

Thérapie Manuelle et Ostéopathie :
analyse critique, descriptive et
comparative

**AHMED
Modesty**

**PROMOTION 8
Année 2019-2020**

REMERCIEMENTS :

Un peu comme un écrivain s'appêtant à mettre le point final sur son livre, « les mots manquent aux émotions » (Victor Hugo), je profite alors de ce dernier moment d'écriture pour adresser mes plus sincères remerciements :

À Gérard Guingouain, pour son accompagnement, son dévouement et ses nombreuses relectures.

À mon conjoint, pour avoir toujours cru en moi, pour sa patience, son soutien et ses encouragements dans les moments de doute ; toutes ces heures de travail prennent désormais un sens !

À mes deux petits amours, Victoire et Nicolas, ma fierté et ma motivation de tous les jours, sans qui ce mémoire aurait certainement vu le jour beaucoup plus tôt mais sans qui il n'aurait aucun sens !

À mes parents et ma petite sœur, mes premiers supporters, pour leur présence dans les bons comme dans les moments difficiles, leur soutien et leur amour inconditionnel.

À Maxence, pour sa patience, sa disponibilité et son aide précieuse en informatique !

À mon beau-père, pour m'avoir prise sous son aile et montré la voie.

À l'IFSO Rennes et toute l'équipe enseignante pour leur amour du métier et leur générosité.

À la P8, pour toutes ces belles années gravées à jamais !

Un grand MERCI à tous !

Sommaire :

ABREVIATIONS	6
1. INTRODUCTION	8
2. PROBLEMATIQUE	9
3. QU'EST-CE ALORS QUE LA THERAPIE MANUELLE ?	10
4. DEMOGRAPHIE	12
5. HISTORIQUE DES DEUX PROFESSIONS	12
5.1. <i>Des origines communes</i>	12
5.2. <i>Évolutions des thérapeutiques manuelles au XIXe siècle : précurseurs de l'actuelle médecine manuelle</i>	22
5.3. <i>Évolutions des thérapeutiques manuelles au XXe siècle : l'arrivée de l'ostéopathie en Europe</i>	24
5.4. <i>Évolution de la physiothérapie / kinésithérapie au début du XXe siècle en France et en Europe</i>	25
5.5. <i>Évolution des manipulations en France au cours du XXème siècle :</i>	26
5.6. <i>Seconde moitié du XXème siècle : émergence de la thérapie manuelle pour les physiothérapeutes</i>	28
6. FRISE CHRONOLOGIQUE RETRAÇANT L'HISTOIRE DES MANIPULATIONS	29
7. LE CADRE JURIDIQUE :	31
7.1. <i>Le cadre juridique en ostéopathie</i>	31
7.1.1. Le cadre légal en ostéopathie	31
7.1.2. La formation	31
7.1.3. Conditions d'agrément des écoles	34
7.1.4. Schéma récapitulatif	37
7.1.5. Les modalités d'exercice	38
7.1.5.1 Les actes autorisés	38
7.1.5.2 Obligation de RCP	39
7.1.5.3 Le secret médical	39
7.2. <i>Le cadre juridique en kinésithérapie</i>	40
7.2.1. Le cadre légal en TM	40
7.2.2. La formation	40
7.2.3. Les spécificités possibles à développer en Masso-kinésithérapie	40
7.2.4. Les modalités d'exercice :	42
7.3. <i>Tableau récapitulatif / comparatif :</i>	43
7.4. <i>Discussion / conséquences</i>	45
8. LE CADRE ECONOMIQUE	47
8.1. <i>En ostéopathie</i>	47
8.1.1. Statut des ostéopathes	47
8.1.2. Remboursement des honoraires d'une séance d'ostéopathie	48
8.1.3. Obligation de l'ostéopathe sur l'affichage de ses honoraires	48
8.1.4. La formation en ostéopathie, quel coût ? quelle aide ?	49
8.2. <i>En thérapie manuelle</i>	50
8.2.1. Statut des kinésithérapeutes	50
8.2.2. Tarifs et remboursement des honoraires d'une séance de TMO	51
8.2.2.1 Mode de facturation aléatoire	51
8.2.2.2 Les actes hors nomenclature	51
8.2.2.3 Tarification	52
8.2.3. Obligation d'affichage du kinésithérapeute	52
8.2.4. La formation en TMO, quel coût ? quelle aide ?	54
8.3. <i>Discussion/conséquences :</i>	54
8.3.1. Les conséquences d'une organisation parallèle	54

8.3.2.	Une patientèle différente ?	56
8.3.3.	Un tarif équivalent pour une prestation équivalente ?	57
9.	OSTÉOPATHIE ET TMO : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE	58
9.1.	Définitions générales	58
9.1.1.	La thérapie manuelle orthopédique	58
9.1.2.	L'ostéopathie	59
9.1.2.1	Définition de l'ostéopathie selon la réglementation française	59
9.1.2.2	Définition de l'ostéopathie selon la norme Européenne "prestations de soins d'ostéopathie"	60
9.1.2.3	Définition de l'ostéopathie selon l'OMS	60
9.2.	Motifs de consultation et indications	61
9.3.	Concepts et raisonnement clinique	61
9.3.1.	PAPL Formation	61
9.3.2.	KPTEN Formation	64
9.3.2.1	L'approche de James Henry Cyriax	64
9.3.2.2	Le concept Maitland	65
9.3.2.3	Le concept Kaltenborn-Evjenth	68
9.3.2.4	Le concept Mulligan	69
9.3.2.5	La méthode McKenzie	70
9.3.2.6	Le concept Neurodynamique	73
9.3.2.7	Résumé des concepts de TMO	75
9.3.2.8	Raisonnement clinique et démarche diagnostique	76
9.3.3.	IFSO Rennes	78
9.3.3.1	Une conception différente de la lésion ostéopathique : la LTR	78
9.3.3.2	Processus d'installation de la LTR	79
9.3.3.3	Variables de régulation	81
9.3.3.4	La recherche de la LTR	81
9.3.3.5	La manipulation structurale	82
9.3.3.6	Raisonnement clinique et démarche diagnostique	82
9.4.	Discussion/ conséquences	84
9.4.1.	TMO et ostéopathie : une histoire intriquée	84
9.4.2.	Caractéristiques des deux approches	86
9.4.2.1	Un concept VS des concepts	86
9.4.2.2	Une technique VS des techniques	86
9.4.2.3	L'intégration de l'EBP	88
9.4.2.4	Les indications de consultation	89
10.	CONCLUSION	91
11.	BIBLIOGRAPHIE	92
12.	ANNEXES	99
12.1.	<i>Annexe 1 : répartition du titre d'ostéopathe selon les différentes catégories professionnelles</i>	99
12.2.	<i>Annexe 2 : L'IFOMPT</i>	100
12.3.	<i>Annexe 3 : Interview de Paul Gény</i>	101
12.4.	<i>Annexe 4 : Article 372 du Code de la Santé Publique relatif à l'utilisation des manipulations articulaires</i>	102
12.5.	<i>Annexe 5 : Liste des organismes proposant une formation en TM</i>	103
12.6.	<i>Annexe 6 : Organismes de formation accrédités par le CNOMK</i>	104
12.7.	<i>Annexe 7 : Charte du CNOMK relative aux engagements des organismes de formation</i>	108
12.8.	<i>Annexe 8 : Avis du CNO n° 2014-06 relatif aux « manipulations articulaires »</i>	109
12.9.	<i>Annexe 9 : Jugement rendu à la suite d'un sinistre apparu après une séance de kinésithérapie</i>	110
12.10.	<i>Annexe 10 : Les organismes de formation en TM questionnés par mail</i>	113

12.11. Annexe 11 : Les réponses obtenues	114
12.12. Annexe 12 : Avis du CNO relatif aux touchers pelviens et aux manipulations articulaires	120
12.13. Annexe 13 : FIFPL, critères de prise en charge 2020	122
12.14. Annexe 14 : Affichage obligatoire pour les MK, modèle CNOMK.....	125

Abréviations :

Sigles francophones :

ADELI : Automatisation DEs Listes
ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ARS : Agence Régionale de Santé
ART. : Article
ATCD : Antécédent
ATM : Articulation Temporo-Mandibulaire
BPS : Bio Psycho Social
B.O : Bulletin Officiel
CDD : contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CE : Conseil d'Etat
CEJOE : Compagnie des Experts Judiciaires Ostéopathes Exclusifs
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé
CIF : Congé individuel de formation
CNCP : Commission Nationale de la Certification Professionnelle
CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
CPF : Compte Personnel de Formation
CSP : Code de la Santé Publique
DEMK : Diplôme d'Etat de Masseur –Kinésithérapeute
DIF : Droit Individuel à la Formation
DIU : Diplôme inter Universitaire
DPC : Développement Professionnel Continu
DU : Diplôme Universitaire
DO : Diplôme d'Ostéopathe
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
EFO : Ecole Française d'Ostéopathie
EU : Etats Unis
FAFPM : Fonds d'assurance Formation de la Profession Médicale
FIFPL : Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux
FONGECIF : Fonds de Gestion des Congés Individuels de Formation
G.B : Grande Bretagne
HAS : Haute Autorité de Santé
H.N : Hors Nomenclature
IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
IFSOR : Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
J.C : Jésus Christ
JO : Journal Officiel
LTR : Lésion Tissulaire Réversible
MFOS : Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale
MG : Médecin Généraliste
MK : Masseur-Kinésithérapeute
MKO : Masseur-Kinésithérapeute Ostéopathe
MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat
M, N, V : Mécanique, Neurologique, Vasculaire
MTP : Massage Transversal Profond
ND : NeuroDynamique
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NMS : Neuro-Musculo-Squelettique
O : Ostéopathe

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPS : Ostéopathes Professionnels de Santé
ONPS : Ostéopathes Non Professionnels de Santé
PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé
PS : Professionnel de Santé
PSNC : Pratique de Soins Non Conventionnelle
PVA : potentiel Vital Actualisé
R : Résistance
RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles
RCP : Responsabilité Civile Professionnelle
ROF : Registre des Ostéopathes de France
SERETO : Société d'Etude de Recherche et d'Enseignement des Techniques
Ostéopathiques
SF : Sage-Femme
SFDO : Syndicat Français des Ostéopathes
SN : Système Nerveux
SNMKR : Syndicat National des Masseurs-kinésithérapeutes Rééducateurs
SS : Sécurité Sociale
TC : Tissu Conjonctif
TM : Thérapie Manuelle
TMO : Thérapie Manuelle Orthopédique
TMS : Trouble MusculoSquelettique
U.E : Union Européenne
UNIFAF : Union du Fonds d'Assurance Formation de la branche sanitaire, sociale et médico-
sociale
URCO : Union pour la Recherche Clinique en Ostéopathie
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Sigles anglophones :

BSO : British School of Osteopathy
DO : Doctor of Osteopathy
EBM : Evidence Based Medicine
EBP : Evidence Based Practice
GOsC : The General Osteopathic Council
HVLA : High Velocity Low Amplitude.
IFOMPT : International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists
IFOMT : International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists
ISOMT : The International Seminar of Orthopaedic Manipulative Therapy
MDT : Mechanical Diagnosis and Therapy
MWM : Mobilisation With Movement
NAG : Natural Apophyseal Glides
OMT : Orthopaedic Manipulative Therapy
RCT : Randomized Controlled Trial (Essai Clinique Randomisé)
USA : United State of America
SIN : factors Severity Irritability Nature
SNAG : Natural Apophyseal Sustained Glide
WCPT : World Confederation of Physical Therapy

1. INTRODUCTION

Malgré des avancées technologiques importantes, ces dernières décennies ont plutôt été marquées par un retour au naturel. La société actuelle change. L'Homme semble prendre conscience de son environnement [37], de sa santé et de l'importance de la protéger. L'Homme se met en marche vers un mode de vie plus sain, plus écologique [39]. Il porte, par des gestes quotidiens, une attention particulière à sa santé et à son corps marquée entre autre par la reprise d'une activité sportive régulière, une alimentation dite plus « saine » [40, 8] comme la consommation « bio » ou sans protéines animales (vegan) ; de même, il restreint autant que possible la prise de substances chimiques (médicaments de type antalgique ou anti-inflammatoire) ; et tente de se soigner par des méthodes ancestrales, naturelles (remède de grands-mères, homéopathie, etc...).

De même que l'homme s'impose un rythme de vie plus sain et équilibré : il porte la même exigence quant à la qualité des soins qui lui sont prodigués. C'est ainsi qu'en parallèle, on a vu fleurir et exploser ces dernières années [28] grand nombre de thérapies manuelles. Les thérapies manuelles, tournées vers un soin "pur" sans médicament, artifice ou adjuvant, ont aujourd'hui le vent en poupe. Elles sont de plus en plus plébiscitées là où les médecines traditionnelles échouent. Mais face à la multitude d'offres présente sur le marché thérapeutique : kinésithérapie, ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, réflexologie plantaire, fasciathérapie, biokinergie ou encore microkinésithérapie ; pour les personnes en attente de soin, il devient très difficile de faire un choix éclairé. Les thérapies manuelles sont elles aussi mises à l'épreuve.

Parmi elles, deux disciplines semblent souvent confondues aux yeux du grand public : il s'agit de l'ostéopathie et de la kinésithérapie (et ce, notamment chez les kinésithérapeutes spécialisés en Thérapie Manuelle (TM)). En effet, les deux approches présentent un certain nombre de similitudes pouvant entretenir cette confusion dont la plus marquante d'entre elles est la pratique conjointe des manipulations articulaires.

2. PROBLEMATIQUE

Si les kinésithérapeutes ont dû, avec le temps, faire évoluer leur pratique pour répondre aux besoins actuels de la société ; aujourd'hui certains kinésithérapeutes (exerçant la Thérapie Manuelle TM) et ostéopathes se retrouvent à avoir une pratique, en apparence, plus ou moins ressemblante. Ce devoir part d'un constat et d'une problématique simple rencontrée dans la pratique quotidienne du cabinet :

À l'heure actuelle, les patients fréquentent de plus en plus de cabinets différents et ce, pour diverses raisons : soit lorsque le soin ne correspond pas à leurs attentes, ou bien encore lorsque leurs maux ne s'en trouvent pas soulagés. Véritable société de consommation, ils ne sont plus attachés à un praticien en particulier. D'autant qu'avec le « bouche à oreille », les moyens de locomotions et de communications actuels (tel internet) : le changement devient plus facile. Il n'y a plus un praticien pour le village et la multiplication des professionnels fait jouer indirectement et normalement « la concurrence ». Ils viennent voir un praticien parce qu'ils en ont entendu parler et parce que sa pratique est « différente ». De ce fait, les patients sont confrontés dans leurs soins à différentes techniques, qui leur confèrent un point de repère. Ces techniques (et notamment les manipulations) peuvent être retrouvées d'un praticien à l'autre alors que sur leur plaque d'activité, il n'exerce visiblement pas la même profession (exemple : kinésithérapeute et ostéopathe). Alors évidemment ils se questionnent et nous questionnent en retour : « ah, on m'a déjà fait cela... » « Et là qu'est-ce que vous me faites ? De la kinésithérapie ou de l'ostéopathie ? » « Quelle est la différence entre un kinésithérapeute et un ostéopathe ? ».

Tout cela entraîne une grande confusion dans l'esprit du patient qui perd ses repères. En tant que Professionnel de Santé (PS), nous sommes en première ligne face aux doutes et aux interrogations des patients, et toutes ces questions traduisent l'ignorance et la confusion du patient envers ses deux disciplines. Il se crée un véritable amalgame des professions.

D'autant qu'aujourd'hui, pour un besoin personnel ou bien encore pour se démarquer, nombreux sont les kinésithérapeutes à s'initier à d'autres techniques par le biais de la formation continue.

Les kinésithérapeutes qui se contentent de la formation assurée à l'IFMK se raréfient et les praticiens cherchent tous à se spécialiser dans un domaine ou un autre : que ce soit la thérapie manuelle que beaucoup considèrent comme complémentaire ou d'autres domaines de compétence comme la kiné du sport, la périnéologie, etc.... Les formations, à la disposition du Masseur-Kinésithérapeute (MK), sont nombreuses et variées.

L'identité propre du kinésithérapeute n'est pas chose aisée et l'unité de la profession est compliquée. Il n'y a pas un kinésithérapeute qui exerce son métier de la même façon apportant chacun des touches de ses différentes formations pour parfaire son soin.

De plus, nombreux sont à ce jour les kinésithérapeutes qui cumulent le double emploi kinésithérapeute/ostéopathe (plus de la moitié des ostéopathes professionnels de santé diplômés sont kinésithérapeutes cf. annexe 1) ou bien qui intègrent ponctuellement les manipulations dans leurs traitements. Difficile donc de s'y retrouver entre l'ostéopathe d'un côté, le masseur-kinésithérapeute-ostéopathe qui pratique tantôt l'une ou l'autre activité, le kinésithérapeute qui pratique de l'ostéopathie dans ses séances traditionnelles sans séparer distinctement les deux activités et le kinésithérapeute formé à la thérapie manuelle qui intègre également des actes manipulatifs dans ses soins.

En tant que patient, les sources d'interrogations sont grandes et légitimes.



Bien que l'ostéopathie bénéficie d'une reconnaissance officielle assez tardive, les deux professions (kinésithérapie et ostéopathie) cohabitent depuis longtemps en France, rassemblant à elles seules plusieurs millions de consultations annuelles [41]. Néanmoins, une méconnaissance évidente subsiste, à l'égard de l'ostéopathie et de la TM, tant auprès du grand public, que de nos politiciens, et parfois même des professionnels de santé. Ce qui nous amène à nous poser la question :

Si elles semblent si souvent confondues dans la vie quotidienne : L'utilisation conjointe des manipulations articulaires suffit-elle à faire de la thérapie manuelle et de l'ostéopathie des pratiques semblables ? Quelles sont donc leurs différences, leurs points communs ? Qu'est-ce qui les rapproche ou au contraire les sépare ?

Il existe et subsiste un flou considérable autour de cette question qui mérite qu'on s'y attarde.

L'ostéopathie et la TM exercée en kinésithérapie présentent des frontières minces. Personnellement je crois que les français ont mis dans un même cadre l'ostéopathie et la thérapie manuelle et que cela a entraîné une grande confusion dans les principes de ces deux approches et les représentations que nous nous en faisons.

Devant le peu d'études et d'articles rencontrés, il s'agit ici d'un premier travail permettant une investigation sur les filiations, les divergences, les séparations et les complémentarités existantes au sein de ces deux domaines tant sur le plan pratique que sur le plan juridique. C'est un thème qui se voudrait remettre les choses à plat, poser le contexte, faire un constat de l'état actuel des choses dans la pratique quotidienne de ces deux professions.

Le but de ce mémoire n'est absolument pas de discréditer l'une ou l'autre des professions, mais je l'espère, d'apporter un regard descriptif et comparatif nouveau sur ces disciplines finalement encore trop souvent méconnues. Si elles possèdent toutes deux une histoire commune et un tronc commun, le contexte socio-politique de l'époque et les différents personnages clefs qui ont marqués l'Histoire, font qu'elles ont pris chacune un courant et un tournant différent.

3. QU'EST-CE ALORS QUE LA THERAPIE MANUELLE ?

Trouver une définition claire et précise dans les revues et la littérature scientifique relève du défi. La thérapie manuelle, enseignée et exercée en kinésithérapie, ne trouve pas de définition officielle en France. De même, le titre de thérapeute manuel n'ayant aucune valeur juridique, cela engendre un véritable problème, puisqu'à ce jour toute personne peut alors s'autoproclamer « thérapeute manuel », qu'elle soit professionnel de santé ou non.

Voici quelques exemples de définitions recueillies :

- Dans le numéro 111 de *kinésithérapie la revue*, Pierre Trudelle (MKDE) définit la thérapie manuelle de la sorte :

« Pour certains, il s'agit d'effectuer des gestes techniques avec ses mains, avec toutes les variations possibles, et pour d'autres, il s'agit de techniques manuelles spécifiques portant sur les articulations, les muscles et le tissu nerveux. Au niveau international, il existe un réseau qui défend une vision de la thérapie manuelle plus structurée dans son enseignement pour les kinésithérapeutes, c'est l'*International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists* IFOMPT » (Trudelle, 2011, p.6) [35].



- Wikipédia tente également d'en donner une définition : [38]

« La **thérapie manuelle** est une activité pratiquée par certains kinésithérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et podologues. [...] Cet « art de soigner avec les mains » est au carrefour de différentes spécialités médicales comme la kinésithérapie, la médecine manuelle, la podologie, l'orthopédie, la rhumatologie pour trouver des solutions aux pathologies de l'appareil locomoteur. Les mobilisations spécifiques complètent les techniques myofasciales (levées de tension et techniques d'inhibition de Jones) pour tenter de permettre un gain d'amplitude lorsque la pathologie a créé une restriction de mobilité » (Wikipédia, 2018, para. 1).

Ainsi l'ambiguïté de "la thérapie manuelle" réside dans le fait que :

- D'une part, elle réunit en son sein un grand nombre de professions diverses et variées, dès lors que le soin est accompli avec les mains, sans notion d'unité. Il n'existe donc pas « une » mais « des » thérapies manuelles, dont chacune est propre à la discipline exercée.
- D'autre part, le terme « thérapie manuelle » peut également définir un type de formation spécifique enseignée en kinésithérapie dont le but principal serait, pour certaines formations, l'accès à la manipulation par le développement des qualités manuelles du thérapeute¹[8.1]. Mais là encore, aucune définition claire, sur ce qu'est réellement la TM au sein de la kinésithérapie ne saurait être donnée en France, tant il existe de formations hétérogènes et différentes revendiquant la TM : ce qui rend difficile et complexe sa définition que ce soit sur le plan pratique ou sur le plan juridique.

D'une manière générale, en kinésithérapie comme en ostéopathie, les mains représentent pour le thérapeute, le mode essentiel de prise en charge d'une affection. Les mains revêtent tantôt un rôle diagnostique au travers de l'examen clinique, tantôt un rôle thérapeutique au travers du soin. Ces thérapies sont fréquemment sollicitées lors de perturbations mécaniques afférant de l'appareil locomoteur et/ou lors de troubles Neuro-Musculo-Squelettiques (NMS).

