végétatif et on les trouve partout et même dans :

- l'os, notamment le crâne,
- la dure-mère de la moelle épinière,
- les ligaments viscéraux,
- le périoste.



Ils sont également sensibles aux pressions prolongées : la moitié à des seuils bas de pressions (LTP), l'autre moitié à des seuils hauts de pressions (HTP). Il y a donc redondance avec la fonction des récepteurs de Ruffini sur le système intraosseux, l'enveloppe de l'os, la duremère, le système viscéral. Ce qui oriente vers une nouvelle approche tactile profonde pour se connecter avec le système neurovégétatif à travers les tissus.

### LA DYNAMIQUE DES FLUIDES ENTRE AUSSI EN JEU, À UN AUTRE NIVEAU ...

Afin de proposer un modèle d'explication complémentaire aux processus de relâchements, de dissipations observées sous les mains lors de manœuvres profondes sur les tissus, Robert Schleip s'appuie sur les travaux de Kruger (1987). Ce dernier affirme que la stimulation intense des mécanorécepteurs par un travail soutenu sur les fascias met en route un processus « d'extravasation du plasma sanguin ». Mais cette fois-ci, la sortie du plasma des vaisseaux sanguins vers le fluide interstitiel matriciel est régie par la relation avec le système nerveux autonome. Nous retrouvons des processus de thixotropie à une échelle plus complexe et Robert Schleip, en accord avec l'hypothèse de Barnes, parle de « changement du système de régulation de la substance fondamentale ». Il s'agit bien là d'une ostéopathie « fluide », mais au sens propre de la thermodynamique associée à une relation neurologique et non d'une terminologie recouvrant une sensorialité approximative.

### LES CELLULES MUSCULAIRES LISSES : UN AUTRE PARAMÈTRE INTERVENANT DANS LES PROCESSUS DE DISSIPATIONS TISSULAIRES

Yahia en 1993 avait suspecté un phénomène de « contraction ligamentaire ». Après quelques recherches, il était arrivé à la conclusion qu'il pouvait exister des fibres musculaires dans

## Une nouvelle approche tactile profonde pour se connecter avec le système neurovégétatif à travers les tissus

les myofascias. En 1996, le professeur Staubesand découvre dans les fascias péri-musculaires des cellules musculaires lisses au sein des fibres de collagènes associées à des nerfs infra-fasciaux en relation avec le système nerveux autonome. Il qualifie ce processus de « pré-tension » des fascias commandé par le système nerveux autonome indépendant du tonus musculaire classique. Robert Schleip reprend ainsi les propos de Staubesand : « chaque intervention sur le système fascial pourrait avoir un effet sur le système nerveux autonome en général et sur tous les organes qui sont sous sa dépendance ».

### LE SYSTÈME FASCIAL : UN FONCTIONNEMENT COMPLEXE

Les travaux et les réflexions de Robert Schleip mettent en évidence la complexité du fonctionnement du système fascial aux antipodes d'une vue simpliste et réductrice. Toutes ces recherches apportent un regard nouveau sur le travail tissulaire et incitent à une remise en cause de certains principes comme de certaines pratiques ostéopathiques. Prendre en compte cette hiérarchie des modes de fonctionnements apporte beaucoup de réponses sur nos pratiques. Le premier niveau de mécanique tissulaire permet de mettre en place un type de travail lent et puissant en accord avec les véritables potentialités biophysiques des tissus. Le deuxième niveau positionne les fascias et toutes leurs multitudes de capteurs dans une véritable approche globale qui inclue le système neurovégétatif et le système limbique. Tous les chercheurs sont unanimes sur ce sujet. Cela étend la portée des gestes ostéopathiques vers une interrogation du système limbique et plus spécialement de l'hypothalamus et des amygdales cérébrales.