Rappelons que, face au grand nombre de profession pouvant bénéficier du titre de thérapeute manuel et pour une compréhension claire de notre devoir, nous nous limiterons uniquement et exclusivement à la comparaison entre les ostéopathes et les kinésithérapeutes formés à la Thérapie Manuelle (encore appelée à l'étranger, Thérapie manuelle orthopédique TMO). Cette thérapie (TM ou TMO) est une pratique qui, d'un point de vue extérieur, présente d'étranges ressemblances avec l'ostéopathie, les rendant parfois difficilement différenciables au regard de personnes non initiées.

¹Extrait de la formation « Thérapie Manuelle », organisée par SSK Formation :

- Développez vos qualités manuelles en peu de temps. Cette formation dont l'objectif principal est l'accès à la manipulation structurelle (et plus encore) vous permettra une prise en charge différente de vos patients, ainsi vous aurez des résultats sur des pathologies récalcitrantes comme les tendinopathies, les suites chirurgicales, les suites de ruptures musculaires... = En ligne : https://ssk-formation.com/formation/therapie-manuelle/formation_accordee



4. DEMOGRAPHIE

En France, ostéopathes et masseurs kinésithérapeutes jouissent tous deux d'un fort pouvoir attractif au sein de la population.

Selon la brochure présidentielle du conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes (CNOMK), la France comptait, en 2017, un peu plus de 88 000 praticiens (dont plus de 70000 libéraux). Selon cette brochure, la kinésithérapie, très plébiscitée des français, bénéficierait de la part des patients de 90% d'opinion favorable, et réaliserait en moyenne environ 1,8 millions d'actes par jour. [81]

De son côté, l'ostéopathie, en constante évolution depuis sa reconnaissance officielle en France en 2002, n'est pas en reste. Avec environ 4000 porteurs du titre d'ostéopathe en 2002, elle présente en fin d'année 2017 plus de 29600 praticiens [82]. À l'heure d'aujourd'hui, on dénombre environ 31000 ostéopathes sur le territoire français [42]. Parmi eux, près de 40 % des ostéopathes diplômés sont des professionnels de santé (PS : médecin, kiné, sage-femme, etc...) Avec plus de 20 millions de consultations ostéopathiques recensées chaque année, l'ostéopathie est probablement la médecine complémentaire la plus populaire en France [82].

5. HISTORIQUE DES DEUX PROFESSIONS

« Aussi loin que l'on puisse rechercher dans les origines de l'art de soigner, il est toujours possible de trouver des références concernant l'usage de la main pour définir le mal dont souffre le patient, pour soulager ses souffrances et guérir ses maux. Bref l'histoire du traitement par la main se confond avec l'histoire des hommes. Elle est aussi vieille que l'humanité » (Houdeleek, 1994, p.1) [14].

La pratique du « reboutage » est une pratique ancestrale qui a traversé l'Histoire. Parfois même sans comprendre la portée de leurs gestes, guidés par leurs sensations, les « rebouteux » en France ou « bonesetter » en Angleterre ont largement inspiré les thérapies manuelles d'aujourd'hui.

Pour comprendre comment, à l'heure actuelle, MK et ostéopathes se retrouvent à jouer sur le même tableau : remontons aux prémices de ces deux professions.

Pour ce faire, faisons le point sur l'histoire et l'avenir de ces deux professions. À travers des personnages, des lieux et des événements clés : nous tenterons de définir la place des manipulations articulaires au sein de différentes professions (médecin, ostéopathe, et MK).

5.1. Des origines communes

L'homme s'est depuis toujours préoccupé de la santé et des moyens mis en œuvre pour la préserver. A travers les siècles, les manipulations semblent avoir occupées une place importante dans les traitements employés, pour tenter de soigner les différents maux rencontrés au fil des temps.

Des traces en sont retrouvées bien avant Jésus christ et ce à travers le monde :

- les premiers écrits retrouvés en Chine aux alentours de -5000/-4700 avant JC, relatent les massages KONG FU (méthode active, gymnique et entretien de la santé) ainsi que l'utilisation de techniques articulaires [10].





Figure 1: dessin suggérant l'utilisation des manipulations articulaires chez les chinois [10].

- D'autres documents anciens remontant à la haute histoire de l'Égypte antique ont été retrouvés avec notamment le **papyrus Edwin Smith** (env. 1600 ans avant Jésus Christ). Ce traité, contrairement à d'autres de la même époque, arbore une dimension rationaliste du soin². Quarante-huit cas de traumatismes et leur traitement y sont cités (blessures, fractures, dislocations, etc...). Le cas 25 rapporte, par exemple, le traitement de la luxation de la mandibule : « [...] bouche ouverte, qui ne peut être fermée ; posez vos pouces sur les extrémités des deux [branches montantes] de la mandibule à l'intérieur de la bouche et vos doigts sous son menton, et faites tomber en arrière pour remettre en place » (cité par Pickover, 2019, para.2) [25].

² A cette époque, la magie et les incantations font parties intégrantes de la médecine. Ce traité semble en faire abstraction.

Des traces de manipulations sont également identifiées sur divers documents picturaux. Les fresques découvertes dans le tombeau de **RAMSES II** (-1305 à -1213 avant JC) présentent un certain nombre de scènes mettant en œuvre des interventions manuelles.

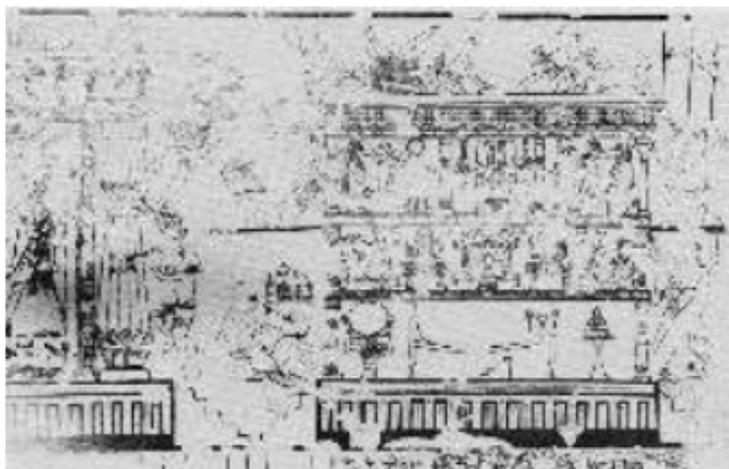


Figure 2 : Fresque ornant le tombeau de Ramsès II. Représentation d'une scène de soin traitant d'un blocage du coude par des manipulations (en haut à droite) [1].

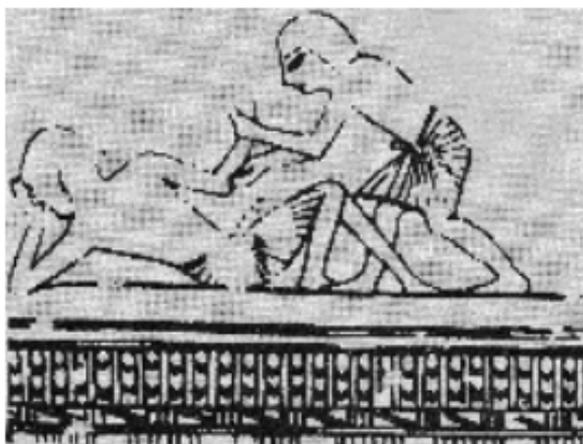


Figure 3 : Détail de la scène précédente [1] (repris par Amoyé, 1989, p36).

- **La Grèce antique** a particulièrement valorisé les soins du corps, notamment avec : **Hippocrate** (né à Cos en -460 mort en -370 avant JC) qui s'intéresse beaucoup aux pathologies du rachis, et aux thérapies manuelles :

« L'art de la thérapeutique manuel est ancien et je tiens en haute estime ceux qui l'on découvert, et comme ceux qui, de génération après génération, me succéderont, et dont les travaux contribueront au développement de l'art manuel de guérir² » (cité par Littré, 1844)

Hippocrate, dans son « *Traité des Articulations* » [16], cite et décrit longuement les manipulations. Ainsi il admet que parfois le « *déplacement de la grande vertèbre du cou peut causer la dyspnée* ». Il note bien que tous les déplacements qui peuvent se produire aux différents étages du rachis ne sont jamais considérables, bien qu'il emploie pour les décrire le verbe « *apopedecos* » qui signifie « *saillir brusquement hors de...* ». Il donne aussi le moyen de traiter ces déplacements, soit, à l'aide d'instruments rudimentaires provoquant une extension, soit, et de préférence par des manœuvres la plupart du temps uniquement manuelles. Il conseille d'utiliser alors la pression de la main au contact du blocage.

Il relate alors : « *le médecin qui sera vigoureux et non sans instruction, placera sur le blocage la paume d'une de ses mains, et mettant l'autre par-dessus, il exercera une pression qu'il aura soin, suivant la disposition des parties, de diriger soit directement en bas, soit vers la tête, soit vers les hanches² » (cité par Amoyel, 1989, p.29) [1].*

² Œuvres complètes d'Hippocrate traduites par E. Littré en 1844 consultable sur <http://www.maia.uni/>

Illustration des thérapeutiques manuelles d'Hippocrate :

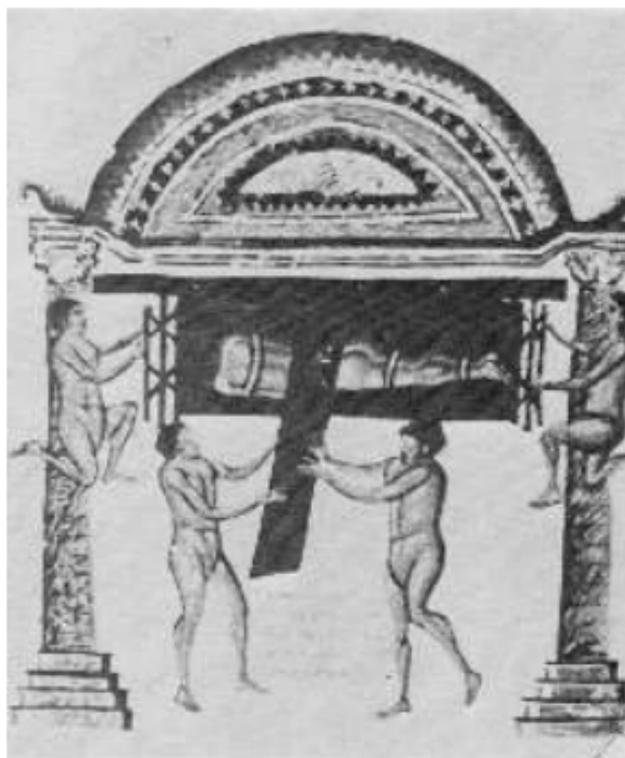


Figure 4 : extraite du manuscrit d'Apollonios de Citium
Commentant le traité des articulations d'HIPPOCRATE [1] (cité par Amoyel, 1989, p29).
Luxation du rachis. Extension sur « banc d'Hippocrate » et réduction par planche de bois.



Figure 5: extraite du manuscrit d'Apollonios de Citium
Commentant le traité des articulations d'HIPPOCRATE [1] (cité par Amoyel, 1989, p28).
Luxation du rachis. Extension sur « banc d'Hippocrate » et réduction par talonnage.



Figure 6 :
 « Une gravure sur bois représentant la réduction
 d'une épaule luxée avec un dispositif
 hippocratique. » [26]



- Les héritiers directs des Grecs furent les Romains et les Arabes. L'Histoire rapporte que **Claude Galien** (129-216 avant notre ère) à Rome, pratiquait couramment des manipulations.

Avant d'être le médecin de l'empereur Marc AURELE, il fut « médecin des gladiateurs », ce qui lui valut de se perfectionner dans les lésions osseuses, des tendons, des muscles et surtout dans les blocages des articulations [2].

Comme le cite Ghossoub (2009) : « Galien, en traitant le gladiateur Pausanias⁴, a mis en évidence le lien existant entre des paresthésies du membre supérieur et l'état de la jonction cervico-dorsale. Il démontre ainsi que le traitement mécanique local permet d'obtenir un effet à distance sur certains symptômes. » [11]



Figure 7 : Portrait de Claude Galien [43]

⁴ « ...je reçus un jour l'historien et géographe Pausanias qui souffrait d'un mal mystérieux : son bras gauche s'était peu à peu engourdi et ses trois derniers doigts n'avaient déjà plus de sensibilité. Après m'être assuré de l'examen de son bras, je l'interrogeai et appris qu'il avait été contusionné lors d'un accident de char quelques mois plus tôt à son retour d'Asie Mineure. J'en conclus que la première paire de nerfs, immédiatement voisine de la septième cervicale, avait dû être atteinte en quelque endroit dans cette chute, et que cela avait occasionné une inflammation locale. Je compris cela parce que l'anatomie nous enseigne que les nerfs semblent émerger de la même source que les veines, chaque paire de nerfs suivant un cours semblable à celui des veines. Les nerfs, nombreux à leur origine, comprimés en faisceaux et communiquant dans des gaines communes, prennent leur source dans les méninges, dont ils sortent des embranchements. Parmi eux, le dernier des nerfs cervicaux se rend directement aux plus petits doigts qu'il atteint en se distribuant dans la peau qui recouvre ces doigts. Je prescrivis au malade de cesser les compresses et je traitai cette partie de l'épine dorsale où le mal avait son siège : les doigts affectés furent guéris à la suite du traitement de la colonne vertébrale ». ([2] De Locis Affectis, livre I, paragraphe 6, cité par Bain et Al., 2016, p. 12).

- **Avicenne** : Dans le monde Arabe, Avicenne (Iranien né en 980 et mort en 1037) au Xème siècle a énormément écrit sur les manipulations qui pour lui constituait une technique thérapeutique journalière. Son œuvre écrite vers l'an mille, le « Canon »⁵, a été traduite et publiée à Venise au XVIe siècle. Celle-ci comporte de nombreuses illustrations.

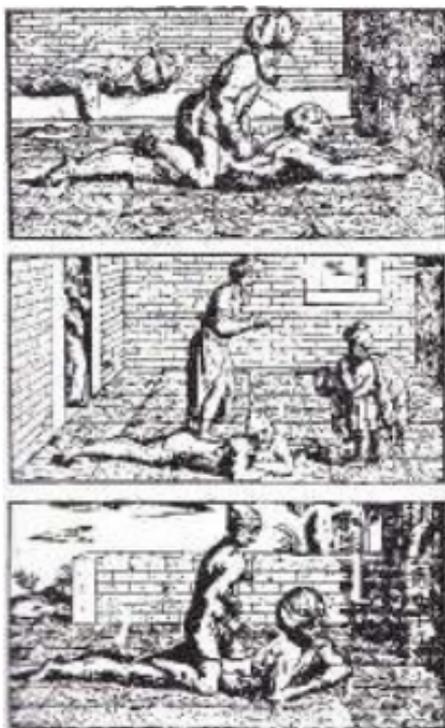


Figure 8 : Manipulation de la colonne vertébrale avec les mains, les pieds et une ventouse, au temps d'Avicenne.⁵ [1] (repris par Amoyet, 1989, p.31)

⁵ - L'œuvre majeure d'Avicenne est l'encyclopédie en cinq volumes *Al-Quanun fi al-Tibb* (= Le Canon de la médecine -), achevée en 1025. Cet ouvrage couvre les différents champs de la médecine avec une précision et une minutie grâce auxquelles il a fait autorité et constitué la base de l'enseignement médical durant plus de 700 ans, y compris dans les écoles de médecine d'Europe. Écrit en arabe et traduit ensuite en latin, l'ouvrage était influencé par Hippocrate, Galien et Aristote. Comme Rhazès, son célèbre prédécesseur, Avicenne insistait sur l'importance, en clinique, de l'observation et de l'expérimentation. - (Rikover, 2018, para.1. En ligne : <http://www.futura-sciences.com/magazines/sante/infos/dossiers/d/medecine-plusgrandes-decouvertes-medecine-1830/>)

- **Au Moyen Âge** : désaffection de la médecine pour les thérapeutiques manuelles [4]. Le XIII^{ème} siècle sonne le début du déclin des manipulations en Occident. Jusqu'alors très utilisées par les médecins, les manipulations vont peu à peu disparaître de leur arsenal thérapeutique. Elles seront de surcroît, rejetées et méprisées par le corps médical⁷.

De plus, lors du quatrième concile de Latran, en 1215, fut décidé la séparation de la médecine et de la chirurgie qui au sens strictement étymologique, signifie le travail avec les mains⁸. Si jusqu'à cette date, les médecins pouvaient pratiquer indifféremment la médecine ou la chirurgie, ce quatrième concile redéfinit les rôles. Les clercs médecins ne doivent plus exercer les pratiques manuelles jugées indignes de leur rang. Celles-ci sont alors reléguées aux barbiers-chirurgiens, sans éducation, occupant le bas de l'échelle sociale. Les manipulations, assimilées à la chirurgie, ne purent plus être pratiquées que par eux.

Ambroise Paré, chirurgien-barbier au XVI^{ème} siècle nommé premier chirurgien du roi Charles IX, est la seule exception connue. Il employait régulièrement les manipulations ainsi qu'en témoigne cette citation extraite de ses œuvres : « ... pour réduire les vertèbres luxées à la partie extérieure il faut placer le malade sur une table, couché sur le ventre, attaché sous les aisselles et au-dessous des hanches et il sera étiré vers le haut et vers le bas le plus que l'on pourra et après l'extension le chirurgien poussera de ses deux mains au-dedans la vertèbre qui fait éminence- (Œuvres 1582 cité par Luciani, para.6) [44].

Mais très peu suivirent l'exemple d'Ambroise Paré, et seuls quelques empiriques (rebouteux) perpétueront l'utilisation des manipulations.



Figure 9: Manipulation vertébrale à l'aide de poutres et de bâtons au Moyen Âge [1]
(repris par Amoyal, 1989, p.35)

⁷ Ainsi que le souligne Philip E. Greenman dans son livre "Principles of manual medicine", Williams & Wilkins 1996, il est fort probable que - les maladies endémiques et contagieuses de cette époque comme la lèpre pouvaient susciter chez les praticiens une certaine réticence à entrer en contact personnel avec leur patient. -

⁸ Du latin - chirurgia -, lui-même issu du grec ancien - χειρουργία, kheirourgia - qui signifie - activité manuelle, travail, industrie ». C'est Hippocrate qui donna le sens de « pratique chirurgicale, opération ». Etymologie disponible en ligne : <https://fr.wiktionary.org/wiki/chirurgia>

- Il faudra attendre le règne de **Louis XV** (1715-1774) pour que les chirurgiens soient de nouveau réhabilités. Cependant, face à l'ostracisme des médecins envers les traitements manuels, les chirurgiens n'osèrent pas reprendre les manipulations. Celles-ci restèrent donc aux mains des empiriques rejetant ainsi les thérapeutiques manuelles en dehors du corps médical. Durant cette période, les rebouteux occupèrent le terrain des manipulations avec des succès et des échecs difficiles à estimer. Lorsque le soin obtenait un effet bénéfique ils devenaient des guérisseurs, dans le cas contraire ils étaient des charlatans.

5.2. Évolutions des thérapeutiques manuelles au XIXe siècle : précurseurs de l'actuelle médecine manuelle.

- Vers les années 1820, quelques médecins anglais comme Daniel et William Griffen ou encore Edward Harrison s'imprègnent du savoir des rebouteux de leur pays. Ils utilisent le terme de "subluxation" et évoquent l'utilisation des processus épineux et transverses pour réduire "cet état". À cette période, la notion de déplacement et de remise en place est fort présente.

Au début du XIXe siècle, les tensions sont fortes entre médecins et rebouteux et de nombreuses tentatives sont mises en place pour tenter de les écarter du milieu médical.

À cette période, seuls quelques médecins ont tenté une réconciliation en tentant de comprendre et d'observer leur approche. Il s'agit de James Paget (1867), Wharton Hood et de Robert Jones. Ce dernier disait « nous ne pouvons pas cacher le fait que leurs succès soient nos échecs » (cité par Pettman, 2007, para.11) [20]. Bien que beaucoup pensent que leur réussite ne se limite qu'à la chance, ils s'y intéressent et demandent à les observer.

- Le suédois Pehr Henrik **Ling** (1776-1837), créateur de la première école de gymnastique médicale et ancêtre/précurseur de la physiothérapie préconisait des manipulations vertébrales dans sa gymnastique et ses élèves devaient les promouvoir.

- En France, c'est le docteur **Recamier** (1774-1852) de l'hôtel Dieu à Paris qui décrit dans son ouvrage « extension massage et percussion cadencée dans le traitement des contractures musculaires » daté de 1838, des techniques cadencées de sollicitations manuelles. Pionner dans les "techniques oscillatoires", ces techniques auraient montré leur efficacité à plus d'un titre.

Dans la deuxième moitié du XIX^e siècle,

- l'arrivée d'**Andrew Taylor Still** (1828-1917) va créer un véritable tournant dans le courant des thérapies manuelles.



figure 10 : Portrait d'andrew Taylor Still [43]

Fils de médecin, Andrew Taylor Still apprend naturellement la médecine au côté de son père. Dans son autobiographie, traduite en Français par l'ostéopathe Pierre Tricot, Still raconte son enfance, son parcours et ses désillusions vis à vis de la médecine [31]. Engagé en tant que médecin pendant la Guerre de Sécession, A.T Still perfectionne ses connaissances en Anatomie mais souffre de ne pouvoir soulager ses compagnons de guerre. À son retour, le constat est effarant : moins de décès sont dénombrés chez les enfants dans les zones où la présence de médecin est moindre !

Un autre événement majeur viendra créer un tournant dans la vie d'A.T Still : en 1865, une forte épidémie de méningite touche le pays, trois de ses enfants seront emportés par la maladie. Dépité par son impuissance en tant que médecin à sauver ses propres enfants, déçu par la médecine, Still se tourne alors vers un autre mode de soin : il découvre qu'il peut soigner avec ses mains et parvient à guérir une dizaine d'enfant atteint de dysenterie (maladie réputée mortelle à l'époque).

Le 22 juin 1874, « l'Ostéopathie » est née [2]. AT Still la définit « *comme un système de traitement qui s'adresse à la fois aux maladies internes et externes par l'intermédiaire d'interventions manuelles et sans recours aux drogues* » (cité par Bain, 2016, p.15). Still pensait que le corps, grâce à son système circulatoire, possède en lui toutes « les capacités à son auto-guérison ». Le concept de « perturbation artérielle » est abordé et devient la « loi de l'artère ». Il faut supprimer toute obstruction vasculaire, et ce quel que soit son origine, pour maintenir le corps en bonne santé.

Pendant près de 20 ans, il exercera l'ostéopathie de manière itinérante se heurtant à l'opposition ferme des médecins. Malgré tout, sa réputation grandissante, il n'a plus qu'une idée en tête : celle de « transmettre son savoir ».
En 1892, il fonde sa propre école l'« *American Osteopathic College* » à Kirksville dans le Missouri [31].

Quelques années plus tard, A.T. Still, vieillissant, s'éloigne petit à petit du monde de l'enseignement. Obnubilé par le besoin de transmettre son savoir, il consacrera les vingt dernières années de sa vie à l'écriture de « son message philosophique ostéopathique ».⁹
Le « Vieux Docteur », A.T. Still, meurt en 1917, à l'âge de 89 ans. Mais l'ostéopathie ne disparaît pas avec lui. Au contraire, elle ne cesse de se développer et s'exporte même en Europe : notamment avec l'un de ses élèves, John Martin Littlejohn.

À sa mort, près de 3000 docteurs en ostéopathie (DO) sont formés. En créant la médecine ostéopathique aux États-Unis, Still effectue la scission définitive entre les manipulations et le monde médical.

5.3. Évolutions des thérapeutiques manuelles au XXe siècle : l'arrivée de l'ostéopathie en Europe

Ce sont les élèves d'A.T. Still qui vont permettre d'assurer la pérennité de l'ostéopathie, aux États-Unis mais également outre-Atlantique.

Une adaptation va notamment apparaître avec l'un de ses élèves :

William Garner Sutherland (1873-1954) sort diplômé de l'école d'ostéopathie de Kirksville en 1900. Après de longues années à observer l'agencement des os du crâne, intrigué par la présence de biseaux ; [32] Sutherland met en évidence le concept crânien basé sur le « Mécanisme Respiratoire Primaire ». Son épouse Adah S. Sutherland raconte dans son livre « Les doigts qui pensent », retraçant l'autobiographie de son époux, la façon dont lui est venue cette idée [33] : « *alors, comme une sorte de flash aveuglant, j'ai cette pensée : biseaux, comme les œufs de poisson, indiquant une mobilité pour un mécanisme respiratoire* » (*Sutherland cité par Louwette, 2008, p.40*). Sutherland découvre l'existence sur le crâne de micromouvements involontaires et rythmiques¹⁰, ces micromouvements seraient présents sur l'ensemble du corps. C'est la naissance de l'ostéopathie crânienne.

L'entrée en Europe de l'ostéopathie :

John Martin Littlejohn (1865-1947) est un personnage marquant dans l'histoire de la thérapie manuelle. Élève appliqué d'A.T. Still, Littlejohn d'origine britannique retourne en Grande Bretagne où il fonde en 1917, la première école d'ostéopathie à Londres : la British School of Osteopathy (BSO). L'ostéopathie entre alors en Europe [2].

À l'instar des États-Unis, il ne parvint pas à faire reconnaître à l'ostéopathie la même parité qu'avec la médecine en Grande Bretagne.

⁹ Still pensait que « tout ce qui n'est pas transcrit est perdu », ainsi il écrivit successivement 4 livres: *Autobiographie* (1897), *Philosophie de l'ostéopathie* (1898), *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie* (1902), *Ostéopathie, recherche et pratique* (1910).

¹⁰ Le « Mécanisme Respiratoire Primaire » de Sutherland est décrit par Pascal Pilate, à la page 11 de son livre "Le grand livre de l'ostéopathie" aux éditions Eyrolles, comme étant « le mouvement rythmique des os du crâne sous l'effet des pulsations du cerveau. Ce mouvement de battement harmonieux, par l'intermédiaire des membranes de tensions réciproques, entraîne un mouvement de corrélation du sacrum. Ce système permet une parfaite circulation du liquide céphalo-rachidien dans l'organisme. » [21]

Dans les années 1920, J-M Littlejohn décide d'enseigner son savoir aux médecins et physiothérapeutes. Ses cours sont notamment suivis par deux praticiens qui travaillent ensemble : le médecin **James Beaver Menell** (1880-1957) et le physiothérapeute **Edgar Ferdinand Cyriax** (1874-1955).

Mennell / Cyriax, une transmission de père et fils :

En 1952, **James Beaver Menell** publie un ouvrage sur le diagnostic différentiel intitulé *"physical treatment by movement, manipulation and massage"* (1917) en découvrant que les symptômes viscéraux pouvaient être l'expression d'une causalité à distance. Jusqu'alors négligé, l'examen clinique devient alors un élément capital dans la prise en charge du patient.

Le « diagnostic différentiel » influença son propre fils (**John McMillan Menell**) ainsi que **James Cyriax** (fils de Edgar Ferdinand Cyriax) dans l'enseignement et leur approche thérapeutique. John Menell développa, comme son père, la thérapie manipulative basée sur l'orthopédie. Il fonda, conjointement avec J. Cyriax la « North American Academy of Manipulative Medicine ». Cependant il ne limita pas l'association aux seuls médecins mais lutta avec brio pour y intégrer les ostéopathes (1977).

James Cyriax poursuivit, lui aussi, les travaux de son père. En 1929, il est diplômé de médecine à Londres.

Pour lui, seuls les médecins et les physiothérapeutes sont les plus à même d'apprendre les techniques manipulatives. Il écarte ouvertement tous les autres qui pourraient s'y intéresser, il les nomme les « lay manipulators » c'est-à-dire les « manipulateurs non-initiés ». James Cyriax passa sa vie professionnelle à tenter d'améliorer ses techniques et en consacra une grande partie à l'enseignement. Son livre de référence « *Textbook of orthopaedic medicine, volume 1* » (1954) pose les fondements et principes de son concept. Grâce à son concept, d'une importance majeure dans l'approche articulaire des physiothérapeutes ayant suivis son enseignement, la thérapie manuelle orthopédique commence à se structurer.

5.4. Évolution de la physiothérapie / kinésithérapie au début du XXe siècle en France et en Europe.

La plupart des écoles de massage apparaisse dans les différents pays à la fin du XIXème siècle.

Ainsi c'est en Grande-Bretagne qu'apparaît la première école appelée « society of trained masseuses » co-fondée par quatre jeunes femmes (Lucy Robinson, Rosalind Paget, Elizabeth Manley et Margaret Palmer) en 1894. Cette société prendra successivement différents noms : elle deviendra en 1920 « la Chartered Society of massage and medical gymnastics » où Littlejohn y donne des cours de manipulations aux élèves, puis deviendra en 1944 la « Chartered Society of physiotherapy ». A noter que ces thérapeutes issus de la « chartered society of massage and medical gymnastics » sont bien accueillis par les médecins, notamment James Menell et Edgar Cyriax (lui-même physiothérapeute). Progressivement, l'enseignement des techniques de manipulations pour les physiothérapeutes anglais devient naturel.

En France c'est le chaos, et chaque profession lutte pour défendre ses droits. Les lois peinent à se mettre en place et chacun tente de défendre son territoire [24].

Entre les infirmiers masseurs (création officielle de profession d'infirmier en 1922 et compétence de masseur acquise un an plus tard), les masseurs médicaux (créer en 1943), les professeurs de culture physique médicale (création en 1932), les moniteurs de gymnastique médicale (création en 1942) et les médecins masseurs (compétence obtenue en 1912) : difficile de faire la part des choses.

D'autant qu'une scission a été créée entre les médecins et les non-médecins : la société de kinésithérapie « médicale » est créée par les médecins en 1900 tandis que les non-médecins répliquent en 1936 en créant leur propre société de Kinésithérapie [18, 23].

Finalement, il faudra attendre 1946 pour que toutes ses professions s'unissent et se regroupent sous le seul terme de « masseur-kinésithérapeute ». Mais cette union n'est pas sans condition puisque les actes de Masso kinésithérapie devront être en contrepartie prescrits par les médecins. Les manipulations ne pourront être réalisées que par le corps médical, rejetant ainsi les kinésithérapeutes en dehors du monde des manipulations.

5.5. Évolution des manipulations en France au cours du XXème siècle :

Dans les filières françaises, le **Dr R. Lavezzari** (1886-1977) fut l'un des premiers propagateurs de l'ostéopathie. Il reçut notamment l'enseignement du Dr Florence Gair (élève de Still). En 1932, il organisera le premier enseignement d'ostéopathie à destination des médecins au dispensaire Hahnemann à Paris.

R. Lavezzari publia, en 1949, un ouvrage témoignant de son appartenance au courant ostéopathique : " Une nouvelle méthode clinique et thérapeutique : l' 'Ostéopathie " .

La première moitié du XXème siècle voit beaucoup de jeunes médecins et kinésithérapeutes français s'expatrier à l'étranger pour y étudier l'Ostéopathie. Certains aux États-Unis, d'autres en Grande-Bretagne.

Lavezzari, largement investi dans la volonté de faire reconnaître l'ostéopathie, est l'un des fondateurs de la " Société Française d'Ostéopathie "¹¹ créée en 1950, qui pour l'heure est toujours d'actualité. Elle réunit des médecins, restés fidèles à la « doctrine ostéopathique » bien que ces derniers n'aient généralement conservé que l'aspect « ostéoarticulaire » de l'ostéopathie. Une scission se crée en France entre les médecins, d'une part, qui choisissent alors une voie de « médecine manuelle orthopédique » et les kinésithérapeutes, d'autres part, qui s'engagent dans une voie « d'ostéopathie ».

¹¹ Le but de la SFO est « de grouper les médecins désireux d'étudier l'ostéopathie d'une façon scientifique en s'entourant des garanties nécessaires. Plus que jamais, nous pensons que l'ostéopathie mérite l'attention du corps médical et qu'elle ne doit être pratiquée que par des médecins spécialisés. » Docteur R. Lavezzari

A la même période, **Paul Gény**, kinésithérapeute et ostéopathe français (formé à la BSO), propose avec l'anglais T. Dummer (ostéopathe) les premiers séminaires d'ostéopathie pour les non-médecins. P. Gény imagine l'ostéopathie comme une expansion de la kinésithérapie (cf. annexe 3 : interview de Paul Gény).

En 1956, il fonde l'École Française d'Ostéopathie (EFO), enseignement privé pour les kinésithérapeutes. Mais l'engouement grandissant des kinésithérapeutes pour la discipline, provoque le mécontentement de l'ordre des médecins qui obligera les instances à la fermeture de l'établissement [36].

Malgré les obstacles, P. Gény, soucieux de développer cette pratique, marquera son investissement au travers de diverses actions : en 1951, il fonde la « Société de Recherche Ostéopathique » ; en 1956, il crée « la Revue Française d'Ostéopathie »¹². Fervent défenseur de l'ostéopathie, Gény compte parmi ses membres MM. Perronneaud-Ferré, B. Barillon, F. Peyralade et R. Quéguiner.

Parallèlement, les procès pour exercice illégal de la médecine se multipliant, P. Gény quitte la France pour rejoindre l'Angleterre, il crée alors à Maidstone « l'école européenne d'ostéopathie » qui existe toujours. Elle attirera bon nombre de kinésithérapeutes français soucieux de se détacher des instances médicales, notamment Bernard Barillon.

Entre temps le 6 janvier 1962, un arrêté du Ministère de la Santé et notamment l'article 372 du Code de la Santé Publique (CSP) destinent l'usage exclusif des manipulations vertébrales aux médecins [93] (Cf. Annexe 4).

P. Gény n'abandonne pas pour autant, de retour en France, il crée, accompagné d'anciens élèves le « Collège Français d'Ostéopathie » en 1973, à destination des masseurs-kinésithérapeutes.



Figure 11 : Page de couverture de la Revue Française d'Ostéopathie [15]

En 1978, certains de ses compères (dont F. Peyralade et R. Quéguiner) désireux à leur tour de transmettre leur savoir, créent la SERETO (Société d'Etude de Recherche et d'Enseignement des Techniques Ostéopathiques). Cet établissement forme en grande partie à l'ostéopathie crânienne.

Fait étonnant, dans les années 1960 Albert Benichou, kinésithérapeute d'origine, développe l'enseignement de l'ostéopathie et nomme étrangement son école « Maison de la Thérapie Manuelle » [89].

¹² Fondée en 1956, elle accompagne les cours de P. Gény à l'EFO.

Dans les années 1960, l'ostéopathie se développe à grande vitesse et conquiert la France. De nombreux praticiens (kinésithérapeutes et médecins) se forment à l'étranger, puis reviennent en France pour en former d'autres. De fil en aiguille, le nombre d'école d'ostéopathie se multiplie alors rapidement sur le territoire français.

5.6. Seconde moitié du XX^{ème} siècle : émergence de la thérapie manuelle pour les physiothérapeutes

Au niveau mondial, la thérapie manuelle se structure progressivement grâce à l'émergence de différents concepts développés par certains physiothérapeutes. À l'égard de F. Kaltenborn (Norvège), G. Maitland (Australie), S. Paris (Nouvelle-Zélande) ou encore J. Cyriax cité précédemment (GB).

Kaltenborn est un physiothérapeute norvégien et un personnage clef dans l'élaboration de la thérapie manuelle. Après avoir suivi l'enseignement de JB Mennell et James Cyriax en Angleterre dans les années 1950, il retourne en Norvège où il obtient le droit de transmettre aux physiothérapeutes norvégiens l'enseignement acquis en GB. À l'époque, en Norvège comme en France, les médecins sont seuls prescripteurs de la physiothérapie. C'est à partir de ce moment que le corps médical commence à s'intéresser aux manipulations. En 1955, James Cyriax en personne, se déplace en Norvège pour valider l'enseignement prodigué et certifié l'examen final des premiers physiothérapeutes formés.

En 1957, ils formeront le *Privatpraktiserende fysioterapeuters gruppe* (PFG) qui sera la base de l'approche de thérapie manuelle orthopédique (OMT) de Kaltenborn.

En 1973, Kaltenborn et l'un de ses collègues présentent le OMT Kaltenborn-Evjenth Concept (c'est-à-dire le concept de Kaltenborn et Evjenth de thérapie manuelle orthopédique) et obtiennent d'être certifiés par ISOMT¹³ comme thérapeutes de manipulation orthopédique.

En 1974, dans le but de favoriser le développement de la thérapie manuelle à l'échelle mondiale, F. Kaltenborn crée avec G. Maitland, S. Paris, R. McKenzie, G. Grieve et H. thorsen : l'IFOMT¹⁴. Le référentiel des normes d'enseignements et d'examens de la TM sont ainsi définis. En 1978, L'IFOMT obtient le statut de sous-groupe de la WCPT (World Confederation of Physical Therapists, littéralement Confédération Mondiale des Kinésithérapeutes), elle-même sous-groupe de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). En 2009, l'IFOMT décide d'intégrer le terme « physiothérapeute » dans son appellation et se rebaptise l'IFOMPT¹⁵. La vision de l'IFOMPT est de « promouvoir l'excellence clinique et académique des physiothérapeutes œuvrant dans le domaine neuromusculosquelettique » (Olson, 2016, para.6). Ainsi pour « garantir la qualité des programmes éducatifs », elle veille rigoureusement au respect des normes d'enseignement mis en place pour ses organisations membres. Très active dans le domaine de la TMO, elle assure un congrès international tous les 4 ans.

À sa création l'IFOMT comptait 6 pays membres « votants » (Australie, Pays-Bas, Norvège, Nouvelle-Zélande, Suède et Royaume-Uni) et cinq pays membres « associés ». Aujourd'hui, elle compte 22 organisations membres et 16 groupes d'intérêts enregistrés [90] cf. Annexe 2.

¹³ ISOMT : The International Seminar of Orthopaedic Manipulative Therapy fondée par Kaltenborn, Cyriax, Hinsen et Stoddard.

¹⁴ IFOMT : The International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapy.

¹⁵ IFOMPT : The International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists

6. FRISE CHRONOLOGIQUE RETRAÇANT L'HISTOIRE DES MANIPULATIONS

Ci-après, une frise chronologique retraçant l'histoire des manipulations articulaires dans leur contexte socio-historique, pour les médecins et physiothérapeutes/kinésithérapeutes français et étrangers.

Figure 12 : Frise chronologique retraçant l'histoire de la thérapie manuelle et de l'ostéopathie au travers des manipulations articulaires

Sl. No.	Name of the Candidate	Date of Birth		Date of Admission	Date of Exemption	Date of Completion	Remarks
		DD	MM				
1	Mr. A. K. S. Srinivasan	15	08	1988	1990	1992	Completed
2	Mr. B. S. Srinivasan	20	09	1989	1991	1993	Completed
3	Mr. C. S. Srinivasan	25	10	1990	1992	1994	Completed
4	Mr. D. S. Srinivasan	30	11	1991	1993	1995	Completed
5	Mr. E. S. Srinivasan	05	12	1992	1994	1996	Completed
6	Mr. F. S. Srinivasan	10	01	1993	1995	1997	Completed
7	Mr. G. S. Srinivasan	15	02	1994	1996	1998	Completed
8	Mr. H. S. Srinivasan	20	03	1995	1997	1999	Completed
9	Mr. I. S. Srinivasan	25	04	1996	1998	2000	Completed
10	Mr. J. S. Srinivasan	30	05	1997	1999	2001	Completed
11	Mr. K. S. Srinivasan	05	06	1998	2000	2002	Completed
12	Mr. L. S. Srinivasan	10	07	1999	2001	2003	Completed
13	Mr. M. S. Srinivasan	15	08	2000	2002	2004	Completed
14	Mr. N. S. Srinivasan	20	09	2001	2003	2005	Completed
15	Mr. O. S. Srinivasan	25	10	2002	2004	2006	Completed
16	Mr. P. S. Srinivasan	30	11	2003	2005	2007	Completed
17	Mr. Q. S. Srinivasan	05	12	2004	2006	2008	Completed
18	Mr. R. S. Srinivasan	10	01	2005	2007	2009	Completed
19	Mr. S. S. Srinivasan	15	02	2006	2008	2010	Completed
20	Mr. T. S. Srinivasan	20	03	2007	2009	2011	Completed
21	Mr. U. S. Srinivasan	25	04	2008	2010	2012	Completed
22	Mr. V. S. Srinivasan	30	05	2009	2011	2013	Completed
23	Mr. W. S. Srinivasan	05	06	2010	2012	2014	Completed
24	Mr. X. S. Srinivasan	10	07	2011	2013	2015	Completed
25	Mr. Y. S. Srinivasan	15	08	2012	2014	2016	Completed
26	Mr. Z. S. Srinivasan	20	09	2013	2015	2017	Completed
27	Mr. AA. S. Srinivasan	25	10	2014	2016	2018	Completed
28	Mr. AB. S. Srinivasan	30	11	2015	2017	2019	Completed
29	Mr. AC. S. Srinivasan	05	12	2016	2018	2020	Completed
30	Mr. AD. S. Srinivasan	10	01	2017	2019	2021	Completed
31	Mr. AE. S. Srinivasan	15	02	2018	2020	2022	Completed
32	Mr. AF. S. Srinivasan	20	03	2019	2021	2023	Completed
33	Mr. AG. S. Srinivasan	25	04	2020	2022	2024	Completed
34	Mr. AH. S. Srinivasan	30	05	2021	2023	2025	Completed
35	Mr. AI. S. Srinivasan	05	06	2022	2024	2026	Completed
36	Mr. AJ. S. Srinivasan	10	07	2023	2025	2027	Completed
37	Mr. AK. S. Srinivasan	15	08	2024	2026	2028	Completed
38	Mr. AL. S. Srinivasan	20	09	2025	2027	2029	Completed
39	Mr. AM. S. Srinivasan	25	10	2026	2028	2030	Completed
40	Mr. AN. S. Srinivasan	30	11	2027	2029	2031	Completed
41	Mr. AO. S. Srinivasan	05	12	2028	2030	2032	Completed
42	Mr. AP. S. Srinivasan	10	01	2029	2031	2033	Completed
43	Mr. AQ. S. Srinivasan	15	02	2030	2032	2034	Completed
44	Mr. AR. S. Srinivasan	20	03	2031	2033	2035	Completed
45	Mr. AS. S. Srinivasan	25	04	2032	2034	2036	Completed
46	Mr. AT. S. Srinivasan	30	05	2033	2035	2037	Completed
47	Mr. AU. S. Srinivasan	05	06	2034	2036	2038	Completed
48	Mr. AV. S. Srinivasan	10	07	2035	2037	2039	Completed
49	Mr. AW. S. Srinivasan	15	08	2036	2038	2040	Completed
50	Mr. AX. S. Srinivasan	20	09	2037	2039	2041	Completed
51	Mr. AY. S. Srinivasan	25	10	2038	2040	2042	Completed
52	Mr. AZ. S. Srinivasan	30	11	2039	2041	2043	Completed
53	Mr. BA. S. Srinivasan	05	12	2040	2042	2044	Completed
54	Mr. BB. S. Srinivasan	10	01	2041	2043	2045	Completed
55	Mr. BC. S. Srinivasan	15	02	2042	2044	2046	Completed
56	Mr. BD. S. Srinivasan	20	03	2043	2045	2047	Completed
57	Mr. BE. S. Srinivasan	25	04	2044	2046	2048	Completed
58	Mr. BF. S. Srinivasan	30	05	2045	2047	2049	Completed
59	Mr. BG. S. Srinivasan	05	06	2046	2048	2050	Completed
60	Mr. BH. S. Srinivasan	10	07	2047	2049	2051	Completed
61	Mr. BI. S. Srinivasan	15	08	2048	2050	2052	Completed
62	Mr. BJ. S. Srinivasan	20	09	2049	2051	2053	Completed
63	Mr. BK. S. Srinivasan	25	10	2050	2052	2054	Completed
64	Mr. BL. S. Srinivasan	30	11	2051	2053	2055	Completed
65	Mr. BM. S. Srinivasan	05	12	2052	2054	2056	Completed
66	Mr. BN. S. Srinivasan	10	01	2053	2055	2057	Completed
67	Mr. BO. S. Srinivasan	15	02	2054	2056	2058	Completed
68	Mr. BP. S. Srinivasan	20	03	2055	2057	2059	Completed
69	Mr. BQ. S. Srinivasan	25	04	2056	2058	2060	Completed
70	Mr. BR. S. Srinivasan	30	05	2057	2059	2061	Completed
71	Mr. BS. S. Srinivasan	05	06	2058	2060	2062	Completed
72	Mr. BT. S. Srinivasan	10	07	2059	2061	2063	Completed
73	Mr. BU. S. Srinivasan	15	08	2060	2062	2064	Completed
74	Mr. BV. S. Srinivasan	20	09	2061	2063	2065	Completed
75	Mr. BW. S. Srinivasan	25	10	2062	2064	2066	Completed
76	Mr. BX. S. Srinivasan	30	11	2063	2065	2067	Completed
77	Mr. BY. S. Srinivasan	05	12	2064	2066	2068	Completed
78	Mr. BZ. S. Srinivasan	10	01	2065	2067	2069	Completed
79	Mr. CA. S. Srinivasan	15	02	2066	2068	2070	Completed
80	Mr. CB. S. Srinivasan	20	03	2067	2069	2071	Completed
81	Mr. CC. S. Srinivasan	25	04	2068	2070	2072	Completed
82	Mr. CD. S. Srinivasan	30	05	2069	2071	2073	Completed
83	Mr. CE. S. Srinivasan	05	06	2070	2072	2074	Completed
84	Mr. CF. S. Srinivasan	10	07	2071	2073	2075	Completed
85	Mr. CG. S. Srinivasan	15	08	2072	2074	2076	Completed
86	Mr. CH. S. Srinivasan	20	09	2073	2075	2077	Completed
87	Mr. CI. S. Srinivasan	25	10	2074	2076	2078	Completed
88	Mr. CJ. S. Srinivasan	30	11	2075	2077	2079	Completed
89	Mr. CK. S. Srinivasan	05	12	2076	2078	2080	Completed
90	Mr. CL. S. Srinivasan	10	01	2077	2079	2081	Completed
91	Mr. CM. S. Srinivasan	15	02	2078	2080	2082	Completed
92	Mr. CN. S. Srinivasan	20	03	2079	2081	2083	Completed
93	Mr. CO. S. Srinivasan	25	04	2080	2082	2084	Completed
94	Mr. CP. S. Srinivasan	30	05	2081	2083	2085	Completed
95	Mr. CQ. S. Srinivasan	05	06	2082	2084	2086	Completed
96	Mr. CR. S. Srinivasan	10	07	2083	2085	2087	Completed
97	Mr. CS. S. Srinivasan	15	08	2084	2086	2088	Completed
98	Mr. CT. S. Srinivasan	20	09	2085	2087	2089	Completed
99	Mr. CU. S. Srinivasan	25	10	2086	2088	2090	Completed
100	Mr. CV. S. Srinivasan	30	11	2087	2089	2091	Completed

7. LE CADRE JURIDIQUE :

7.1. Le cadre juridique en ostéopathie

7.1.1. Le cadre légal en ostéopathie

La pratique de l'ostéopathie est marquée par une année charnière : 2002. Il faut en effet, attendre l'année 2002, pour voir apparaître un cadre légal autorisant la pratique de l'ostéopathie aux non-médecins.