Dans ma pratique, je prends également en compte le système neuro-vasculaire comme lien complémentaire avec le système limbique. Cet aspect neuro-vasculaire, tout à fait convergent avec l'approche de Robert Schleip, renforce encore le pôle neuro végétatif et crée des relations avec l'hypothalamus, carrefour de régulation des informations intéroceptives, neurochimiques et vasomotrices recueillies à travers tout le champ fascial. C'est une approche ostéopathique basée sur des données scientifiques récentes et pouvant remettre en cause certaines pratiques ostéopathiques. A découvrir dans un prochain reportage de *L'ostéopathe magazine*.

\* Yves Laval est ostéopathe DO, formateur en fasciapraxis et auteur de *Carnet du toucher, voyage à la découverte de notre corps* paru aux éditions DANGLES (2012)

## Bibliographie

- Robert Schleip, Thomas W. Findley, Leon Chaitow, Peter A. Huijing : *"Fascia", The tensional network of the human body*, Churchill Livingstone, 2012.
- Robert Schleip, *Fascial plasticity - a new neurobiological explanation, part 1 and part 2*, Journal of bodywork and movement therapies, avril 2003.
- Robert Schleip, *A new explanation of the effect of Rolfing*, Rolf lines 15, 1989.
- Rolf IP, Rolfing: *The Integration of Human Structures*, Denis Landman, Santa Monica, 1977
- Twomey L, Taylor J, *Flexion, creep, dysfunction and hysteresis in the lumbar vertebral column*. Spine 7(2) : 116-122, 1982
- Barnes JF, *Myofascial Release: the Search of Excellence*. W.B. Saunders Co, 1990
- Mitchell JH, Schmidt RF, *Cardiovascular reflex control by afferent fibers from skeletal muscle receptors*. Handbook of Physiology, Sect 2 Vol. III, 1977
- Van den berg F, Cabri J, *Angewandte Physiologie*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1999
- Juhan D, *Job' Body*, Station Hill Press, NY, 1987
- Oschman JL *Energy Medicine*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 2000
- Kruger L, *Cutaneous sensory system*, Encyclopedia of Neuroscience : Vol 1 p 293-294, 1987
- Yahia L et al., *Sensory innervation of human thoracolumbar fascia*. Acta Orthopaedica Scandinavica 63(2) : 195-197, 1992



## Ceci n'est pas une articulation !

Si en anatomie classique la continuité n'existe pas, elle est pourtant essentielle. Il existe une continuité primaire : celle du tissu conjonctif dont la fonction est de permettre un changement rapide de position. Cette vision rend également obsolète une définition de l'appareil locomoteur limitée à la trinité articulation-os-muscle et pour comprendre la fonction, l'architecture est le mot-clé. Jaap Van der Wal, professeur en médecine, spécialisé en anatomie et embryologie, nous livre les conclusions de ses recherches anatomiques.

PAR REZA REDJEM-CHIBANE

Le vocabulaire utilisé en anatomie est révélateur d'une approche classique et descriptive du corps humain. En effet, un nom associe un emplacement et une localisation. Cependant, il ne s'agit pas de seulement savoir « où ». Connaître « comment » est également important. De plus, les notions de tenségrité et d'intégrité devenues incontournables ne sont pas des notions anatomiques. Il faut alors définir d'autres éléments, établir d'autres relations pour intégrer ces concepts en anatomie. L'architecture est le maître mot. A partir de ce constat, Jaap Van der Wal a revisité les différentes composantes de l'appareil locomoteur.

L'articulation d'abord. Elle est composée de l'os de l'articulation (avec le cartilage), du liquide synovial et de la capsule articulaire. Mais il la faut considérer sous un autre angle et adopter une vision fonctionnelle où l'articulation n'est plus une articulation : c'est une charnière qui apparaît après le développement et dont la fonction du cartilage qui la compose est de maintenir un espace. C'est la composante la plus importante de l'articulation car elle ne relie pas, elle sépare. L'articulation peut alors être décrite comme un organe du mouvement, un organe déconnecté.