En France, l'ostéopathie est officiellement une pratique autorisée et légalisée depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui prévoit dans son article 75 que « l'usage professionnel du titre d'ostéopathe (...) est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie (...) délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. »

Ainsi seuls les professionnels de santé et les ostéopathes exclusifs sont habilités à utiliser le titre d'ostéopathe.

Depuis lors, la loi n°2002-1062 du 6 août 2002 prévoit, dans son article 3 II, de porter amnistie : sur les « délits d'exercice illégal de la médecine commis à l'occasion de la pratique d'une activité d'ostéopathie ou de chiropraxie par des professionnels qui remplissent les conditions d'exercice prévues par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ».

En obtenant la reconnaissance du titre d'ostéopathe, sont ainsi exemptés de toutes peines et amendes, les professionnels accusés d'exercice illégal de la médecine en activité avant le passage de cette loi.

7.1.2. La formation

Après 2002, la pratique de l'ostéopathie n'est plus illégale, mais le cadre légal reste encore à définir. En France, la réglementation de l'ostéopathie ne fut pas chose facile. Le rapport de l'IGAS¹⁶ publié en 2010 souligne les difficultés des pouvoirs publics à définir un cadre légal « réglementant l'exercice et la formation des ostéopathes (...), du fait de l'absence de définition précise de l'ostéopathie et de l'importance des pressions exercées par les organisations représentant les professionnels de cette discipline » (*Durratoung et Al., 2010, p.3*) [46].

¹⁶ IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

Ainsi cinq ans seront nécessaires aux autorités compétentes, avant de voir apparaître en 2007, deux décrets encadrant la pratique ostéopathe et les conditions d'agrément des écoles de formation :

- le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

- le décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation.

Le décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la **formation des ostéopathes** et à l'agrément des établissements de formation prévoit un cumul d'environ 2660h de formation portant sur « les concepts et techniques de l'ostéopathie » [47]. Ces heures de formation se répartissent de manière pratiquement équivalente entre la théorie et la pratique, et sont nécessaires pour l'obtention du diplôme.

La formation se décompose en 6 unités d'apprentissage, précisées dans l'art. 2 de ce même décret :

- « 1- Physio-pathologie et pharmacologie ;
- 2- Appareil locomoteur, fonctions normales et pathologiques ;
- 3- Système nerveux central et périphérique, fonctions normales et pathologiques ;
- 4- Appareil ostéo-articulaire, fonctions normales et pathologie rhumatismale ;
- 5- Appareils cardio-vasculaire et respiratoire, fonctions normales et pathologiques ;
- 6- Psycho-sociologie et aspects réglementaires. »

De même, l'article 4 / chapitre II de ce même décret, prévoit l'obligation de formation continue pour les professionnels utilisant le titre d'ostéopathe : « l'obligation de formation continue des médecins utilisant le titre d'ostéopathe est assurée dans les conditions et modalités de la formation médicale continue définies au chapitre III du titre III de la quatrième partie du code de la santé publique. Cette obligation est assurée dans les conditions et modalités de formation continue applicables aux masseurs-kinésithérapeutes :

- 1° Pour les masseurs-kinésithérapeutes utilisant le titre d'ostéopathe ;
- 2° Pour les autres professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du code de la santé publique utilisant le titre d'ostéopathe ;
- 3° Pour les personnes utilisant le titre d'ostéopathe mais ne disposant d'aucun titre ou diplôme les autorisant à exercer une des professions de santé mentionnées dans la quatrième partie du même code. »

Les différents décrets et lois précédemment cités se verront modifiés à plusieurs reprises au fil des années.

Et notamment, l'article 64 tiré de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (venant modifier l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) qui porte ainsi la formation à un minimum de 3520 heures et instaure des épreuves validantes nécessaires à l'obtention du diplôme [48].

Bien que ces textes représentent une véritable avancée pour le monde de l'ostéopathie, il n'en demeure pas moins qu'avec l'augmentation du nombre d'écoles et du nombre croissant de professionnels sortants, ainsi que pour la sécurité des patients et la qualité de la formation des futurs ostéopathes, les conditions de formation nécessitent encore d'être révisées et précisées.

L'ostéopathie connaissant une popularité grandissante, un cahier des charges sera établi par l'IGAS en 2010 qui permettra de dresser un « état des lieux du cadre réglementaire » en cours ainsi que ses conséquences éventuelles pour la « formation et l'exercice de l'ostéopathie » (Dumafourg et Al., 2010, p.11) [46]. À la suite de quoi, il faudra de nouveau attendre l'année 2013 pour que la ministre de la santé (Marysol Touraine), réengage de nouvelles réglementations sur la formation et l'encadrement des écoles.

Le nouveau cadre réglementaire pour la profession sera achevé fin 2014. Un décret du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, publié le 14 septembre 2014 au Journal officiel, fixe les nouveaux critères permettant aux établissements de dispenser une formation officielle en ostéopathie [49].

De ce fait, pour respecter les nouvelles dispositions et se mettre en conformité avec ce nouveau décret, les établissements de formation en ostéopathie ont dû pour enseigner, refaire la demande d'un nouvel agrément pour la rentrée 2015.

Avant la mise en place de ce nouveau cadre réglementaire, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) répertoriait au 15/02/2010 : 45 établissements de formation sur le territoire français (24 dispensant une formation "ouverte à tous" et 21 pour la formation en alternance réservés aux professionnels de santé) [46].

Début juillet 2015, publication au Journal Officiel d'une première liste non exhaustive des établissements agréés qui comprend 23 établissements. Au 29 septembre 2015, la DGOS dénombrait 26 établissements agréés, dont 3 à titre provisoire pour la rentrée 2015 pour environ 22318 praticiens en exercice. Soit près de la moitié des établissements ouverts en 2014.

7.1.3. Conditions d'agrément des écoles

Fin 2014 s'achève le nouveau cadre réglementaire pour la profession, le décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 [50] précise les conditions d'obtention du nouvel agrément pour les établissements délivrant une formation en ostéopathie. Ce décret dénombre de nombreux critères dont voici les articles les plus caractéristiques :

- **Article 1 :** Pour enseigner, l'établissement doit obtenir le statut d'établissement d'enseignement supérieur privé ;
- **Article 10 :** Le directeur d'établissement doit pouvoir « justifier d'un titre d'ostéopathe et d'un titre universitaire de niveau I en management ou d'au moins cinq ans d'expérience en management » ;
- **Article 11 :** L'établissement doit disposer d'une équipe pédagogique et administrative complète comprenant : « un conseil scientifique, un conseil pédagogique, un conseil de discipline et commission de validation des unités de formation et de compétences professionnelles » ;
- **Article 15 :** Les formateurs doivent être « au nombre d'un équivalent temps-plein pour 25 étudiants » ;
- **Article 18 :** La formation pratique clinique doit permettre à l'étudiant d'acquérir une expérience clinique. Cette formation doit se dérouler pour « au moins deux tiers au sein de la clinique de l'établissement » et pour un tiers par « des stages effectués à l'extérieur de l'établissement, auprès de maîtres de stage agréés par le directeur de l'établissement » avec un minimum de « 150 consultations complètes et validées » pour chaque étudiant.
- **Article 19 :** évaluation de la qualité de l'enseignement prodiguée au sein de l'établissement par « des audits internes, externes et des questionnaires de satisfaction des étudiants ». De même, il se doit de réaliser « une enquête d'insertion à dix-huit et trente mois après l'obtention du diplôme » et d'en publier les résultats.
- **Article 20 :** les formateurs (tout comme les intervenants extérieurs) pour enseigner doivent :
 - détenir le diplôme d'ostéopathe et justifier « d'une expérience professionnelle de cinq ans minimums »,
 - et/ou détenteur d'un « titre universitaire de niveau I dans les domaines de la pédagogie, de la santé, des sciences ou de la matière enseignée » ;
- **Article 22 :** l'établissement doit disposer pour enseigner de « locaux dédiés exclusivement à la formation », « conformes à la réglementation applicable » et adaptés à « l'effectif maximal des étudiants » ;
- **Article 23 :** l'établissement doit pouvoir démontrer « une capacité financière suffisante sur un an pour garantir la continuité de la formation des étudiants inscrits jusqu'à la fin de l'année scolaire » ;
- **Article 25** le nombre d'étudiant maximal admis par le centre de formation est dépendant de :
 - « 1° La superficie des locaux ;
 - 2° La capacité des lieux de formation pratique clinique ;
 - 3° La capacité de l'établissement en matière d'accueil de patients ;
 - 4° L'importance des moyens techniques et pédagogiques ;
 - 5° L'effectif de l'équipe pédagogique ;
 - 6° L'effectif de l'équipe administrative. »

Le décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 [51], quant à lui fixe les critères relatifs à la **formation en ostéopathie**, dont voici les articles qui référencent les critères les plus significatifs :

- L'article 3 prévoit un total de 4860h de formation sur 5 ans, comprenant pour deux tiers la formation théorique et pratique, et pour un tiers la formation pratique clinique englobant les « 150 consultations complètes et validées ».
- L'article 4 redéfinit en 7 domaines les unités d'enseignement :
 - « 1° Sciences fondamentales ;
 - 2° Sémiologie des altérations de l'état de santé ;
 - 3° Sciences humaines, sciences sociales, gestion et droit ;
 - 4° Ostéopathie : fondements et modèles ;
 - 5° Pratique ostéopathique ;
 - 6° Méthodes et outils de travail ;
 - 7° Développement des compétences de l'ostéopathe ».

• L'article 6 renseigne sur les modalités et critères d'évaluation des étudiants. Selon les établissements, l'évaluation des connaissances et des compétences peut être réalisée soit « par un contrôle continu et régulier, soit par un examen terminal, soit par ces deux modes de contrôle combinés ».

A noter que l'étudiant conserve le bénéfice des notes et des validations obtenues pour un délai de 3 ans, au cours duquel il pourra reprendre les études là où il s'en était arrêté, passé ce délai, la formation doit être reprise à son point de départ initial.

D'autres précisions sont également apportées par l'arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la **formation en ostéopathie** [52] :

- Notamment dans son article 5, qui prévoit que : la présence de l'étudiant est obligatoire lors « des travaux dirigés et des périodes de formation pratique clinique. La présence à certains enseignements en cours magistral peut être obligatoire en fonction du projet pédagogique de l'école ».
- L'article 7 prévoit un système de compensation des notes entre 2 unités d'enseignement et sur une même année, nécessitant d'obtenir la moyenne en fin d'année pour valider les différentes unités d'enseignement. Toute fois toute note inférieure à 8 ne pourra donner lieu à des compensations. A noter également que les unités d'enseignement des domaines 4, 5 et 7 cités plus haut, ne donnent jamais lieu à compensation.
- L'article 9 précise que le livret de stage devra permettre d'apprécier et d'évaluer les progrès de l'étudiant dans sa pratique tout au long de son parcours. Le livret de stage doit comporter « des éléments inscrits par l'étudiant, le maître de stage et le formateur référent de la formation pratique clinique de l'école. »
- L'article 16 du chapitre III : à la fin du cursus de formation, le diplôme d'ostéopathie est obtenu sous réserve d'avoir validé :
 - « - l'ensemble des unités d'enseignement
 - l'ensemble des compétences en formation pratique clinique.
 - le mémoire,
 - les cent cinquante consultations complètes ».

Enfin une notification, concernant les étudiants ayant un parcours antérieur à l'ostéopathie, est apportée par l'Arrêté du 12 décembre 2014 relatif aux dispenses d'enseignement susceptibles d'être accordées en vue de la préparation au diplôme permettant d'user du titre d'ostéopathe [53].

Dans son article 1^{er}, certains étudiants déjà détenteurs d'un diplôme médical ou paramédical tel que MG, SF, MK, pédicure podologue ou encore infirmier peuvent se voir dispenser de la validation d'une partie des unités d'enseignement. C'est ce que précise l'article 10 de ce même arrêté, concernant les MK : « Les personnes titulaires d'un diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute sont dispensées des enseignements suivants (...) :

- Enseignements du domaine 3, à l'exception de l'unité d'enseignement sur la législation ;
- Enseignements du domaine 6, à l'exception de 12 heures sur les méthodologies de recherche et d'évaluation en ostéopathie.

Elles doivent suivre un enseignement de 1 252 heures dans les domaines 1, 2, 4, 5 et 7. Lorsqu'elles ont obtenu la moyenne à l'issue d'une première année scientifique en biologie ou médecine, elles suivent un enseignement de 1 194 heures dans ces domaines. »

7.1.4. Schéma récapitulatif

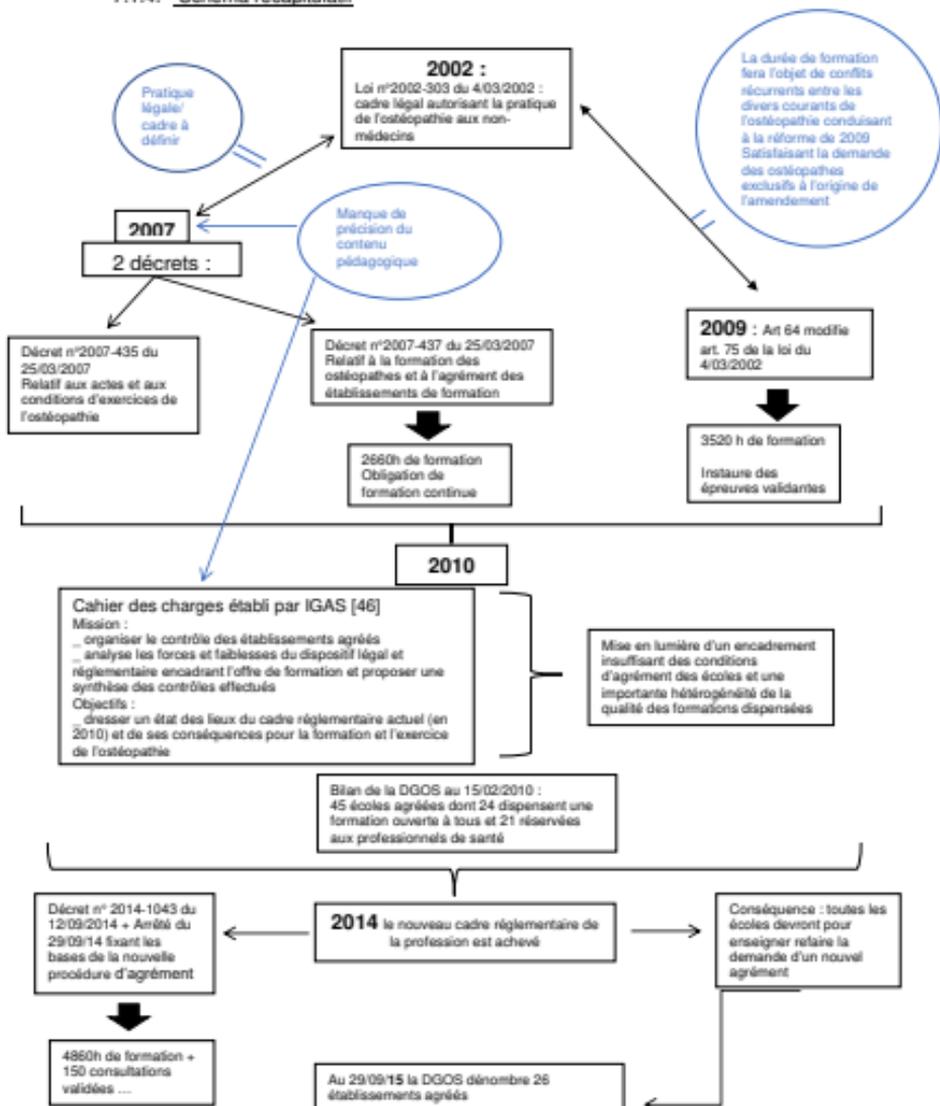


Figure 13 : le cadre légal en ostéopathie

7.1.5. Les modalités d'exercice

7.1.5.1 les actes autorisés

Les modalités d'exercice des ostéopathes sont définies par décret. Et notamment : le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie qui définit le champ de compétences des ostéopathes en précisant notamment les « actes autorisés » [54].

Une définition de la pratique ostéopathique est rendue dans ce décret, selon laquelle il s'agit « de manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. »

- Dans ce décret, les articles 1, 2 et 3 du chapitre 1^{er} font référence aux actes autorisés chez les ostéopathes

Article 1

« Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques. Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé. »

Article 2

« Les praticiens mentionnés à l'article 1^{er} sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences. »

Article 3

« I. - Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :

- 1° Manipulations gynéco-obstétricales ;
- 2° Touchers pelviens.

II. - Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants :

- 1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ;
- 2° Manipulations du rachis cervical.

III. - Les dispositions prévues aux I et II du présent article ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel. »

Ainsi, il résulte de ces différents articles que deux actes apparaissent complètement interdits aux ostéopathes, à savoir les manipulations gynéco-obstétricales et les touchers pelviens. D'autre part, il est précisé que certains actes leurs sont autorisés sous couvert d'obtenir un certificat médical de non-contre-indication, et ce notamment pour les manipulations du rachis cervical et pour les manipulations du crâne, face et rachis du nourrisson de moins de six mois.

7.1.5.2 Obligation de RCP

La loi n° 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé [56] prévoit dans son article 1 et 2 qu'en date du 1er janvier 2015, « tout professionnel autorisé à user du titre d'ostéopathe (...) doit être en mesure de justifier que sa responsabilité est couverte dans les conditions prévues au présent article ».

En cas de manquement ou de défaut d'assurance, le professionnel encoure jusqu'à 45000 euros d'amende et une interdiction d'exercer.

7.1.5.3 Le secret médical

Depuis environ 3 ans, à la suite de la parution d'un décret dans le Journal Officiel de la République française le 22 juillet 2016, une nouvelle reconnaissance est accordée aux ostéopathes.

Le Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 (relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel), s'inscrit dans la loi de modernisation du système de santé et offre aux ostéopathes la possibilité d'un échange avec le monde médical et paramédical [57].

Les ostéopathes entrent dans le cercle fermé du secret médical. Il devient alors possible pour les ostéopathes d'échanger avec les médecins ou autres professionnels de santé, au sujet d'un patient commun, à la seule condition que celui-ci en soit préalablement informé.

7.2. Le cadre juridique en kinésithérapie

7.2.1. Le cadre légal en TM

La thérapie manuelle pratiquée par les masseurs kinésithérapeutes ne trouvant pas encore son propre cadre légal, il en convient donc de se référer au code de déontologie du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) et à la législation en vigueur chez les kinésithérapeutes. À noter qu'au niveau international, c'est l'IFOMPT (cf. annexe 2) qui régit le monde de la TMO chez les physiothérapeutes.

« L'IFOMPT est le regroupement international des physiothérapeutes/kinésithérapeutes spécialisés en thérapie manuelle orthopédique (TMO).

Les buts de l'IFOMPT sont [58] :

- promouvoir et maintenir des standards de haut niveau pour la pratique clinique et l'enseignement en TMO
- promouvoir et faciliter la pratique basée sur les preuves et la recherche parmi ses membres
- communiquer largement sur l'objectif et le niveau de spécialisation en physiothérapie/kinésithérapie musculosquelettique parmi les physiothérapeutes/kinésithérapeutes, les autres professions de santé et le public.
- travailler à la conformité internationale des normes d'enseignement de la pratique en TMO. »

7.2.2. La formation

Il existe de nombreuses formations en thérapie manuelle accessibles aux masseurs-kinésithérapeutes après l'obtention de leur diplôme. En utilisant le moteur de recherche Google, avec pour mot clef « formation thérapie manuelle » : une trentaine de formations se retrouve référencées en ligne (cf. annexe 5).