### UNE ORGANISATION EN SÉRIE

Le muscle ensuite. Il est défini comme un groupe de faisceaux musculaires reliés entre eux et intégré dans des éléments de tissu conjonctif composé de fibres de collagènes denses. Dans cette description statique, les ligaments sont présentés comme des structures de transmission passive des forces alors que les muscles sont des structures actives. De plus, muscles et ligaments sont décrits de manière séparée et disposés de manière parallèle. Dans la réalité, la dissection révèle une organisation en série. Une situation dans laquelle les ligaments deviennent « fonctionnels » dans toutes les positions que peut prendre l'articulation. L'architecture ainsi décrite est plus fonctionnelle qu'anatomique.



**« Parler d'anatomie des fascias est contradictoire, l'architecture est le mot-clé »**

Et pour mieux comprendre cette anatomie, Jaap Van der Wal a également recours à l'embryologie. En effet, l'organisme apparaît au terme d'un processus embryologique dynamique. Ainsi, tout ce qui relève de l'anatomie pourra être compris à partir de l'embryon. Les fascias, autant que le tissu musculaire, sont des dérivés et des composants intégraux du mésoderme, du « tissu intérieur ». Si l'on considère que le corps à la fois nous relie au monde et nous en sépare, le tissu conjonctif est donc à la fois capable d'établir des connexions et des déconnexions. Le mésoderme permet alors de créer notre intériorité.

## De la forme au mouvement, du geste au symbole

**Jaap Van der Wal, professeur en médecine, spécialisé en anatomie et embryologie**

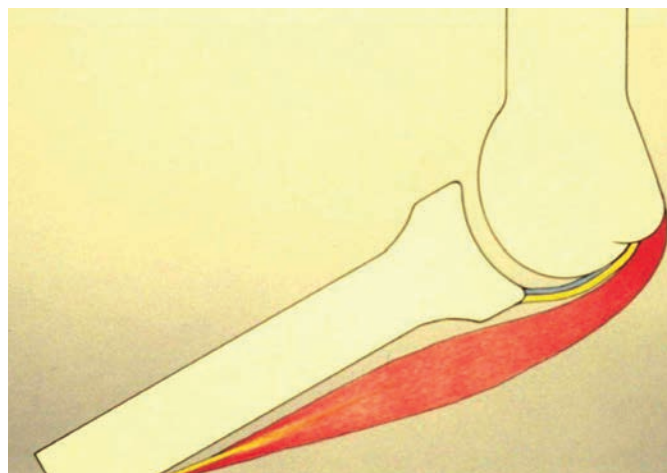
« Si un organe peut être défini comme une organisation de cellules, l'entière, elle, s'oppose à l'organe et aux cellules. Dans sa démarche analytique, l'anatomie détruit le corps humain pour l'étudier. C'est pourquoi, appréhender l'intégrité nécessite une autre approche. Lorsque j'étudie l'anatomie des fascias, il n'y a pas de forme. Le vivant est donc un processus qui crée de la forme et son mouvement n'est pas celui des différents appareils locomoteurs séparés mais celui de l'organisme tout entier. A un niveau supérieur, le mouvement n'est pas uniquement un processus dynamique mais une expression du corps qui traduit une expérience psychosomatique (par exemple, un poing levé pourra avoir plusieurs significations). Pour mieux comprendre ces concepts, et comprendre comment nous passons de la forme à l'action en passant par le mouvement et le geste, ma pratique a évolué de l'anatomie vers la phénoménologie en passant par l'embryologie et la morphogénèse ».

### DES FAITS AU CONCEPT

Les fascias étaient dans un premier temps considérés comme le support de la proprioception dans les zones articulaires. Ensuite, l'architecture du tissu conjonctif a été étudiée dans le système musculosquelettique puis dans tout le corps humain. Aujourd'hui, le concept d'anatomie transfrontalière du fascia s'impose et l'architecture du fascia permet de le considérer comme organe de l'intériorité en général et de comprendre son fonctionnement anatomique dans la locomotion en particulier.