Parmi les formations en thérapie manuelle proposées dans le moteur de recherche Google en date du 25 Juin 2019, nous retrouvons par exemple :

ITMP, Kpten, Ink-formation, Kinesport, [...], Ssk-formation, Onrek

Les formations proposées sont très disparates, tant dans le contenu de leur programme que dans leur densité.

7.2.3. Les spécificités possibles à développer en Masso-kinésithérapie

Il apparaît que l'exercice de la TM ou TMO dans son cabinet soit subordonné au respect de certains critères répondant aux exigences du conseil de l'ordre [59].

Ainsi nous retrouvons dans un communiqué du conseil national de l'ordre sur son site internet relatif aux « spécificités possible à développer » :

Qu'il est possible de développer deux types de spécificités dans le cabinet [59] :

D'une part :

– « Les **spécificités concernant la structure** comme par exemple la balnéothérapie, l'isocinétisme, les ondes de choc radiales, la pressothérapie, cette liste n'étant pas limitative. Les kinésithérapeutes peuvent faire figurer sur une plaque supplémentaire en application de l'article R. 4321-125^{*1} du code de la santé publique, les spécificités de matériel après accord du conseil départemental[...]. Cette spécificité n'est pas nécessairement liée à un professionnel, et peut apparaître comme attachée à un cabinet. »

D'autre part :

– « Les **spécificités concernant l'exercice** (pratiques préférentielles que sont par exemple la rééducation respiratoire, la rééducation des troubles trophiques, vasculaires et lymphatiques, la rééducation périnéo-sphinctérienne ou périnéologie, cette liste non limitative étant circonscrite au décret d'actes) qui sont autorisées sous conditions. Cette spécificité qui est nécessairement liée à un professionnel, est personnelle. Les kinésithérapeutes peuvent faire figurer sur une plaque supplémentaire en application de l'article R. 4321-125 du code de la santé publique, les spécificités d'exercice après accord du conseil départemental. »

L'accord du conseil national de l'ordre quant à la validation de ces « spécificités » est subordonné à quelques conditions. Pour ce faire, le demandeur doit :

- « Être titulaire d'un diplôme délivré par l'université en rapport avec la spécificité d'exercice correspondante (DU, DIU, Licence, Master, Doctorat reconnu par le conseil national) OU avoir suivi auprès d'un organisme de formation continue signataire de la charte de déontologie, une formation continue d'une durée minimale de 40 heures en rapport avec la kinésithérapie et inscrite au RNCP (Répertoire National des Certifications Professionnelles) en France (niveau 1, 2 ou 3). »

OU

- « Avoir participé auprès d'un organisme de formation continue signataire de la charte de déontologie, sur 2 années consécutives minimum et 4 années maximum, à 3 formations différentes inscrites au DPC sur la même thématique et en rapport avec la kinésithérapie. Le cumul des heures de ces 3 formations ne pouvant pas être inférieur à 40 heures. »

OU

- « Avoir fait valider auprès d'un organisme de formation continue signataire de la charte de déontologie, son expérience spécifique quand des formations correspondantes aux critères de spécificité d'exercice ont été effectuées ou quand le candidat estime que son expérience seule peut faire l'objet d'une validation. Les organismes de formation pouvant réaliser un accompagnement (bilan de compétences et préparation de l'oral) à la VAE (validation des acquis de l'expérience, Loi 2002) et réaliser des VAE pour délivrer tout ou partie d'un diplôme professionnel ou d'un certificat professionnel de leur institut. »

Les organismes de formation continue ayant signé la charte de déontologie sont condensés dans une liste consultable sur le site du conseil national de l'ordre (cf. annexe 6). En face de chaque organisme se trouve la pratique et la discipline enseignée. Le contenu des formations ayant été préalablement validé par le conseil national.

Après le suivi d'une de ces formations (en thérapie manuelle notamment), si toutes les conditions sont remplies, le conseil de l'ordre accorde aux kinésithérapeutes le droit d'inscrire sur leur plaque professionnelle la ou les spécificités d'exercice.

Selon le CNOMK, en signant cette charte (cf. annexe 7), qui accrédite les organismes de formation pour cinq ans, chaque organisme s'engage à dispenser une formation :

- « Conforme aux avis déontologiques du conseil national ;
- Réalisée par des kinésithérapeutes-formateurs remplissant les conditions légales et réglementaires d'exercice de la profession ;
- Mettant en œuvre en continu une procédure de démarche qualité relevant des standards reconnus du secteur de la formation.
- Chaque organisme s'engage également à transmettre systématiquement les attestations de formation DPC, dans le cadre de la formation continue, au conseil départemental de l'ordre auprès duquel le kinésithérapeute formé est inscrit. »

Ces « spécificités » exercées par le kinésithérapeute sont également régies par le code de la santé publique, en application de l'article R4321-123, créé par décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1 : de ce fait, le masseur kinésithérapeute est habilité à faire paraître dans les annuaires à usage public : « La qualification, les titres reconnus conformément au règlement de qualification, les titres et les diplômes d'études complémentaires reconnus par le conseil national de l'ordre » qu'il pratique dans le cadre de son activité professionnelle.

A noter que, sur la trentaine de formations référencée en ligne, seule 15 répondraient aux critères de déontologie¹⁷ fixés par le CNOMK et permettrait au Masseur-kinésithérapeute d'apposer sur sa plaque professionnelle la spécificité de « thérapie manuelle ». Sur les 15 organismes de formation répertoriés, seuls deux organismes parlent explicitement de thérapie manuelle orthopédique ou TMO.

7.2.4. Les modalités d'exercice :

Le champ de compétence des masseurs kinésithérapeutes trouve un éventail relativement large. De ce fait, les manipulations articulaires exercées en thérapie manuelle, font-elles parties de leur domaine de compétence ? C'est en tout cas ce que laisse entendre la juridiction : si l'on se réfère à l'article R. 4321-7 du code de la santé publique (CSP), relatifs aux actes professionnels autorisés chez le kinésithérapeute [55]. Le kinésithérapeute, dans l'exercice de ses fonctions, est libre de pratiquer la « mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ».

¹⁷ Ou du moins, seuls 15 organismes auraient réalisé la demande d'accréditation auprès du CNOMK

Cet article peut être interprété de différentes manières :

De prime abord, la lecture de cet article laisse sous-entendre que les manipulations réalisées par le MK sont défendues « notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux », cependant cet article n'exclut pas « toutes » les manipulations, mais uniquement les « manœuvres de force » et notamment les « manipulations vertébrales » qui sont les seules explicitement citées.

Il subsiste un flou autour de cette législation qui a poussé le Conseil National de l'Ordre à statuer dans un avis n°2014-06 du 18 décembre 2014 (cf. annexe 8) relatif aux manipulations articulaires [60]. En rappelant la définition officielle de la manipulation par l'International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT) : il s'agit d'une « poussée passive, de haute vélocité et petite amplitude, appliquée à une articulation dans les limites anatomiques, dans le but de restaurer un mouvement et une fonction optimale et/ou réduire une douleur ».

De cette définition ne ressort aucune notion de « manœuvre forcée », ce qui dans ce sens, autorise aux masseurs kinésithérapeutes les manipulations de toutes les articulations, à conditions que celles-ci soient « non forcées ».

C'est également dans ce sens que s'est prononcée la justice lors d'un sinistre parvenu au cours d'une séance de kinésithérapie [61]. Il s'était produit une dissection de l'artère vertébrale gauche ayant entraînant un accident vasculaire cérébelleux ischémique bilatéral, survenue après la réalisation d'une manipulation du rachis cervical. Le tribunal de grande instance a jugé qu'il était bien du rôle de l'assureur de garantir le sinistre en condamnant solidairement l'assureur et le MK à l'indemnisation de la victime (cf. annexe 9).

7.3. Tableau récapitulatif / comparatif :

Ce tableau a été créé grâce aux informations obtenues par les différents organismes de formation dispensant une formation en thérapie manuelle accréditée par le conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Feintant un intéressement pour la formation, les renseignements ont été obtenus par mail et/ou rendez-vous téléphonique, ou à défaut extraits à partir du site internet propre à chaque formation référencée. Sur les quinze formations questionnées, seules cinq ont daigné répondre à mes interrogations quant au déroulement de leur programme de formation (mail en annexe 10 et réponses en annexe 11).

En ce qui concerne le titre d'ostéopathe, je n'ai pris en référence que ma propre école d'ostéopathie (IFSO Rennes) ayant été accréditée par le ministère en 2016.

	Titre d'ostéopathe	Certificat de Thérapie manuelle
Cadre légal	OPS vs ONPS	Reconnaissance par l'ordre possible « spécificité »
Durée	4860h réparties en 4 ans	De 40h à 504h
Compétences	<p>Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ostéopathique</p> <p>Acquisition d'un raisonnement ostéopathique</p> <p>Maîtrise technique des gestes manipulatifs : Exigence gestuelle rigoureuse et geste sûr !</p> <p>Toutes manipulations autorisées à l'exception : des touchers pelviens et manipulation gynéco obstétricale.</p> <p>Obtention obligatoire d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique de l'ostéopathie pour : - Les manipulations cervicales - Prise en charge crâne, face et rachis du nourrisson de moins de 6 mois</p>	<p>Très dépendante de la formation réalisée (ciblée ou non)</p> <p>Respect des consignes du CNOMK : enseignement et démarche inscrits dans la médecine basée sur des preuves EBP</p> <p>Toutes manipulations autorisées : Sous couvert du diplôme de kinésithérapeute (PS) et d'une prise en charge sous prescription médicale, les actes interdits en ostéopathie entre dans le décret de compétence des MK : - Mobilisations avec thrust autorisées (avis du CNOMK 18/12/2014) - Toucher pelvien possible (avis du CNOMK du 19 et 20/06/2013) - Prise en charge des nourrissons</p>
Champs	Première intention But non thérapeutique : soin de confort	Sur prescription médicale ou Hors-Nomenclature But thérapeutique
Description des études	Enseignement clinique : 600h (150 consultations) Enseignement pratique Enseignement théorique Examens continus + mémoire	Enseignement pratique Enseignement théorique Pas de clinique (pas de confrontation avec le vrai patient) Examen de validation finale pour certaines formations uniquement
Enseignement	Par des ostéopathes (justifiant de 5 ans d'expérience minimum)	Par des kinésithérapeutes et/ou des ostéopathes
Coût	6550*4 = 26200 euros Prise en charge partielle possible par le FIFPL au titre d'une formation longue	De 500 à 12000 euros environ Prise en charge totale ou partielle possible par le FIFPL ou le DPC

Figure 14 : Tableau de comparaison du titre d'ostéopathe et du certificat de thérapie manuelle

7.4. Discussion / conséquences

Les décrets précédemment cités définissent les champs de compétence des ostéopathes tout en précisant les actes qui leurs sont interdits : à savoir, les manipulations gynéco-obstétricales et les touchers pelviens. Ces actes (en dehors du champ obstétrical) entrent toutefois dans le décret de compétence des masseurs kinésithérapeutes.

En effet, si à l'heure actuelle, il n'y a pas ou plus d'enseignement uro-gynécologique en ostéopathie, un enseignement est conservé en kinésithérapie.

L'avis du conseil national sur la réalisation des touchers pelviens publié dans « **mon ordre officiel** »¹⁸ **petit journal N°28 du 3ème trimestre 2015, p 14**, va dans ce sens et accorde aux kinésithérapeutes, dans la cadre de la rééducation périnéo-sphinctérienne, la pratique des touchers pelviens à visée bilan diagnostic et thérapeutique. Sont également accordés aux masseurs-kinésithérapeutes, détenteurs du diplôme d'ostéopathe, les touchers pelviens dans le cadre d'une prise en charge des troubles du rachis lombo-sacré-coccygien, à la seule condition que ces derniers agissent sur prescription médicale uniquement, en argumentant le « processus décisionnel » qui amène à faire la manipulation (en dernier recours, si toutes les autres solutions ont échouées) et surtout en recueillant de manière systématique le consentement libre et éclairé du patient.

Ainsi les touchers pelviens sont autorisés aux masseurs-kinésithérapeutes car ils entrent dans leur décret de compétence, de ce fait et comme précisé dans le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007, ces interdictions ne s'appliquent pas aux ostéopathes dès lors qu'ils sont professionnels de santé (médecins, MK etc.) et que ces dits-actes entrent dans le champ de compétence de ces derniers.

De ce fait, il en ressort que le kinésithérapeute est donc habilité, dans l'exercice de ses fonctions, à exercer ces dites techniques et à fortiori dans ses séances de TMO (contrairement à l'ostéopathe non professionnel de santé). Dans ce cas précis, les kinésithérapeutes présentent un avantage d'ordre juridique par rapport aux ostéopathes (sauf si ces derniers conservent leur compétence initiale de kinésithérapeute : intérêt de garder la double casquette kinésithérapeute/ostéopathe).

D'autres pratiques sont possiblement réalisables par les ostéopathes sous couvert de respecter certaines conditions :

A savoir : les manipulations du crâne, du rachis et de la face chez le nourrisson de moins de 6 mois et les manipulations du rachis cervical ne sont pas interdites mais un diagnostic, certifiant de l'absence de contre-indication à la pratique de l'ostéopathie, doit nécessairement être réalisé par un médecin. À défaut, la responsabilité de l'ostéopathe pourrait être retenue. Ce certificat, dans le cas ou d'éventuelles contre-indications ne seraient pas détectées, engage également la responsabilité du médecin, donc diminue grandement les chances de l'obtenir.

¹⁸ Disponible en annexe 12

Or, tous ces actes précédemment cités, font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique du kinésithérapeute¹⁹. L'avis du conseil national sur les manipulations articulaires publié dans « *mon ordre officiel* » *petit journal N°28 du 3eme trimestre, p 14*, rappelle, suite à la définition internationale des manipulations que donne l'IFOMPT que le kinésithérapeute est habilité à pratiquer les manipulations « non forcées » de toutes les articulations. Ainsi les manipulations cervicales restent possibles en kinésithérapie sur prescription médicale dans un but thérapeutique et peuvent être intégrées librement dans les soins de TMO proposés par le kinésithérapeute.

Les manipulations cervicales réalisées par un ostéopathe, même avec un certificat de non-contre-indication, ne sauraient être dans un but thérapeutique car les ostéopathes ne sont pas des professionnels de santé → soins de confort.

À l'inverse de l'ostéopathe, le kinésithérapeute peut donc proposer librement à ses patients, sous couvert d'une prescription médicale, les techniques citées ci-dessus dans ses soins de TM.

Toutefois pour l'ostéopathe détenteur du diplôme de kinésithérapie : deux ouvertures sont possibles sur les actes interdits sous couvert d'une prescription médicale.

D'un point de vue purement juridique intérêt de conserver la double casquette kinésithérapie /ostéopathie puisque l'utilisation d'acte ostéopathique est autorisée dans le traitement de kinésithérapie (sous prescription dans un but thérapeutique). Avec la double compétence, l'ostéopathe ne se place pas dans l'illégalité (avantage sur les ONPS).

Les deux thérapeutes que ce soit kinésithérapeute ou ostéopathe sont donc habilités à réaliser les mêmes techniques sous des conditions plus ou moins contraignantes, mais l'un dispose de 4800h de formation contre 10 à 100 fois moins pour l'autre.

Les actes cités ci-dessus sont autorisés aux kinésithérapeutes, dans le cadre de leur activité professionnelle réglementée par le CSP, seulement il n'est pas précisé pour autant si les kinésithérapeutes ont dû, pour ce faire, suivre ou non une formation complémentaire ou bien si ces actes sont enseignés dans le parcours de leur formation initiale. Ce qui peut poser question de la bonne réalisation des pratiques. Personnellement, ma formation initiale de kinésithérapeute ne comportait aucune référence pratique dans le domaine uro-gynécologique, ni dans le domaine des thérapies manuelles. Afin de garantir une pratique sûre et équitable pour le patient : une autorisation ? Oui. Mais sous quelles conditions ?

D'autre part, il paraît intéressant de soulever qu'à travers les différentes formations proposées sur le site du CNOMK, nous retrouvons une grande disparité dans le contenu de leur formation et pourtant toutes ces formations permettent d'apposer sur la plaque professionnelle la « spécificité de thérapie manuelle ». Que la formation compte 40h ou 500h de cours, qu'elle intéresse un complexe articulaire ou le corps dans son entier, qu'il s'agisse de TMO, de thérapie manuelle neuro-dynamique ou encore sensorielle : il n'y a aucune distinction quant à la spécificité exercée, avec un manque évident de précision du contenu pédagogique obligatoire. Ce qui pose la question de la qualité gestuelle du thérapeute, de l'approfondissement des connaissances, et d'une éventuelle mise en application directe au cabinet. Mais surtout quel repère pour nos patients ? Le terme générique de thérapie manuelle regroupe en son sein des pratiques bien différentes avec pour seule similitude l'action de soigner avec ses mains.

¹⁹ NB : il est intéressant de voir que les deux professions présentent une construction opposée : pour les ostéopathes tout ce qui n'est pas clairement interdit est autorisé, à l'inverse pour les MK : tout ce qui n'est pas clairement autorisé est interdit !

Enfin, sur les 15 formations questionnées en ligne ou par téléphone, près de la moitié dispensent un enseignement en thérapie manuelle orthopédique proche de l'ostéopathie, d'ailleurs dans ces formations, les enseignements sont, pour la plupart du temps dispensés par des ostéopathes et/ou kiné-ostéopathes. Si les techniques sont si proches, qu'est-ce qui permet de différencier les deux approches ? qu'est-ce qui pousse les MK à se diriger vers la TM plutôt que vers l'ostéopathie ?

Est-ce donc pour le professionnel, une façon de pratiquer les gestes manipulatifs sous couvert de la kinésithérapie et ainsi éviter le trop grand nombre d'années d'études et les investissements personnels et financiers qu'occasionnent les études d'ostéopathie ?

Enfin, il apparaît que l'exercice de la thérapie manuelle orthopédique dans son cabinet ainsi que l'inscription de cette spécificité sur la plaque d'exercice soient subordonnés au respect de certains critères répondant aux exigences du conseil de l'ordre. Que se passe-t-il si la formation suivie ne rentre pas dans les critères de la charte de déontologie ?

D'après un appel au CDOMK, l'enseignement et l'accès à la formation est libre en France, cependant on peut passer une formation de droit sans être avocat. Ainsi, en cas de litige, le professionnel est-il couvert par son assurance ?

8. LE CADRE ECONOMIQUE

8.1. En ostéopathie

Le grand public recherchant une prise en charge de plus en plus individualisée, écocitoyenne, n'utilisant pas ou peu de thérapeutiques médicamenteuses chimiques se tourne naturellement vers l'offre ostéopathique.

8.1.1. Statut des ostéopathes

Comme le rappelle le SFDO, l'ostéopathie est une « pratique organisée en marge du code de la santé publique » et de ce fait, ne constitue pas une profession de santé. Les professions de santé sont répertoriées, dans la quatrième partie du Code de la Santé Publique [62,63]. La distinction est faite entre :

- Les « professions médicales » d'une part, référencées dans le livre premier, réunissant les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes ;
- Les « professions de la pharmacie » d'autre part, référencées dans le livre deuxième ;
- et enfin les « auxiliaires médicaux » référencés dans le livre troisième, réunissant les professions d'infirmier (titre 1), de Masseur-kinésithérapeute et de Pédiatre podologue (titre 2), d'ergothérapeute et psychomotricien (titre 3), d'orthophoniste et d'orthoptiste (titre 4), de manipulateur d'électroradiologie médicale (titre 5), d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées (titre 6), et de la profession de diététicien (titre 7).

La quatrième partie du CSP ne comporte aucune allusion à l'ostéopathie. A ce titre, elle n'est ni reconnue comme une « profession médicale », ni comme une « profession d'auxiliaire médicale » [63]. Elle constitue néanmoins une activité de soins, et les thérapeutes occupent le statut de « professionnel de la santé ».

8.1.2. Remboursement des honoraires d'une séance d'ostéopathie

L'ostéopathie n'étant pas une profession de santé, elle n'entretient, à ce titre, aucun lien avec la sécurité sociale. De ce fait, les séances d'ostéopathie ne font pas l'objet d'un remboursement par cette dernière.

Cependant, et ce depuis quelques années, face à l'engouement du public envers la discipline : nombreuses sont les mutuelles à proposer un remboursement (total ou partiel, avec un forfait plus ou moins avantageux) des séances d'ostéopathie. Pour connaître ses droits, cela nécessite de prendre contact auprès de la dite- mutuelle qui fournira les renseignements nécessaires. À la fin de chaque séance, l'ostéopathe s'engage auprès de son patient à lui fournir une note d'honoraire que ce dernier pourra éventuellement présenter à sa mutuelle pour remboursement.

Une exception à noter pour les médecins ostéopathes : les ostéopathes médecins sont les seuls dont le code de déontologie impose de poser un diagnostic médical lors de leur consultation. Ils peuvent si besoin prescrire des investigations paracliniques au patient. Leur acte médical est pris en charge par l'assurance maladie.

8.1.3. Obligation de l'ostéopathe sur l'affichage de ses honoraires

Depuis peu, l'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins [64], impose à tous les professionnels de santé (ainsi qu'aux ostéopathes) qui reçoivent des patients d'afficher les tarifs de leurs honoraires. L'ostéopathe doit donc afficher ses honoraires dans son cabinet de sorte que le patient en ait connaissance avant la séance (à minima : le tarif d'une consultation, d'une visite à domicile et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées).

En vertu de l'article 4, « les professionnels de santé conventionnés, les centres de santé et les autres services de santé (notamment les ostéopathes) affichent visiblement la phrase suivante :

« Seuls peuvent vous être facturés des frais correspondants à une prestation de soins rendue. Le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins ne peut vous être imposé. »

Lorsqu'un professionnel propose au patient des prestations ne correspondant pas directement à une prestation de soins, il affiche la liste des prestations offertes et le prix de chacune d'entre elles ».