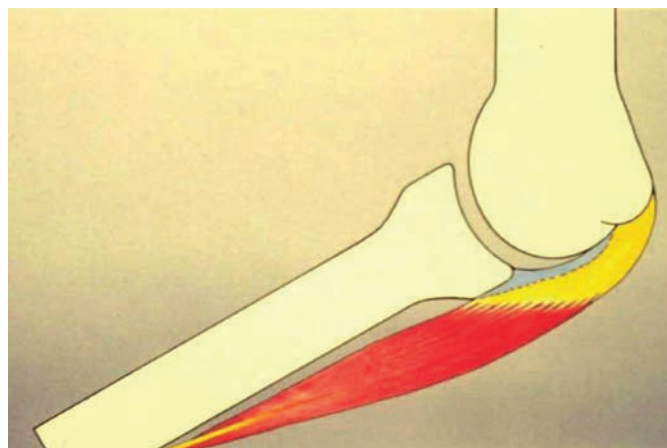


### ORGANISATION EN SÉRIE DES MUSCLES ET LIGAMENTS



© Jaap Van der Wal

Muscles et ligaments disposés en série



© Jaap Van der Wal

Muscles et ligaments disposés en parallèle

# Quand la fasciathérapie touche le thérapeute !

## Impacts identitaires de la formation à la fasciathérapie

Un reportage réalisé par Sarah Didier, ostéopathe DO et titulaire d'un DU de méthodologie



Christian Courraud, fasciathérapeute, a exploré les transformations personnelles qui conduisent le thérapeute à l'approche fasciale et, concomitamment, le « modelage » qu'imprime cette pratique sur le professionnel. Il décrit la manière dont « la fasciathérapie touche les thérapeutes ».

Selon lui, ces kinésithérapeutes choisissent de se former à la fasciathérapie à la suite d'une quête identitaire dynamique associée au souci d'évolution et à la volonté de conserver une cohérence dans leur pratique. Le souhait de tout professionnel d'évoluer dans sa pratique et de se former à autre chose provient du décalage entre l'image projetée de son métier (ce qu'il veut être à travers sa profession) et la réalité.

### La crise identitaire

Lorsque ces deux images sont trop éloignées, le thérapeute se tourne vers la recherche d'une nouvelle pratique ou d'une spécialisation qui limitera cet écart. Il s'appuie sur le principe de conversion doctrinale soutenu par Everett Hughes (1897-1983), sociologue qui s'est grandement intéressé à la sociologie du travail. La formation permet de résoudre des tensions identitaires personnelles et/ou relatives au groupe professionnel auquel appartient le professionnel. La fasciathérapie représente donc l'adéquation délicate entre un besoin d'accomplissement de soi et une volonté de performance. Cette démarche est d'autant plus importante pour certaines personnes dont le travail représente un caractère de leur identité sociale parfois plus fort que la religion. C'est alors une part essentielle de leur identité personnelle et sociale.

## Pourquoi s'orienter vers la fasciathérapie ?

La fasciathérapie est une technique hybride, avec une identité héritée de l'ostéopathie et de la kinésithérapie. Elle souhaite s'intégrer comme une compétence et elle est en recherche d'identité professionnelle. On peut observer une phase de professionnalisation de la fasciathérapie, avec la mise en place d'un corps de personnes, un corps associatif, et un corps de savoir. Selon Christian Courraud, s'orienter vers la fasciathérapie vient du souhait de créer une pratique en phase avec l'identité professionnelle du kinésithérapeute, en particulier de ne pas manipuler, d'avoir une écoute du patient et une écoute tissulaire.