Conformément à l'article 5, les professionnels pratiquant à titre libéral dans le domaine de la santé (comprenant les professions médicales, les auxiliaires médicaux, ainsi que les ostéopathes, les chiropracteurs et les psychothérapeutes) informent « leur patientèle de leur situation vis-à-vis des organismes de sécurité sociale selon les modalités d'affichage suivants » :

« La prestation délivrée par votre professionnel ne fait pas l'objet d'un conventionnement. Dès lors, elle n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Le montant des honoraires fixé doit cependant être déterminé avec tact et mesure. »

Enfin l'article 7 précise que pour « les professionnels de santé exerçant une profession non conventionnée, ainsi que pour les professionnels de la santé », ces derniers doivent informer le patient de « la délivrance d'une information écrite préalable, par affichage de l'indication suivante » :

« Lorsque les honoraires des actes et prestations facturés atteignent 70 euros, votre professionnel doit vous en informer par écrit préalablement à la réalisation de la prestation. »

A savoir que les honoraires des ostéopathes sont entièrement libres, le tarif est fixé librement par les praticiens. Le tarif de consultation peut varier d'un ostéopathe à un autre. Comme le souligne le SFDO, le tarif d'une séance d'ostéopathie oscille en moyenne de 40 à 80 euros. Cette variation de prix peut traduire le reflet de l'expérience du praticien, des formations qu'il a pu suivre, de sa notoriété mais également de la région dans laquelle il exerce (les frais de fonctionnement du cabinet sont souvent moindres en campagne qu'en ville) [65].

8.1.4. La formation en ostéopathie, quel coût ? quelle aide ?

Les étudiants ou professionnels désireux de suivre une formation en ostéopathie n'ont pas ou très peu d'aide de la part de l'état.

La formation s'étalant sur 4 à 5 ans a un coût annuel relativement élevé et les frais de scolarité varient en fonction des écoles. Les écoles d'ostéopathies étant privées, les frais de scolarités oscillent entre 4000 et 8 000 euros par an en moyenne.

Pour les ostéopathes exclusifs (formation en temps plein, directement en post bac), aucune aide n'est dispensée aux étudiants contraignant parfois ces derniers à contracter un prêt bancaire afin de subvenir aux contraintes financières imposées.

Les professionnels de santé, déjà en exercice, peuvent quant à eux, bénéficier de diverses prises en charge au titre de l'accompagnement à la formation continue :

Pour les salariés, il existe de nombreux dispositifs mis à leur disposition : ANFH, FONGECIF, UNIFAF, CIF, le DIF (remplacé par le CPF), etc. Ces dispositifs peuvent être utilisés à la demande du salarié ou de son employeur. D'une manière générale, ces dispositifs accordent une épargne temps ou une somme d'argent allouée à la formation du salarié.

Pour les professionnels libéraux : le financement de tout ou parti de la formation professionnelle continue pour les PS libéraux est soumis au respect de certains critères. Cette prise en charge est soutenue par deux organismes : le fond d'assurance du FIFPL (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux), ainsi que l'agence nationale du DPC. Les critères de prise en charge FIFPL sont disponibles en annexe (cf. Annexe 13).

De même pour les PS libéraux, le crédit d'impôt formation rend possible le passage en charge des frais de formation sur la comptabilité de l'entreprise, par le biais du crédit d'impôt à hauteur de 384€/an pour 40h de formation.

8.2. En thérapie manuelle

8.2.1. Statut des kinésithérapeutes

Depuis 2015, la formation professionnelle des masseurs kinésithérapeutes est désormais accessible après une année d'étude universitaire obligatoire et quatre ans d'étude en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie IFMK (contre trois auparavant). L'objectif étant un approfondissement de l'apprentissage par le biais de plusieurs stages tutorés, la possibilité d'une période d'étude à l'étranger et une initiation à la recherche scientifique. Néanmoins, si cinq années sont désormais nécessaires pour devenir masseur-kinésithérapeute, le grade de master n'est lui toujours pas d'actualité. Le DEMK (Diplôme d'État) ne donne donc aucun niveau universitaire. La seule reconnaissance possible est une reconnaissance professionnelle au RNCP de niveau 2 (Bac +3 et Bac + 4).

Une fois diplômé, le masseur-kinésithérapeute entre sous le statut d'auxiliaire médical, répertorié au livre troisième, titre II de la quatrième partie du code de la santé publique. À ce titre, le professionnel de santé lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, travaille uniquement sur prescription médicale. « Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité » conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.

A savoir toutefois que le masseur-kinésithérapeute ne peut exercer sa profession que s'il est inscrit au tableau du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes est l'ordre professionnel des MK. Il se définit, sur son site internet [66], comme étant « la seule institution professionnelle qui rassemble et fédère l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes, quel que soit leur statut, leur mode et lieu d'exercice ». Cet organisme professionnel est un organisme de régulation de la profession qui se veut être la clef de voûte de la bonne pratique.

L'ordre s'est vu confié au fil des années plusieurs missions [66]. Ces missions sont précisées sur le site du CNOMK, ainsi il comprend notamment :

- une mission juridictionnelle : « le législateur a confié aux Ordres le pouvoir de rendre la justice. Cette justice est rendue au nom de l'Etat au travers de deux juridictions : les chambres disciplinaires et les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires »
- une mission d'accompagnement : que ce soit dans l'accompagnement administratif ou encore la gestion des conflits.
- l'ordre est également sollicité pour les avis qui ont valeur juridique lorsqu'une situation ou un cas s'avère problématique (ex : les manipulations articulaires).

8.2.2. Tarifs et remboursement des honoraires d'une séance de TMO

8.2.2.1 Mode de facturation aléatoire

Concernant la réalisation des séances de TMO, le kinésithérapeute dispose librement de son mode de facturation à travers deux alternatives :

- Soit il envisage la thérapie manuelle comme une technique venant étoffer son arsenal thérapeutique (en l'utilisant de manière empruntée et ponctuelle) et dans ce cas le tarif est alors celui d'une séance de kinésithérapie faisant l'objet d'un remboursement pris en charge par la sécurité sociale sur le référentiel du tarif de convention (prise en charge à hauteur de 60% du tarif de la séance et 40% éventuellement pris en charge par la mutuelle).
- Soit le masseur kinésithérapeute envisage la TMO comme un soin ou un traitement à part entière et peut dans ce cas valoriser sa pratique par le biais d'une facturation hors nomenclature, non remboursable par les organismes d'assurance maladie, à la charge du patient.

8.2.2.2 Les actes hors nomenclature

Sous réserve qu'ils soient de sa compétence, le MK est habilité à réaliser des actes hors nomenclature. Pour rappel, le décret de compétence des MK est fixé par le code de la santé publique aux Art. R4321-1 et suivants. Ces actes hors convention ne sont pas remboursables par les organismes d'assurance maladie. À ce titre, ces derniers ne doivent pas figurer sur la feuille de soins (convention nationale des MK). L'article R4321-98 du CSP impose aux MK de fixer les honoraires non remboursables avec « tact et mesure ».

Sur ameli.fr (site de l'assurance maladie) est désigné par acte hors-nomenclature ou acte hors-convention : « toute prestation d'un professionnel de santé qui ne se trouve pas référencée dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) » [80].

Les prestations ou soins HN répondant au champ de compétence des masseurs-kinésithérapeutes sont nombreux, on peut y distinguer :

- L'activité H.N. thérapeutique : c'est, par exemple le domaine de prédilection de l'ostéopathie, mais aussi : la méthode Mézières, la thérapie manuelle, la micro-kinésithérapie, la fasciathérapie, la réflexothérapie, etc.
- L'activité H.N. esthétique et de bien-être : massages, LPG, palper-rouler...
- L'activité H.N. de prévention et de remise en forme : Gymnastique, école du dos, kinésithérapie viscérale, activités physiques : gym ballon, cardio training.

Attention toutefois : Acte hors convention différent de l'accès direct !

Si les activités de prévention, de confort et d'esthétique peuvent être réalisées en première intention sans ordonnance médicale au préalable, ce n'est pas le cas des activités hors nomenclature thérapeutique (bien que toléré par le conseil de l'ordre, cela reste illégal et la faute reste imputable au MK).

Depuis janvier 2016, la loi Touraine autorise le professionnel à recevoir des patients en première intention mais dans des conditions particulières, obligeant ainsi le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes à statuer en février 2017 sur l'accès à la première intention [67]. Lorsqu'il en est de sa compétence : « Il s'agit du cas d'urgence où le masseur-kinésithérapeute est autorisé à effectuer les premiers soins de masso-kinésithérapie en l'absence du médecin. Le rapport des soins doit obligatoirement être transmis au médecin lors de son arrivée sur les lieux. ». La notion d'urgence en kinésithérapie est relative et reste encore à définir légalement.

Plus tard, suite à la "crise des urgences" : Agnès Buzyn annonçait en septembre 2019 un accès direct aux kinésithérapeutes pour la lombalgie aiguë et les entorses de cheville. Même si pour l'heure aucun protocole permettant la mise en place de ce dispositif n'a été établi ! Bien que l'accès direct permettrait un accès plus rapide aux soins, de désencombrer les urgences et les salles d'attente des médecins généralistes et à fortiori une diminution des coûts de santé mais ceci est un autre débat !

6.2.2.3 Tarifification

Lorsqu'elles sont réalisées hors convention, le tarif des séances de TMO fluctue. Dans mon entourage professionnel, les tarifs constatés sont de l'ordre de 30 à 50 euros mais peuvent parfois atteindre 80 euros (tarif proposé sur internet [92]).

Comme pour l'ostéopathie, elles peuvent éventuellement faire l'objet d'une prise en charge et d'un remboursement partiel ou total par la mutuelle du patient.

6.2.3. Obligation d'affichage du kinésithérapeute

Tout comme pour les ostéopathes, l'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins [68] imposent aux masseurs kinésithérapeutes certains affichages. Pour simplifier les démarches, le CNOMK a créé une affiche préremplie regroupant toutes les indications nécessaires (cf. annexe 14).

Ces affichages selon l'article 3 de ce présent décret, doivent être affichés de manière clairement visible dans la salle d'attente du praticien ainsi que dans le bureau de secrétariat.

L'affichage des tarifs et la situation conventionnelle :

Article 5

Les masseurs-kinésithérapeutes doivent « informer leur patientèle de leur situation vis-à-vis des organismes de sécurité sociale » et indiquer clairement leur conventionnement.

Ainsi les professionnels de santé pratiquant des « honoraires conformes aux tarifs fixés par la convention liant leur profession à la sécurité sociale » (représentant la majorité des praticiens) se doivent d'afficher la phrase suivante :

« Votre masseur-kinésithérapeute pratique des honoraires conformes aux tarifs de la sécurité sociale. Ces tarifs ne peuvent être dépassés, sauf en cas d'exigence exceptionnelle de votre part concernant l'horaire ou le lieu des actes pratiqués, ou en cas de non-respect du parcours de soins. »

Article 4

« Seuls peuvent vous être facturés des frais correspondants à une prestation de soins rendue. Le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins ne peut vous être imposé. »

Lorsqu'il ne s'agit pas directement d'une prestation de soin faisant l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale, le MK se doit d'afficher la liste des prestations complémentaires offertes ainsi que le prix de chacune d'entre elles.

Article 7

Le professionnel doit informer son patient « du caractère non remboursable de la prestation de soins par la sécurité sociale ».

« Votre masseur-kinésithérapeute doit obligatoirement vous informer avant de réaliser un acte non remboursé par la sécurité sociale. En outre, dès lors que les dépassements d'honoraires des actes et prestations facturés atteignent 70 euros, votre professionnel doit vous en informer par écrit, préalablement à la réalisation de la prestation. ».

Défaut d'affichage obligatoire :

A défaut d'affichage, le praticien encoure jusqu'à 3000 euros d'amende. (Article R1111-25 du CSP)

8.2.4. La formation en TMO, quel coût ? quelle aide ?

Comme vu précédemment dans le tableau comparatif entre l'ostéopathie et la thérapie manuelle orthopédique au 7.3, les frais liés à la formation en thérapie manuelle sont très variables d'un organisme à l'autre. Suivant les formations délivrées (durée, programme etc.) le coût peut varier de 500 euros à plus de 12000 euros.

Quant aux aides possibles : ce sont celles des kinésithérapeutes qui leurs sont proposées lors de leurs parcours de formation continue (FIFPL ou DPC).

Si les formations dispensées sont éligibles FIFPL ou DPC, cela est précisé lors de l'inscription à la formation.

8.3. Discussion/conséquences :

8.3.1. Les conséquences d'une organisation parallèle

L'ostéopathie qui n'est ni une profession médicale, ni une profession paramédicale se retrouve exclue des cadres d'organisation des professions de santé. Cependant, elle constitue une véritable activité de soins et l'engouement croissant des patients pour la discipline oblige le législateur à le prendre en compte. D'autant que l'ostéopathie peut être exercée par différentes catégories de professionnels : les professions médicales (regroupant notamment les médecins et les sages-femmes), les professions paramédicales (comme les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers) mais aussi par des professionnels exerçant l'ostéopathie à titre exclusif (pour les étudiants se dirigeant en école d'ostéopathie directement après l'obtention du baccalauréat). Ces derniers ne faisant pas partie des professionnels de santé, le législateur s'est vu devoir organiser l'exercice de l'ostéopathie, en marge du CSP permettant de ce fait aux professionnels du secteur médical, paramédical et aux ostéopathes exclusifs de pratiquer l'ostéopathie. Comme le souligne J. Moret-Bailly, maître de conférences en droit privé, dans son article « l'ostéopathie, profession de santé ou activité de soins ? » [19] : cette organisation parallèle peut cependant aisément se concevoir, si du point de vue du législateur : l'ostéopathie est envisagée comme une technique. À ce titre, elle peut alors être employée par les différents professionnels cités précédemment. On comprend, au travers de la lecture de cet article, que le législateur a basé l'organisation de la pratique ostéopathique sur l'acquisition d'un niveau de compétence et non sur l'origine professionnelle du thérapeute. Comme le précise, à juste titre, J. Moret-Bailly (2009) : c'est ainsi que le système actuel montre ses limites puisqu'à ce jour, il ne « permet plus de regrouper l'ensemble des activités de soins sous un modèle unique ».

Quelles sont les conséquences pratiques de cette organisation parallèle ?

- **Les ostéopathes non professionnels de santé ne peuvent intégrer une maison de santé pluridisciplinaire**

Aux termes de l'article L.4041-3 du code de la santé publique : seul un ostéopathe professionnel de santé (médecin, kinésithérapeute, infirmier ou sage-femme) est disposé à travailler au sein d'une maison médicale, en raison de ses compétences techniques, juridiques et par la déontologie s'imposant à sa profession.

- **Le dommage corporel**

L'indemnisation d'un dommage corporel subi par un patient à la suite d'un acte ostéopathique sans que le praticien n'en soit jugé responsable n'est pas envisageable lorsque celui-ci exerce l'ostéopathie à titre exclusif.

En fonction de leur appartenance professionnelle, les différents praticiens ne possèdent pas le même système de juridiction. En effet, les masseurs kinésithérapeutes et les ostéopathes professionnels de santé sont soumis de par leur appartenance à un métier de profession de santé au code de la santé publique. Les ostéopathes n'exerçant l'ostéopathie qu'à titre exclusif ne sont quant à eux pas soumis à ce code. De ce fait, et comme le précise J. Moret-Bailly « les suites d'un acte d'ostéopathie préjudiciable seront potentiellement jugées sur le fondement de règles différentes selon l'appartenance ou non du praticien à une profession de santé » (2009, p 6). Et notamment en ce qui concerne l'article L1142-1 du code de la santé publique qui renvoie à l'indemnisation de « l'aléa thérapeutique » et qui prévoit que :

« Lorsque la responsabilité d'un professionnel (de santé, mentionné à la quatrième partie du code de la santé publique) n'est pas engagée, un accident médical, (...) ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci.»

- **La possibilité ou l'absence d'une régulation démographique**

À l'inverse des ostéopathes, les masseurs kinésithérapeutes sont soumis à une régulation démographique et ce de deux façons, la première en instaurant un quota pour l'entrée dans les écoles d'auxiliaires médicaux. C'est ce que prévoit l'article L. 4383-2 du CSP « Pour chacune [de ces] professions (...), le nombre des étudiants ou élèves admis à entreprendre des études en vue de la délivrance des diplômes, (...) peut être fixé de manière annuelle ou pluriannuelle. Ce nombre est fixé (...) par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ».

D'autre part, en instaurant un système de zonage, mis en place par l'ARS à compter du 18 février 2019, prévoyant des aides pour les MK qui souhaitent s'installer dans les zones très sous dotées ou régulant les zones dites « sur dotées » où l'installation d'un professionnel n'est possible qu'en cas de cessation d'activité d'un confrère. Ce système de zonage permettrait ainsi de réguler la population de professionnel de manière homogène et équitable, mais aussi de permettre l'accès aux soins à l'ensemble de la population.

Les ostéopathes ne faisant pas partie des professionnels de santé ne sont, quant à eux, pas soumis à cette régulation. Voici la réponse du ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative publiée dans le JO Sénat du 12/06/2008 à la suite d'une question concernant la mise en place de quota pour l'entrée dans les écoles d'ostéopathie [69] :

« La volonté du législateur n'a pas été de créer une profession de santé, mais de définir, dans l'intérêt de la santé publique, un cadre à cette activité déjà exercée antérieurement à la loi du 4 mars 2002. La régulation des activités d'ostéopathie ne présente pas d'enjeu financier socialisé puisque les actes ostéopathiques ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Le législateur n'a pas souhaité, en conséquence, instaurer de quota pour l'accès en formation, mais s'est attaché à fixer des critères portant sur le contenu de la formation et sur le champ d'exercice de l'ostéopathie afin d'assurer durablement la sécurité des soins dispensés par les ostéopathes. (...) Il n'apparaît pas nécessaire d'instaurer en outre des quotas d'entrée dans les établissements de formation en ostéopathie. »

Une des conséquences immédiates de cette absence de régulation est une surconcentration de la population ostéopathique dans certaines régions et un désert professionnel dans d'autres.

Une étude démographique réalisée par la CEJOE (compagnie des Experts judiciaires Ostéopathes exclusifs) en 2018 [70] montre que 1 ostéopathe sur 2 exerce dans un bassin de moins de 2000 habitants, avec pour les extrêmes : 1 ostéopathe pour 1101 habitants dans les Hautes-Alpes contre 1 ostéopathe pour 5402 habitants en Haute-Saône, entraînant tantôt un manque de travail potentiel pour le praticien, tantôt un accès au soin plus difficile de la population dans certaines régions.

Là encore, les kinésithérapeutes semblent avoir une meilleure couverture quant à leur système de protection juridique, de répartition et de régulation de la population professionnelle permettant de garantir un accès aux soins plus équitable pour les patients et une régulation plus homogène de la charge de travail pour les professionnels.

8.3.2. Une patientèle différente ?

L'observation de la pratique de ces deux professions fait apparaître deux types de situations :

- d'une part l'un offre une prestation de soin remboursée par les organismes d'assurance maladie et l'autre non.
- d'autre part, l'un est un praticien de première intention, l'autre non. Ce ne sont pas les mêmes patients qui se présentent en soin : les patients rencontrés en kinésithérapie libérale diffèrent de ceux rencontrés en ostéopathie.

En kinésithérapie libérale, l'implication du patient dans le soin semble moins évidente qu'en ostéopathie. La tendance de santé responsable semble moins marquée et la mentalité générale tend plus vers l'assistanat. Les soins sont prescrits par le médecin traitant (le plus souvent) et sont dans la majorité des cas intégralement remboursés (hors dépassement d'honoraire et/ou soin hors nomenclature). Généralement, la prescription est qualitative et non quantitative laissant, l'appréciation et l'évaluation de la clinique du patient, au soin du MK. Si le besoin en est, la prescription est éventuellement renouvelée.

Le patient se présente donc au cabinet, sur demande de son médecin ; plusieurs fois par semaine (et ce, parfois durant plusieurs mois consécutifs dans le cadre de pathologie chronique par exemple) finissant par installer une habitude, une routine et abandonnant le plus souvent la charge de sa santé au professionnel de soin. Le kinésithérapeute se retrouve alors quasiment seul dans cette relation thérapeutique à sens unique, finissant souvent par se lasser lui-même. Bien qu'il agisse sur prescription médicale, le MK est libre de proposer à son patient le traitement thérapeutique qu'il estime le plus approprié. C'est le cas notamment de la thérapie manuelle qui peut être proposé soit comme un adjuvant de soin, soit comme un soin à part entière relevant de ce fait du hors conventionnement. La thérapie manuelle étant une spécificité de la kinésithérapie moins connue du grand public que l'ostéopathie, rares sont les patients qui se présentent dans un cabinet de kinésithérapie en notifiant qu'ils souhaiteraient une séance de TMO. C'est souvent après avoir rencontré le MK et la façon dont il travaille que la demande de TMO apparaît, c'est aussi généralement le MK qui, face à la situation du patient, lui propose de réaliser une séance de thérapie manuelle orthopédique en l'informant bien évidemment du caractère non remboursable de la séance par les organismes d'assurance maladie. Quoiqu'il en soit le MK nécessitera toujours une prescription médicale pour recevoir son patient en thérapie manuelle à l'inverse de l'ostéopathe qui lui conserve son autonomie envers le monde médical.

Du côté de l'ostéopathie, la patientèle semble différente à plus d'un titre. D'une part à travers la démarche de soin : face à une douleur ou pathologie, ce sont les patients qui prennent directement rendez-vous avec le praticien ostéopathe. Bien qu'une petite minorité puisse avoir été orientée par leur médecin, dans la majorité des cas il n'y a plus d'intermédiaire et il s'agit d'un acte pensé, réfléchi et volontaire. Le premier pas vers la guérison c'est l'action. Ils se prennent en charge et semble avoir un sens des responsabilités et des obligations plus marqué vis à vis de leur santé. D'autant que, malgré les offres des mutuelles, les séances d'ostéopathie restent à ce jour souvent peu ou partiellement remboursées, constituant pour un bon nombre de patients un effort financier maîtrisé, pesé et conscient.

Le rythme de consultation est également différent puisque l'ostéopathe prend en charge ses patients à raison d'une ou deux fois avec un temps de latence d'environ 15 jours à 3 semaines entre chaque consultation. Aucune habitude routinière ne s'installe. Durant cette période, le patient semble prendre conscience des efforts nécessaires à l'entretien de sa santé et collabore activement au soin en réalisant les gestes d'hygiène et d'entretien demandés par le professionnel.

8.3.3. Un tarif équivalent pour une prestation équivalente ?

C'est en tout cas la question que l'on peut légitimement se poser, hormis le cas où le MK intègre la TMO dans ses soins de kinésithérapie comme une corde supplémentaire à son arc, comme une technique supplémentaire dans sa boîte à outils : les soins en ostéopathie et les soins en thérapie manuelle diffèrent peu sur le plan tarifaire. D'autant que les actes enseignés et pratiqués dans les deux disciplines présentent d'apparentes similitudes !

Cependant si l'on se réfère de nouveau au tableau comparatif du 7.3 de ce mémoire, l'un présente un cumul de formation d'environ 4860 heures contre 40 à 500 heures pour l'autre. D'un point de vue purement technique, de tels écarts de temps impartis à la formation, laissent suggérer un éventuel impact sur la qualité gestuelle.

Les techniques qui comportent des manipulations sont des techniques qui demandent rigueur, méthode et répétition pour arborer le geste juste. Comment de ce fait, la qualité gestuelle pourrait être équivalente quand l'un se forme durant cinq ans et l'autre durant quelques week-ends ? Comme pour l'ostéopathie, l'engouement du public pour les thérapies alternatives non médicamenteuses devrait pousser le législateur ou le conseil de l'ordre à statuer sur un minimum d'heure de formation légale afin de garantir la sécurité des usagers. D'autant que là encore, le trouble peut subsister dans l'esprit du patient ayant fréquenté les deux thérapeutes. Si les techniques présentent d'apparentes similitudes, c'est je pense, plutôt dans la façon de les utiliser et de les mettre en œuvre qu'il convient de rechercher une différence.

9. OSTÉOPATHIE ET TMO : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Quand on évoque la TMO et l'ostéopathie, spontanément et légitimement, plusieurs questions nous viennent à l'esprit : qu'est-ce que la TMO ? L'ostéopathie ? Quelle en est la différence ?

Parler de thérapie manuelle pour l'une des 2 disciplines seulement est un non-sens à l'état pur ! Si l'un le porte distinctement dans son nom, en se référant à l'étymologie de la thérapie manuelle : il s'agit de « l'action de soigner avec les mains ». En ce sens, la thérapie manuelle est un terme généraliste qui regroupe en son sein beaucoup de professions, et notamment l'ostéopathie et la TMO. Le but de cet item n'est pas, je le rappelle, de dénigrer ou de faire l'apologie de l'une ou l'autre des disciplines, mais uniquement d'apporter un regard descriptif et comparatif sur ces deux approches de soin.

9.1. Définitions générales

A travers le monde, et notamment selon l'OMS, l'ostéopathie (nommée également médecine ostéopathique) est perçue comme une médecine manuelle [71], tandis que la TMO est plutôt considérée comme un domaine de spécialisation de la kinésithérapie [75]. Rappelons les définitions de ces deux approches.

9.1.1. La thérapie manuelle orthopédique

La TMO ne trouvant pas, en France, de législation propre; la définition retenue pour la TMO est celle de l'International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT), selon laquelle la TMO constitue « un domaine de la kinésithérapie/physiothérapie spécialisé dans la prise en charge des troubles neuro-musculo-squelettique (NMS) basée sur un raisonnement clinique et utilisant des approches thérapeutiques hautement spécifiques incluant des techniques manuelles et des exercices thérapeutiques. La TMO est également guidée par les preuves scientifiques et cliniques ainsi que par le cadre biopsychosocial propre à chaque patient. » [75].

Contrairement à ce que son appellation pourrait laisser penser : la TMO ne se résume pas en une succession de techniques purement manuelles, sa définition indique lisiblement qu'elle fait également appel à d'autres types de techniques non manuelles comme les exercices thérapeutiques ou encore l'éducation thérapeutique du patient.

9.1.2. L'ostéopathie

Les définitions suivantes témoignent de la difficulté des législateurs à définir d'une voix commune l'ostéopathie. Voici trois exemples de définitions, l'une selon la réglementation française, l'autre selon la réglementation européenne, la dernière selon la réglementation mondiale.

9.1.2.1 Définition de l'ostéopathie, selon la réglementation française

Le ministère de la santé publiera après deux années de réflexion et de concertation, une définition précise de la pratique ostéopathique française. Cette publication apparaît au sein du Bulletin Officiel de la République Française n°2014/11 en date du 15 décembre 2014 [72].

L'ostéopathie y est définie, aux pages 8 et 9 comme suit :

« Définition du métier :

L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain.

Ces manipulations et mobilisations ont pour but de prévenir ou de remédier aux dysfonctions en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agent physique.

Diagnostic ostéopathique :

Le diagnostic ostéopathique comprend un diagnostic d'opportunité et un diagnostic fonctionnel :

- Diagnostic d'opportunité : démarche de l'ostéopathe qui consiste à identifier les symptômes et signes d'alerte justifiant un avis médical préalable à une prise en charge ostéopathique ;
- Diagnostic fonctionnel : démarche de l'ostéopathe qui consiste à identifier et hiérarchiser les dysfonctions ostéopathiques ainsi que leurs interactions afin de décider du traitement ostéopathique le mieux adapté à l'amélioration de l'état de santé de la personne

Dysfonction ostéopathique :

Altération de la mobilité, de la viscoélasticité ou de la texture des composantes du système somatique. Elle s'accompagne ou non d'une sensibilité douloureuse.

Traitement ostéopathique :

Ensemble des techniques ostéopathiques adaptées à la personne en fonction du diagnostic ostéopathique visant à améliorer l'état de santé de la personne.

Technique ostéopathique :

Ensemble de gestes fondés sur des principes ostéopathiques.

Manipulation/mobilisation :

La manipulation est une manœuvre unique, rapide, de faible amplitude, appliquée directement ou indirectement sur une composante du système somatique en état de dysfonction afin d'en restaurer les qualités de mobilité, de viscoélasticité ou de texture. La manipulation porte la composante concernée au-delà de son jeu dynamique constaté lors de l'examen, sans dépasser la limite imposée par son anatomie.

Appliquée sur une articulation ou sur un ensemble d'articulations, elle peut s'accompagner d'un bruit de craquement (phénomène de cavitation) qui n'en constitue cependant pas nécessairement un indice et qui est sans valeur pronostique.

La mobilisation est un mouvement passif parfois répétitif, de vitesse et d'amplitude variables, appliqué sur une composante du système somatique en état de dysfonction. »

9.1.2.2 Définition de l'ostéopathie, selon la norme Européenne « Prestations de soins d'ostéopathie »

Après quatre années de concertation entre les différents pays européens, la norme européenne relative à l'ostéopathie, parue en septembre 2015 [73], conduit à la définition suivante :

« Ostéopathie : Discipline de la santé de premier contact centrée sur le patient, qui met l'accent sur la relation entre les structures et les fonctions du corps, stimule la faculté naturelle du corps à s'auto-guérir et favorise une approche globale de la personne pour tout ce qui concerne la santé et le développement de la bonne santé, principalement par le biais d'un traitement manuel. »

9.1.2.3 Définition de l'ostéopathie selon l'OMS

Là encore, de longues négociations entre les représentants de la profession, seront nécessaires pour permettre à l'OMS de publier en 2010 sa définition de l'ostéopathie [71] :

« L'ostéopathie (également dénommée médecine ostéopathique) repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir.

Les ostéopathes utilisent une grande variété de techniques thérapeutiques manuelles pour améliorer les fonctions physiologiques et/ou soutenir l'homéostasie altérées par des dysfonctions somatiques (les structures du corps), c'est à dire une altération ou une dégradation de la fonction des composantes concernées du système somatique : les structures squelettiques, articulaires, et myofasciales, ainsi que les éléments vasculaires, lymphatiques et neurologiques corrélés.

Les ostéopathes utilisent leur connaissance des relations entre la structure et la fonction pour optimiser les capacités du corps à s'auto-réguler et à s'auto-guérir. Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles. »

9.2. Motifs de consultation et indications

La kinésithérapie et l'ostéopathie sont deux domaines de soin très répandus en France. Elles comptabilisent plusieurs millions de séances annuellement. Les indications concernant la TMO ou l'ostéopathie sont nombreuses et se recoupent fréquemment.

Les troubles neuro-musculo-squelettiques et en particulier les rachialgies, constituent en TMO les principaux motifs de consultation [6]. La TMO est également régulièrement sollicitée dans le cadre de douleurs périphériques (membres supérieurs et inférieurs), de tendinites ou encore de maux de tête, de douleurs fantômes, ou de douleur de l'ATM.

En ce qui concerne l'ostéopathie, les troubles musculosquelettiques constituent également la majeure partie des indications et motifs de consultation (plus de 60%) [74]. Parmi les autres motifs de consultations d'un ostéopathe, on retrouve, comme chez les thérapeutes manuels, les douleurs et troubles des membres supérieurs et inférieurs, les maux de tête, les plaintes temporo-mandibulaires [74, 13]. L'ostéopathie est également sollicitée dans le cadre de problématiques spécifiques du nourrisson (reflux gastro-œsophagien, torticollis congénital, coliques, plagiocéphalie, etc.) et dans une autre mesure pour des troubles d'ordre digestif, des troubles du sommeil, du stress, de l'anxiété, voire même un simple sentiment d'inconfort, ou encore un bilan ostéopathique.

9.3. Concepts et raisonnement clinique

Au vu du nombre de formation proposé en TMO et en ostéopathie en France, nous ne pourrions pas tous les détailler dans ce devoir : c'est pourquoi j'ai sélectionné, dans le but de les comparer, trois formations. Dans le domaine de l'ostéopathie, j'ai choisi de référencer ma propre école L'IFSO Rennes appartenant au courant structurel. Dans le domaine de la thérapie manuelle orthopédique, j'ai opté pour deux formations référencées par le CNOMK et ayant un nombre d'heure et un programme conséquent pour permettre une analyse comparative efficiente : soit la formation de Pascal Pommerol (PAPL Formation) et la formation organisée par Kpten (KPTEN Formation, en passe de devenir membre de l'IFOMPT).

9.3.1. PAPL Formation

Face au peu d'articles, de documentations et de littératures rencontrés sur le sujet, c'est un entretien téléphonique avec Pascal Pommerol, en date du 11/03/2020, qui m'a permis de comprendre un peu mieux leur mode d'enseignement.

Pascal Pommerol a créé une école d'ostéopathie entre 1998 et 2015 appelée « ostéopathie cartésienne ». Puis, il s'est détourné peu à peu de l'ostéopathie et des tests de mobilité ostéopathique pour fonder une école de formation en thérapie manuelle, approuvée par le CNOMK.

Son approche est basée sur les concepts de J. Cyriax et G. Maitland (tous deux détaillés dans le paragraphe suivant). Pour respecter le modèle EBP (Evidence Base Practice), le raisonnement clinique intègre une batterie de tests appelé « cluster », basé sur la reproductivité de la douleur. Ce raisonnement clinique permettrait, selon Pascal Pommerol, l'accès à la consultation en première intention. Il repose sur une démarche diagnostic précise d'exclusion, puis d'inclusion, et la réévaluation systématique du traitement lors et après chaque séance [22].

Démarche diagnostique :

Le diagnostic d'exclusion comporte deux étapes :

- Le diagnostic d'exclusion médicale : il s'agit du premier examen réalisé au cours de la séance, le but étant d'éliminer tout risque d'affection organique. Par un examen clinique codifié classique (anamnèse en 2 temps avec l'écoute du patient, puis interrogatoire complémentaire, inspection, palpation et percussions, auscultation...) le praticien recherche à mettre en évidence des signes d'alerte qui nécessiteraient une consultation et un diagnostic médical avant d'entreprendre un éventuel traitement manuel.
- Le diagnostic d'exclusion fonctionnelle : fait référence aux douleurs de type référées. Selon P. Pommerol (2018), « le but étant d'éliminer les régions anatomiques concernées directement ou indirectement par la douleur mais supposées par l'auteur comme étant des douleurs référées. » Exemple : lors d'une radiculalgie C6, le patient peut décrire des douleurs localisées au niveau du poignet et de la main. Le thérapeute vérifiera alors, par l'intermédiaire d'un examen rapide du poignet et de la main, que l'origine de la douleur n'est pas locale. Cet examen basé, sur la reproductibilité de la douleur, cherche à éliminer une origine locale.

Le diagnostic d'inclusion :

Celui-ci repose sur une batterie de tests, encore appelé cluster, et vise à conforter le praticien dans son diagnostic. Cette batterie de tests, pour répondre au maximum aux EBP (Evidence Based Practice), est « soit validée par la littérature dans son ensemble, soit le thérapeute utilisera les tests les plus fiables ».

Démarche du traitement

La démarche du traitement s'appuie sur une réévaluation systématique. Le thérapeute réalise un test avant de faire sa manipulation, puis réévalue systématiquement après le traitement pour voir s'il déclenche moins de douleurs. La symptomatologie du patient est réévaluée en cours de traitement. Le traitement est considéré comme évolutif au cours d'une même séance en fonction de la réponse algique et de la participation du patient. Cette démarche demande au praticien un investissement important pour permettre de respecter les EBP, les tests basés sur des preuves et une mise à jour continue par le biais de la formation continue et de lecture d'articles scientifiques.

Dans le numéro 597, d'avril 2018, à la page 49-50, Pascal Pommerol donne en exemple la démarche clinique utilisée lors d'un accrochage nerveux :

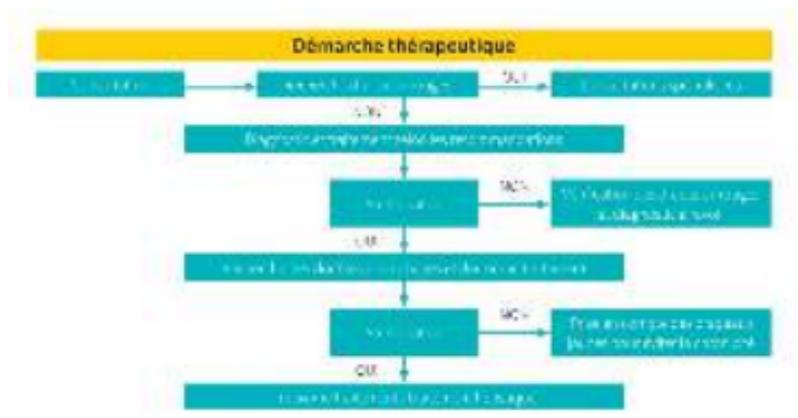


Figure 15 : Principe de la démarche clinique pour un accrochage nerveux selon les pratiques basées sur des preuves [22]

Dans la démarche clinique, les drapeaux rouges, oranges puis jaunes et verts doivent être recherchés. Ils représentent un moyen simple de codifier la démarche thérapeutique [22].

Les drapeaux rouges correspondent à des signes d'alerte soit généraux soit spécifiques à une région anatomique. Ils représentent une contre-indication absolue à la prise en charge immédiate du patient. La présence d'un drapeau rouge lors de l'examen, doit conduire le thérapeute à orienter le patient vers son médecin, afin d'établir un diagnostic précis en l'absence duquel le thérapeute ne pourra pas entreprendre son traitement manuel.

Les drapeaux oranges correspondent à des signes d'alerte spécifiques à une région anatomique. Ils représentent une contre-indication relative à la prise en charge immédiate du patient. Toutefois et pour plus de sécurité, le traitement peut s'effectuer en collaboration et/ou en parallèle avec le médecin.

Les drapeaux jaunes correspondent à des facteurs de risque psychosociaux, des facteurs psychologiques, comportementaux ou encore des facteurs professionnels. Ils favorisent le passage à la chronicité de la pathologie. Un dépistage précoce de ces drapeaux permettra au thérapeute d'adapter son discours vis-à-vis du patient tout en l'encourageant à la reprise éventuelle de son travail et / ou des activités physiques.

Les drapeaux verts sont les facteurs qui permettent d'espérer une amélioration rapide et sans symptômes. Par exemple : bon état général, bonne condition physique, hygiène de vie saine, 1er épisode douloureux sans ATCD préalable, absence de facteurs aggravants (drapeaux rouge, orange et jaune) etc...

Techniques utilisées :

Dans la pratique, les traitements sont également variés allant du traitement neuro-méningé, aux techniques myotensives, neurodynamiques, aux mobilisations passives, aux manipulations articulaires, aux tests de centralisation de la douleur (McKenzie), à l'utilisation du dry-needling, etc...

9.3.2. KPTFN Formation

Comme cité plus haut, j'ai choisi d'analyser cette formation car, en passe de devenir membre de l'IFOMPT, la formation Kpten reprend les standards d'enseignements imposés par celle-ci (pour rappel : l'IFOMPT est une organisation internationale qui regroupe l'ensemble des physiothérapeutes/kinésithérapeutes spécialisés en thérapie manuelle orthopédique).

Le XXe siècle voit naître une véritable effervescence médicale et avec elle, éclore de nombreux concepts de TMO. De nombreux personnages clefs tels que Cyriax, Kaltenborn-Evjenth, Maitland, Mulligan, et bien d'autres ont élaboré des notions et des concepts encore très largement utilisés jusqu'à ce jour.

Les concepts enseignés en TMO sont nombreux, voici les principaux :

9.3.2.1 L'approche de James Henry Cyriax :

Chirurgien orthopédiste de renom, J. Cyriax a légué son savoir en médecine orthopédique à de nombreux médecins et physiothérapeutes à travers le monde. Grâce à son approche novatrice, il apportera une grande contribution à l'évolution de la TMO [17].

Il fut notamment le premier, par le biais d'un examen clinique orthopédique rigoureux, à réaliser un diagnostic différentiel. Pour cela, il a développé une série de tests cliniques simples pour permettre de différencier la lésion. Son enseignement est centré sur le diagnostic clinique (localiser le tissu responsable de la douleur)

Le premier principe repose sur l'origine de la douleur. J. Cyriax insiste sur le fait que pour traiter un patient, il faut connaître l'origine de la douleur (le but premier étant de déterminer s'il s'agit d'un problème articulaire ou non).

De ce fait, L'approche de Cyriax repose sur trois principes :

- « - toute douleur provient d'une source anatomique lésionnelle
- tout traitement doit atteindre cette source anatomique

- si le diagnostic est exact, le traitement bénéficiera à la source lésionnelle. » (Maheu et Al., 2014, p.4).

Ainsi selon J. Cyriax : si le tissu responsable de la douleur peut être localisé, un diagnostic spécifique entrainera un traitement favorable.

Prenons l'exemple d'une affection de la gléno-humérale, est-ce que le problème est lié aux tendons ? À l'articulation ? Aux ligaments ? Ou est-ce un problème neural ? La source de la douleur est importante car le traitement déduit en sera différent.

Ainsi l'examen consistera en une succession de mouvements actifs et résistés pour évaluer les tendons et les muscles et une succession de mouvements passifs pour évaluer s'il y a de la laxité (ligamentaire ?) ou s'il y a une limite de mouvement (provient de l'articulation ou non ?)

Cyriax décrit également le concept de schéma capsulaire, il s'agit d'une limite de mouvement passif et sert à déterminer si la limitation de mouvement est due à l'articulation (arthrose, arthrite, synovite, capsulite, fracture, etc ...). Il identifie un schéma capsulaire spécifique à chaque articulation. En présence d'un schéma capsulaire, il y a un problème avec l'articulation ou "red flag" (fracture, cancer) : concept très important pour le diagnostic différentiel.

Il introduit également la notion de différentes perceptions de "fin de course" ou "end feel" dans l'exploration du mouvement passif (doux, ferme, rigide, vide ?). À noter que le changement de "end feel" accompagnée d'une douleur, traduit là aussi, selon Cyriax, un problème avec l'articulation [17].

Exemple et validité du schéma capsulaire : pour l'articulation gléno-humérale, le schéma capsulaire se traduit par une rotation externe plus limitée que l'abduction, elle-même, plus limitée que la rotation interne (Rot ext Lim> abd lim > rot int lim). Quand ce schéma capsulaire est retrouvé, dans 56 % des cas les patients présentent une épaule gelée [76]. Quand la limite de mouvement suit un schéma capsulaire, il y a alors très fréquemment un problème avec l'articulation.

Le deuxième principe légué par J. Cyriax est : le concept de la douleur de référence. Cyriax inclue dans son approche le concept de douleur référée, il s'agit du « principe de convergence des fibres nociceptives dans le système nerveux central, générant la perception de la douleur en un endroit différent de sa source » (citée par Maheu et Al., 2014, p.4).

Techniques utilisées :

La médecine orthopédique, telle qu'enseignée par Cyriax, base son approche sur le diagnostic clinique et l'importance de localiser le tissu responsable de la douleur, mais également sur un traitement conservateur par le biais de technique de manipulations, de mobilisations, de massages (principale le MTP : Massage Transversal Profond), d'exercices, de la traction, des infiltrations et de l'éducation thérapeutique.

Selon Elaine Maheu (2014), ancienne déléguée canadienne au sein de l'IFOMPT, « l'approche Cyriax demeure la base de l'enseignement en physiothérapie orthopédique. Elle constitue un véritable tronc commun, souvent combinée à d'autres approches en TM. L'examen tel que décrit par Cyriax permet d'émettre des hypothèses sur les tissus atteints et de s'assurer qu'il n'y ait pas de contre-indication à faire un examen biomécanique détaillé. » [17].

9.3.2.2 Le concept Maitland

Né en 1924 à Adélaïde, Maitland obtient son diplôme de physiothérapeute en 1949 et devient co-fondateur de l'IFOMPT en 1974. Il fait partie des grands noms ayant marqué l'histoire de la TMO.

Il est l'auteur de plusieurs concepts qui constituent, encore aujourd'hui, la base de l'enseignement dans bon nombre de formation en TMO.

Maitland est un précurseur du raisonnement clinique structuré. Son raisonnement s'appuie sur une approche logique et méthodique qui permet au clinicien de faire un examen détaillé de la condition et de planifier une conduite thérapeutique précise. Cette conduite thérapeutique est construite de la manière suivante :

Examen subjectif → Planification de l'examen physique → Examen physique → choix du traitement
--

1) L'examen subjectif

Replacé dans son contexte, Maitland diffère dans son abord du patient et de son problème en accordant une place très importante à l'examen subjectif dans ses consultations. Il place un point d'honneur sur la qualité de la communication en privilégiant l'écoute active du patient, sans nécessairement s'appuyer sur un modèle biomécanique ou pathologique [17]. Cette écoute active permet notamment d'identifier le problème principal du patient, d'en déterminer les facteurs aggravants et/ou soulageants, mais également d'en mesurer l'impact fonctionnel. Reconnu pour la rigueur de ses bilans, l'examen subjectif (ou anamnèse) représente une composante essentielle de l'évaluation clinique de Maitland. Il accorde également une grande importance aux plaintes du patient et son problème principal, et ce notamment dans l'évaluation et la réévaluation du traitement [9].