L'identité forte de la fasciathérapie est le toucher de relation. Cette identité s'inscrit dans sa définition même et entraîne de nombreuses difficultés. Ce toucher relationnel est en effet peu abordé dans les thérapies manuelles malgré sa place centrale. Les médecines manuelles restent strictement attachées au domaine biomédical où la dimension relationnelle n'a pas le critère de scientificité attendu par le monde médical. C'est là toute la complémentarité que les sciences humaines peuvent apporter à l'étude du toucher relationnel. Le toucher, pour les kinésithérapeutes et les physiothérapeutes interrogés dans ce travail de thèse, s'apparente justement à cette dimension vertueuse du soin : c'est là que s'installe le « prendre soin du patient ».

## « La fasciathérapie touche le thérapeute »

Le tableau ci-dessous présente l'analyse des changements décrits par les kinésithérapeutes en formation à la fasciathérapie. Ils sont classés selon les différentes facettes de l'identité du thérapeute.

<b>Soi personnel</b>	Unité, globalité de soi, vraie nature, authenticité
<b>Soi social</b>	Consistance, stabilité, solidité, adaptabilité, confiance
<b>Soi existentiel</b>	Remise en mouvement, douceur, présent, place, sens de l'existence
<b>Soi professionnel</b>	Écoute, attention, douceur, implication, adaptabilité, confiance
<b>Soi en santé</b>	Mal-être, mal-vivre, souffrance somatique et psychique

Source : Christian Courraud

La pratique de la fasciathérapie forme donc la personne à être en relation. Dans ce contexte du toucher, le thérapeute développe des qualités primordiales dans le soin et peut déployer des aptitudes en lien avec la pratique du soin.



## Pourquoi parler de cette crise identitaire ?

Ce sujet de crise identitaire peut toucher chaque professionnel, quel que soit son domaine d'activité. Les ostéopathes, anciennement kinésithérapeutes, mais également les ostéopathes exclusifs qui cherchent de nouvelles approches sont et seront inévitablement touchés par cette crise identitaire au cours de leur carrière. Une crise identitaire peut s'exprimer de différentes manières :

- un mal-être,
- une difficulté à communiquer avec d'autres professionnels de soins et de santé parfois éloignés du nouvel horizon que cherche l'ostéopathe « en mutation », de l'agressivité, etc.

Il est alors pertinent de présenter le travail de Christian Courraud pour inviter chaque ostéopathe à identifier ce moment de vie particulier, à l'admettre pour l'assumer et le vivre à la fois pleinement et sereinement.

Lorsque le mal-être qui ressort de cette crise aura été identifié et apaisé, il sera alors possible d'envisager une atténuation des tensions relationnelles intra et interprofessionnelles ... et personnelles.

## Christian Courraud, fasciathérapeute

Christian Courraud est kinésithérapeute DE, fasciathérapeute, titulaire d'une licence en psychopédagogie curative, d'un master en psychopédagogie perceptive, et d'un diplôme de méthodologie de la recherche intégré au Doctorat en Sciences Humaines et Sociales de l'Université Fernando Pessoa au Portugal. Il est également co-coordonateur du DU de second cycle en kinésithérapie du sport, spécialisation fasciathérapie. À travers sa thèse doctorale en sciences sociales\*, il s'est interrogé sur certains aspects de la formation professionnelle, plus précisément sur la formation des kinésithérapeutes à la fasciathérapie.

\* COURRAUD C., *Fasciathérapie et identité professionnelle – Étude des reconfigurations identitaires du kinésithérapeute-fasciathérapeute*, Sciences sociales, spécialisation en Psychopédagogie, Université Fernando Pessoa



## Mutuelles et réseaux d'ostéopathes : que penser ?

Médecine à deux vitesses ou encore entrave à la liberté d'exercer : la mise en place de réseaux de soins par les complémentaires santé, Carte Blanche Partenaires et SantéClair notamment, inquiète aujourd'hui les ostéopathes. Si l'intérêt économique des patients est mis en avant par les mutuelles, qu'en est-il réellement ? Comment décrypter ces stratégies et quelles sont les conséquences pour les professionnels concernés ?

Pour répondre à ces questions, Luc-Marie Augagneur, avocat associé au cabinet Jakubowicz, Mallet-Guy & associés apporte un éclairage juridique pour permettre à chacun de prendre le recul nécessaire sur cette question.



Lorsque le législateur n'est pas satisfait de la jurisprudence appliquant la loi, il change la loi... Au risque de dénaturer son esprit. C'est ce qui risque de se produire en matière de réseaux de soins tels que les mutuelles souhaitent les mettre en œuvre pour différencier le niveau de remboursement en fonction des praticiens qu'elles auront sélectionnés.

### Principe de solidarité des mutuelles

Jusqu'ici, la singularité génétique des mutuelles reposait sur un principe de solidarité selon lequel les cotisations payées et les prestations de remboursement servies ne pouvaient être différenciées, comme pour les compagnies d'assurance, en fonction de l'évaluation du risque propre à chaque adhérent. L'appréciation du risque était donc effectivement mutualisée. C'est ce principe qui était rappelé par l'article L. 112-1 du Code de la mutualité n'autorisant des modulations de remboursement qu'en fonction de la cotisation ou de la situation de famille. Cette disposition avait logiquement conduit la Cour de cassation, dans un arrêt du 18 mars 2010, à considérer que la mise en place de réseau de soins est illégale lorsque les membres sont plus ou moins bien remboursés selon qu'ils acceptent ou non de se rendre auprès d'un praticien ayant accepté la convention de la mutuelle.

Une partie du mouvement mutualiste a contesté cette situation en s'estimant victime d'une distorsion de concurrence. Dans la mesure où les sociétés d'assurances peuvent valablement recourir à ce type de réseaux de soins, les mutuelles estiment que l'égalité de concurrence supposerait qu'elles soient également autorisées à les mettre pareillement en œuvre. En d'autres termes, elles revendiquent le droit à la discrimination de remboursement au nom ... du principe de non-discrimination.



### La santé n'est pas un commerce, et pourtant ...

Ce seul argument est un peu court : s'il est clair que les compagnies d'assurance et les mutuelles se trouvent dans une situation de concurrence sur le marché de la protection sociale complémentaire - vœux et conséquence objective du droit européen qui en a voulu ainsi -, il ne peut y avoir de distorsion que pour des opérateurs économiques se trouvant dans la même situation. Or, les sociétés d'assurances répondent à une logique lucrative et sont soumises à ce titre à l'impôt sur les sociétés. Les mutuelles, poursuivant un but de solidarité non lucratif, ne supportent alors pas la même charge. Il serait donc difficile de continuer à revendiquer un atavisme solidariste et de communiquer sur le thème « la santé n'est pas un commerce », tout en reniant en pratique ses fondements.

D'ailleurs, en réponse à une question préjudicielle récente posée par la MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale) aux fins de faire déterminer si l'article L. 112-1 du Code de la mutualité serait contraire aux règles de libre concurrence, la Cour de Justice de l'Union Européenne vient d'indiquer, dans une ordonnance du 21 novembre 2012, que « de prime abord, la disposition nationale litigieuse, telle qu'interprétée par la Cour de cassation, en tant qu'elle interdit la modulation des remboursements des frais de santé en fonction de l'appartenance du prestataire de soins à un réseau, serait de nature à favoriser la concurrence plutôt qu'à la restreindre ».

### Une loi au secours des mutuelles

Nonobstant ces principes et leur application, les mutuelles ont pressé le législateur de modifier l'article L. 112-1 pour les autoriser à différencier le remboursement des praticiens de façon à écarter les effets de la jurisprudence de la Cour de cassation. Après une première tentative censurée par le Conseil constitutionnel, au motif que le texte constituait un cavalier législatif inséré dans une loi avec laquelle elle ne présentait pas un lien suffisant, les parlementaires ont repris leur œuvre. L'Assemblée nationale vient ainsi de voter le 28 novembre dernier une proposition de loi en ce sens qui sera prochainement soumise au Sénat.

Mutuelles et parlementaires ont fait valoir un double argument. D'une part, les réseaux de soins seraient économiquement efficaces. En permettant au groupement de négocier le tarif des honoraires pour le compte des adhérents auprès des praticiens impétrants, en contrepartie de la garantie pour ces derniers de recevoir un nombre plus important de patients du fait de leur agrément, les mutuelles se trouveraient en mesure de faire baisser les prix des prestations de santé.

D'autre part, selon les mutuelles, les réseaux de soins n'entraîneraient pas de discrimination puisque, à prestation égale des praticiens, les remboursements seraient identiques. Il n'y aurait donc ni atteinte à l'égalité de traitement ni, corrélativement, atteinte au libre choix du praticien.

L'argument est astucieux. Les mutuelles soutiennent en effet qu'elles apprécient le rapport qualité/prix des prestations et qu'elles procèdent au même remboursement pour les soins présentant les mêmes caractéristiques répondant au cahier des charges du réseau.

## Comment évaluer le rapport qualité/prix des ostéopathes ?

Cette évaluation est éventuellement objectivable pour des opticiens, des audioprothésistes, voire des prothésistes dentaires. Encore que cette estimation ne prend pas nécessairement en compte l'adéquation aux besoins spécifiques des patients et qu'elle favorisera l'utilisation de matériels et produits à bas coût susceptible de présenter des risques.

Mais surtout, cette évaluation est assurément moins pertinente pour d'autres professionnels de santé pour lesquels l'*intuitu personae* est déterminant de l'appréciation de la qualité des soins. Si la loi actuellement en discussion écarte expressément la fixation conventionnelle des honoraires des médecins, comment justifier la différence de traitement faite aux kinésithérapeutes, aux ostéopathes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers pour lesquels les mutuelles pourraient opérer un remboursement différencié en fonction de l'appréciation du rapport qualité/prix justifiant l'intégration ou l'exclusion du réseau ? Certes, le nouvel article L. 863-8 du Code de la sécurité sociale obligerait les conventions de réseaux de soins à reposer sur des critères objectifs, transparents et non discriminatoires. Mais comment prétendre à l'évaluation objective des prestations de ces professionnels ?

Il existe donc un risque sérieux de nivellement par le bas de la qualité économique des soins comme résultante directe du rapport de négociation entre les professionnels et les mutuelles.

## Les risques de segmentation du marché et l'esprit mutualiste

Dans son examen des effets sur la concurrence des réseaux de soins réalisé en 2009, l'Autorité de la concurrence avait a priori estimé globalement que ces réseaux étaient proconcurrentiels, car ils favorisaient la baisse du prix des soins. Mais elle pointe un risque de segmentation du marché :

« En effet, l'opportunité offerte au consommateur final qu'est l'assuré d'améliorer sa couverture complémentaire santé est assortie en contrepartie d'incitations financières à recourir préférentiellement à des professionnels agréés par son assureur. On pourrait considérer que, en général, les assurés se sachant les moins susceptibles d'avoir recours à un professionnel de santé souscrivent préférentiellement un contrat d'assurance complémentaire santé incluant de telles incitations financières, on peut penser que les contrats traditionnels – offrant des garanties indépendantes de l'identité des professionnels de santé consultés – auront, à l'inverse, une population d'as-



surés présentant plus de « risques ». Dès lors, le différentiel de primes entre les contrats proposant des réseaux de soins et les contrats d'assurance traditionnels pourrait s'accroître sans que cette différence repose uniquement sur les mérites et l'efficacité des réseaux de soins ».

En d'autres termes, les réseaux de soins favorisent mécaniquement « l'effet club » par lequel les assurés représentant de « mauvais risques » se regroupent dans des mutuelles plus onéreuses, mais sans professionnels de santé indirectement imposés, tandis que « les bons risques » se regroupent dans des mutuelles moins chères à réseau de soin. Indépendamment de l'affaiblissement de la pression concurrentielle résultant de cette segmentation, il s'infère une autre conséquence pour le mouvement mutualiste. Dans cette configuration, la mutualisation solidariste, qui se refuse à prendre en considération l'état de santé des adhérents, se trouve anéantie. Certes, ce ne sont pas les mutuelles qui choisissent directement leurs assurés, mais la sélection s'opère d'elle-même par l'effet économique.

## Quelles conséquences à long terme ?

La recherche du « bien-être du consommateur », finalité du droit de la concurrence, ne passe pas nécessairement par une baisse des prix à court terme. Elle inclut aussi les effets à plus long terme, la prise en compte du libre choix des praticiens et de la diversité de l'offre assurancière (compagnies privées, mutuelles). Le mieux n'est pas toujours où l'on croit le voir.

## HORIZONS **comprendre**

### Troubles du sommeil –

#### 1<sup>re</sup> partie : Ouvrez l'œil !

Le sommeil représente un tiers de notre vie mais reste encore très mystérieux. Il existe différents types de troubles du sommeil qui peuvent non seulement altérer notre qualité de vie mais aussi notre santé. L'étude du sommeil est une science récente (environ 60 ans) et il reste encore beaucoup de progrès à accomplir pour mieux le comprendre et traiter ses pathologies ...

#### Restez en éveil !

Parmi les différentes catégories de troubles du sommeil identifiées, on compte notamment les insomnies et les troubles respiratoires du sommeil. Raphaël Heinzer\*, spécialiste du sommeil, nous présente ces différentes pathologies du sommeil, leur prévalence dans la population générale et leurs conséquences sur la santé ...

## HORIZONS **info patient** **NOUVEAU**

### Mal de dos : se reposer ou rester actif ?

Des conseils pour vos patients ... mais aussi pour vous ! Voici quelques conseils pour aider vos patients à se rétablir au plus vite et prolonger l'efficacité de vos traitements.

## RECHERCHE **analyse** **NOUVEAU**

### Réactualisation des principes ostéopathiques

Dans cette nouvelle rubrique, 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 (JMPT)*, *Clinical Biomechanics*, *Manual Therapy*, *Journal of Pain*, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, etc. Indispensable pour vous tenir à jour des dernières découvertes scientifiques qui vous concernent.

Pour ce reportage d'ouverture, retrouvez l'analyse de tous les articles parus dans un numéro spécial de l'IJOM sur la réactualisation des principes ostéopathiques.

## MÉTIER **enquête**

### Manipulation du système neuroméningé : stop aux mauvais réflexes !

En présence d'un syndrome neurogène périphérique (névralgie cervico-brachiale, sciatalgie, etc.), une approche clinique et diagnostique simple, logique et rigoureuse permet de mettre en œuvre la solution thérapeutique la plus appropriée. Philip Moulart, spécialiste de la prise en charge des atteintes du système nerveux périphérique en thérapies manuelles et en ostéopathie, nous présente ses méthodes de diagnostic différentiel tissulaire et de traitements spécifiques des nerfs. Son expertise s'appuie sur les développements les plus récents de la neurophysiologie.

## MÉTIER **reportage**

### Pubalgie du sportif

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. Du point de vue 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 ...

## FICHE CLINIQUE **repères** **NOUVEAU**

Simple et applicable immédiatement, cette 1<sup>re</sup> fiche clinique fera le lien avec notre enquête pour vous apporter une réponse pratique à la prise en charge des atteintes du système nerveux périphérique.

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

DANS LE PROCHAIN NUMÉRO

# L'OSTÉOPATHE

MAGAZINE

1<sup>ER</sup> MAGAZINE  
D'INFORMATION  
DES OSTÉOPATHES  
*since 2010*

tournez la page,  
informez-vous !



n°5



n°6



n°7



n°9



n°10



n°11



n°12



n°13



n°14

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