2) Planification de l'examen physique

Les hypothèses cliniques qui découlent de l'examen subjectif servent à planifier l'examen physique. Maitland observe 3 étapes dans la planification de l'examen physique :

- Toutes les structures situées en dessous de la structure douloureuse et qui pourraient référer dans la région douloureuse sont investiguées.
- Il essaiera toujours de comprendre les mécanismes de la douleur.
- Enfin et surtout il s'attache toujours à définir le SIN, sigle de trois critères de précaution : la sévérité, l'irritabilité et la nature du problème.

SIN en anglais signifie « péché ». E. Maheu au cours d'une conférence consacrée à l'approche Maitland (2011), relate une anecdote où Maitland avait pour habitude de dire dans ses formations : « It would be a SIN not to assess the SIN before touching the patient » littéralement « c'est un PÉCHÉ de ne pas évaluer le SIN de son patient avant de le toucher » [77].

La sévérité est représentée par l'intensité des symptômes reliée aux limites fonctionnelles. Elle s'évalue sur une échelle de 0 à 10.

Le gradient d'irritabilité est une notion propre à son concept. L'irritabilité est fonction du mouvement qui provoque ou aggrave les symptômes, de l'intensité et de la durée des symptômes reproduits. Ce gradient d'irritabilité conditionne la retenue ou au contraire l'engagement dans les tests d'examen physique et dans les manœuvres de traitement du thérapeute.

La nature du problème tient compte, quant à elle, du diagnostic médical avec l'identification de la pathologie, de facteurs contributifs (ex : ostéoporose etc...), ou bien encore des traits personnels propre à chaque patient (ex : peur de bouger, stress, anxiété, dépression etc.).

3) L'examen physique

L'examen physique décrit par Maitland se doit d'être précis, cohérent et détaillé. Il consiste à rechercher les mouvements, les dysfonctions articulaires, susceptibles de reproduire les symptômes du patient rapportés lors de son anamnèse. Maitland s'efforce en permanence à établir des liens entre les signes et les symptômes relatés. Le physiothérapeute apprécie les mouvements physiologiques passifs et accessoires de l'articulation, l'intensité et la place de la réponse algique dans la course du mouvement. Ces éléments sont prépondérants dans le choix du traitement ultérieur, et les précautions à prendre lors du traitement.

Maitland a conçu un système de cinq grades de mouvement passif [17] pour, « préciser l'amplitude d'un mouvement passif utilisé et la partie de la course articulaire où ce mouvement est généré » (Maheu *et al.*, 2014, p.5). Les grades de mouvement représentent pour le thérapeute un moyen de communication, un moyen d'exprimer ce qu'il ressent lors d'un mouvement passif et ainsi faciliter une tenue de dossier précise. Maitland décrit le mouvement au départ (A) et à la fin "anatomique" de l'amplitude (B). Il découpe les zones de mobilisation en 5 zones (cf. figure 16). Les techniques sont souvent « oscillatoires » [12].



Figure 16 : Les grades de mouvements de G. Maitland

- Grade I : une petite amplitude de mobilisation réalisée au début de l'amplitude disponible.
- Grade II : une grande amplitude de mobilisation réalisée dans la zone "sans résistance" de l'amplitude disponible.
- Grade III : une grande amplitude de mobilisation réalisée jusqu'à la zone de résistance du mouvement ou jusqu'à la limite de l'amplitude disponible.
- Grade IV : une petite amplitude de mobilisation réalisée dans la zone de résistance du mouvement et jusqu'à la limite de l'amplitude disponible.
- Grade V : une petite amplitude et une grande vitesse de mobilisation réalisée le plus souvent, mais pas toujours, à la fin de la limite de l'amplitude disponible. À noter que le grade V correspond également à la manipulation (HVLA) : haute vitesse et faible amplitude. Le grade V occupe sur le schéma la même place que le grade IV, mais diffère par sa vélocité.

4) Choix du traitement

Le choix du traitement découle naturellement des examens subjectif et physique menés en amont. Maitland préconise l'utilisation de mouvements passifs, doux et répétés, (grade I et II), pour le traitement de la douleur notamment dans les cas irritables et l'utilisation de mouvement plus fort, plus ferme, plus rapide (grade III, IV, et V) pour le traitement des raideurs dans les cas non irritables. S'il porte une attention toute particulière à l'examen et au traitement, il accorde également une place très importante à la réponse au traitement (évaluation et réévaluation). Dans le but de valider ses choix thérapeutiques, il prête lors de son traitement, une attention permanente aux signes et aux symptômes du patient [17].

9.3.2.3 Le concept Kaltenborn- Evjenth

Kaltenborn est un des membres fondateurs de l'IFOMPT. En 1968, avec la participation d'Olaf Evjenth, il crée son propre concept appelé : le concept OMT (Orthopaedic manipulative therapy) Kaltenborn-Evjenth. Son approche est principalement basée sur des connaissances anatomiques et biomécaniques solides, la physiologie de la douleur et la neurophysiologie. Kaltenborn est l'auteur de plusieurs principes clefs utilisés en TMO [17, 78] :

L'un de ses principes majeurs est l'application des principes d'arthrocinématique à la TM. Le roulement/glissement est un mouvement combiné présent dans diverses articulations. La combinaison de ces deux mouvements (roulement + glissement) est indispensable au bon fonctionnement de l'articulation, et permet d'obtenir une bonne congruence articulaire et d'atteindre une amplitude articulaire maximale.

Pour Kaltenborn, qui présente une vision plutôt mécanique du corps, les dysfonctions articulaires semblent être dues à l'existence d'une limitation du glissement des surfaces articulaires. Selon cette hypothèse, le principe est donc simple et consiste à restaurer la composante de glissement nécessaire au fonctionnement normal de l'articulation. Dans l'examen analytique du jeu articulaire, Kaltenborn utilise la règle des surfaces convexe/concave.

Le glissement d'une surface articulaire convexe se fera toujours dans le sens opposé au mouvement de l'os. À l'inverse, le glissement d'une surface articulaire concave se réalisera toujours dans le même sens. Pour évaluer et traiter ce glissement, Kaltenborn utilise des techniques manuelles translatrices que sont les mouvements de traction, de compression et de glissement. Pour les orienter au mieux, il définit également la notion de plan de traitement articulaire correspondant au plan de la surface concave de l'articulation.

Ces techniques manuelles translatrices sont décrites par Kaltenborn soit comme étant perpendiculaires au plan de traitement (traction et compression), soit comme étant parallèles (glissement).

Tout comme Maitland, Kaltenborn a lui aussi élaboré son propre système de grade de mouvement. Il concerne les mouvements de glissements accessoires et présente trois grades distincts.

Dans le grade I, appelé « relâchement », la mobilisation se situe exclusivement en amont du seuil de la résistance (R1).

Dans le grade II, appelé « élimination du jeu », la mobilisation se situe entre R1 et R2 (limite de la résistance).

Dans le grade III, appelé « étirement », la mobilisation atteint la limite R2 et vise à gagner de l'amplitude en déplaçant la limite de résistance. Dans la pratique, ces différents grades de mobilisation visent à diminuer les symptômes et/ou étirer les structures péri-articulaires afin de diminuer la douleur et d'augmenter la mobilité articulaire.



Figure 17 : Les grades de mouvement selon F. Kaltenborn

Dans son concept, Kaltenborn s'attache à décrire différentes dysfonctions articulaires et notamment l'hypo-mobilité et l'hyper-mobilité, pour lesquelles il définit différents grades et l'approche thérapeutique appropriée [78].

Hypo-mobilité	Correspondance	Indication thérapeutique
Grade 0	Ankylose	Chirurgie
Grade 1	Hypo-mobilité significative	Mobilisation
Grade 2	Hypo-mobilité modérée	Mobilisation et/ou Manipulation
Grade 3	Mobilité normale	Entretien

Hyper-mobilité	Correspondance	Indication thérapeutique
Grade 4	Légère augmentation de la mobilité	Stabilité dynamique
Grade 5	Hyper-mobilité significative	Stabilité dynamique
Grade 6	Instabilité pathologique	Chirurgie ?

Figure 18 : Tableau regroupant les dysfonctions articulaires, leurs correspondances et indications thérapeutiques

Au travers de son concept, Kaltenborn décrit également des techniques de verrouillage articulaire utilisées pour protéger les articulations non traitées lors des manipulations.

Kaltenborn, comme beaucoup de ses confrères en TM, accorde une place très importante à l'auto-traitement (exercices de renforcement musculaire, étirements, tractions, auto-mobilisations etc...).

9.3.2.4 Le concept Mulligan

Passionné de thérapie manuelle, Brian Mulligan se forme à la TMO dans les années 1960 aux côtés de grands noms tels que : Cyriax, Kaltenborn, Maitland etc... C'est dans les années 70 qu'il décrit sa propre approche : il décrit le concept de « *mobilisation with movement* » ou mobilisation avec mouvement (MWM).

Le traitement proposé par Mulligan s'applique essentiellement aux mouvements limités par la douleur. Généralement une altération positionnelle mineure se trouve à l'origine de la dysfonction articulaire et de la douleur. L'objectif thérapeutique vise l'indolence pendant la manœuvre, un gain d'amplitude et une amélioration de la fonction [17, 3]. Le concept Mulligan est orienté principalement sur la présentation clinique et sur les plaintes du patient. Le principe thérapeutique annoncé est d'une relative simplicité et peut s'adresser à la majorité des articulations.

Mulligan décrit le principe de MWM de la sorte : le praticien induit un glissement passif prolongé dans l'articulation, pendant que le « patient mobilise activement son extrémité dans la direction problématique » c'est-à-dire dans « la direction du mouvement limité par la douleur » [94]. Le glissement passif prolongé est généralement orienté perpendiculairement au plan du mouvement physiologique et ce, afin d'éviter ou diminuer la compression des surfaces articulaires. Cependant, l'action de Mulligan étant guidée principalement par la plainte du patient, et par sa présentation clinique : les principes biomécaniques sont quelques fois laissés pour compte. En d'autres termes, le concept Mulligan ne recherche qu'un seul critère : l'absence de douleur pendant la mobilisation concomitante du thérapeute (mobilisation passive) et du patient (mobilisation active), peu importe si la direction dans laquelle le thérapeute effectue une mobilisation passive ne répond pas aux lois biomécaniques [79].

Ainsi, sur le même principe, Mulligan a décrit trois techniques de traitement : lorsque ces techniques intéressent les articulations périphériques, Mulligan utilise le terme MWM.

Mais lorsque ces techniques intéressent une mobilisation avec mouvement de la colonne vertébrale il emploie le terme SNAG (Natural Apophyseal Sustained Glide ou glissement apophysaire naturel soutenu) [17, 3, 79]. Cette technique associe, toujours dans le respect de la non-douleur, un glissement apophysaire passif du thérapeute et un mouvement physiologique actif en fin d'amplitude du patient.

La dernière technique décrite par Mulligan est le NAG, (Natural Apophyseal Glides ou glissement apophysaire naturel). Il s'agit de techniques de mobilisations passives pures intéressant principalement les régions cervicale inférieure et thoracique supérieure.

À noter que Mulligan poursuit généralement son traitement par l'enseignement d'exercices d'auto-mobilisation et l'utilisation de « taping » dont le but est de maintenir la position corrigée.

9.3.2.5 La méthode McKenzie

Connue également sous le nom de « *Mechanical diagnosis and therapy* » (MDT), la méthode McKenzie a été décrite dès le début des années 1960. Dans cette méthode, l'auto-traitement est placé au centre de la stratégie thérapeutique. L'examen, tout comme le traitement, repose sur le principe de mouvements actifs répétés, de postures maintenues, mais également sur la recherche de préférences directionnelles et notamment sur le phénomène de centralisation de la douleur. Sauf dans de rares cas, l'intervention manuelle du thérapeute est absente du traitement. Internationalement reconnue, la méthode McKenzie fait figure dans le traitement des lombalgies. Selon McKenzie, trois types de syndromes caractérisent les lombalgies mécaniques non spécifiques [17, 27].

À partir de l'évaluation clinique (fonction de la présentation clinique et des stratégies thérapeutiques auxquelles répondent favorablement les patients), McKenzie classe les patients par syndrome.

Il distingue :

- Le syndrome postural
- Le syndrome de dysfonction
- Le syndrome de dérangement

Selon McKenzie, ces 3 syndromes couvrent jusqu'à 92% de la population rachalgique.

Définition des syndromes :

Le syndrome postural : se caractérise par l'apparition d'une douleur lors de positions statiques prolongées en fin d'amplitude. Selon McKenzie, cette douleur serait le fruit d'une contrainte excessive endurée par les structures anatomiques du rachis. Lors de l'examen, aucune douleur ni limitation d'amplitude articulaire n'est retrouvée, la douleur centrale du dos s'estompe avec le changement de position.

Le syndrome de dysfonction : se caractérise par l'apparition de douleur, en fin d'amplitude dans la ou les directions de mouvement qui présentent une restriction de mobilité. McKenzie explique cette douleur par la répétition de contraintes et de microtraumatismes affligés aux différentes structures (disque et/ou ligaments). Les contraintes et microtraumatismes répétés sont responsables d'une éventuelle altération du tissu (rétraction, fibrose, adhérence, induration, perte d'élasticité et perte d'amplitude articulaire). Lors de l'examen, la douleur (centrale au niveau du rachis) s'exprime en fin d'amplitude articulaire et n'est pas modifiée par les mouvements répétés.

Le syndrome de dérangement : se caractérise lorsque la douleur du patient est ressentie dans la course moyenne des mouvements, et lorsque les mouvements répétés aggravent la douleur. McKenzie observe souvent des postures antalgiques en réponse à ce syndrome : il s'agit par exemple d'une attitude en cyphose, en lordose ou bien plus fréquemment une attitude en scoliose. McKenzie associe ces symptômes à une pathologie discale (déplacement du gel du noyau pulpeux le long de fissures présentes dans l'anneau fibreux). La dynamique intra-discale permet d'expliquer ces déplacements (le nucleus migre postérieurement en flexion, et inversement en extension) et de comprendre la symptomatologie du patient : si le patient présente une fissure postérieure du noyau fibreux alors la posture en flexion aggrave la symptomatologie du patient par accumulation du gel du noyau pulpeux dans la fissure. À l'inverse, la posture en extension entraîne une diminution des douleurs puisque le gel est rapatrié sur la partie centrale du disque.

McKenzie envisage la pathogenèse du dérangement rachidien comme « une accumulation de contraintes dans une direction donnée qui génère des ruptures de fatigue de l'annulus et des déplacements du nucléus » (Sagi et Al., 2011, p.4).

Au cours de l'examen, les mouvements répétés lors de l'exploration des mouvements, peuvent « centraliser » ou « péripériser » la douleur.

Le phénomène de « centralisation de la douleur » :

Le phénomène de « centralisation de la douleur » est un critère important de la méthode McKenzie ; il est décrit par E. Maheu et Al. (2014) comme étant caractérisé par « une réduction, dans certains mouvements, de l'étendue de projection distale des symptômes issus du rachis. Cette centralisation est toujours recherchée et est un indicateur favorable à un bon pronostic. » [17]. Le symptôme le plus distal ou le plus latérale constitue un point de repère pour le thérapeute qui lui permettra d'évaluer la réponse symptomatique du patient.

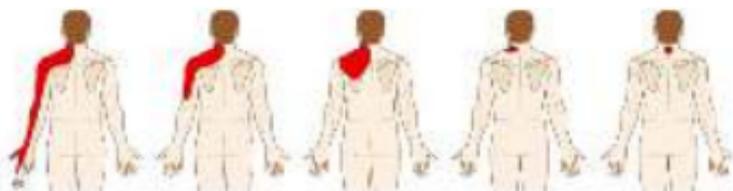


Figure 19 : Exemple de centralisation cervicale en présence d'une névralgie cervico-brachiale.
(Sagi et Al., 2011 p.3)

La méthode McKenzie adaptée aux différents syndromes :

En ce qui concerne le **syndrome postural**, McKenzie met l'accent sur l'importance des corrections posturales et sur l'amélioration de l'ergonomie rachidienne dans les gestes quotidiens. Ainsi il axe le traitement sur l'importance du maintien de la lordose dans la position assise. L'utilisation d'un support lombaire est souvent conseillée. Le rôle du thérapeute est axé sur l'éducation du patient : ce dernier doit apprendre à utiliser son dos de manière optimale et sûr (généralement en maintenant son rachis en position neutre, et en évitant les postures de fin d'amplitude) ; il doit également être à même de comprendre les mécanismes qui engendrent sa douleur (principe de fluage²⁰).

Dans le cas du **syndrome de dysfonction**, la présence de tissu fibrosé et/ou rétracté nécessitent une rééducation relativement longue (souvent plusieurs semaines) pour récupérer les amplitudes articulaires limitées et réduire les symptômes [17, 27]. Pour ce faire, les exercices sont orientés sur la répétition de mouvements en fin d'amplitude dans la direction limitée et douloureuse. Ces étirements réguliers doivent permettre le remodelage des tissus fibrosés. Le thérapeute veillera, à ce que la douleur présente à chaque fin de mouvement, disparaisse lorsque le patient retrouve la position neutre.

²⁰ Le fluage est le phénomène suivant lequel un matériau, soumis à un effort constant et maintenu à une température donnée, se déforme en fonction du temps.

Le syndrome de dérangement :

Une des contributions les plus importantes de McKenzie est d'avoir réussi à identifier qu'avec de simples mouvements physiologiques effectués par le patient : il est possible de réduire le dérangement et à la fois, d'identifier la direction de traitement. Il a remarqué que chez ses patients, certaines directions de mouvements sont responsables d'une aggravation de la douleur et d'une restriction de mobilité plus importante, alors que les mouvements opposés produisent une diminution de la symptomatologie et une libération des amplitudes articulaires. Autrement dit, les dérangements sont directionnels.

C'est ce que McKenzie nomme la préférence directionnelle, comme le cite Sagi G. (2011), il s'agit de « la direction de mouvement qui soulage les symptômes et débloque les amplitudes articulaires » [27]. La préférence directionnelle peut exister dans plusieurs plans de l'espace. Le traitement du syndrome de dérangement passe par la répétition de mouvements ou bien encore par des postures maintenues qui centralisent ou diminuent la douleur. Par exemple, au niveau lombaire, c'est souvent l'extension qui centralise la douleur. Selon McKenzie, la raison pour laquelle l'extension est souvent considérée comme une préférence directionnelle, vient du fait que les structures anatomiques du rachis subissent d'importantes et nombreuses contraintes en flexion lors des activités de la vie quotidienne. Quand la douleur est unilatérale, c'est souvent l'inclinaison homolatérale qui centralise la douleur.

Là encore, McKenzie accorde une place importante à l'éducation, l'autonomisation et l'auto-traitement du patient. Le patient apprend du thérapeute à gérer ses symptômes, à contrôler sa posture et prévenir les récurrences.

9.3.2.6 Le concept Neurodynamique

Le concept NeuroDynamique (ND) a fait son entrée de manière relativement récente dans le domaine de la thérapie manuelle orthopédique avec notamment les travaux de Mickael Shacklock. Cette approche s'intéresse au tissu nerveux et part de l'hypothèse clinique qu'outre son rôle conducteur, le tissu nerveux et ses enveloppes conjonctives peuvent être eux-mêmes le siège de dysfonctions mécaniques et émetteurs de symptômes dits « neurogènes » [17].

Ce concept de neurodynamique, décrit en 1995 par M. Shacklock prend en considération les aspects mécaniques du système nerveux (tension, pression, glissement) mais également leurs propriétés physiologiques (flux sanguin intraneuronal, mécanosensibilité, inflammation).

Ce concept ND base son approche sur plusieurs principes de base :

1) L'interdépendance mécanique-physiologique du système nerveux

Dans le corps, la mécanique et la physiologie du système nerveux présentent une interdépendance dynamique. M. Shacklock (2012) précise que : « des modifications mécaniques de pression et de tension peuvent modifier le débit sanguin, l'inflammation et la sensibilité mécanique des tissus nerveux avec des conséquences cliniques importantes. De même, les modifications physiologiques du système nerveux peuvent induire des modifications de la fonction mécanique » [29]. Le système nerveux pour rester « normal et/ou asymptomatique » dans les sollicitations quotidiennes, doit avoir un environnement favorable, normal ou optimal. À l'inverse, un environnement mécanopathologique qui se développe risque d'entraîner selon l'auteur « une cascade d'événements physiopathologiques au niveau des tissus nerveux » (Shacklock, 2012, p.19).

2) Principe de mécanosensibilité du tissu neural

M. Shacklock, au travers de son article "Le concept neurodynamique, Partie II : les tests diagnostiques neurodynamiques", dans le magazine Kinésithérapie la Revue, décrit la mécanosensibilité comme étant : « le mécanisme principal par lequel le système nerveux devient une source de douleur en rapport avec des mobilisations et des postures. C'est la facilité avec laquelle les tissus nerveux soumis à une tension deviennent actifs. Un nerf est d'autant plus mécanosensible, que la tension nécessaire pour déclencher son activité est faible » [30]. Dans la pratique, si on applique une force suffisante, tout nerf peut devenir mécanosensible, et de ce fait, il sera susceptible de provoquer des symptômes (de type picotement, engourdissement, etc...). La principale différence réside dans le fait que, contrairement au nerf normal, l'activation de nerfs inflammatoires survient avec l'application d'une force beaucoup plus faible.

L'évaluation des structures du tissu neural fait appel à de nombreux tests, spécifiques à chaque nerf. Selon l'auteur, l'identification d'un problème neurodynamique peut être mise en évidence par la démarche suivante [30] :

- Dans un premier temps, réalisation du test neurodynamique (pour la structure nerveuse concernée) jusqu'à l'apparition de symptômes ou de signes (par ex. résistance ou une amplitude articulaire donnée).
- Le test est normalement positif, c'est-à-dire qu'il y a production de symptômes en rapport avec le nerf concerné. Ensuite l'auteur réalise un test de différenciation structurelle, pour déterminer si l'origine probable est musculo-squelettique ou neurodynamique. L'important étant de reconnaître les besoins thérapeutiques du patient : traitement neurodynamique ou traitement musculo-squelettique. Ce test est réalisé par un étirement des structures nerveuses sans mettre en jeu les structures musculo-squelettiques. Le test de différenciation structurelle est négatif en cas d'absence de modification des symptômes ou des signes. Si le test est négatif, les symptômes peuvent avoir une origine musculo-squelettique et un traitement neurodynamique ne serait pas forcément adapté. Si le test est positif, (modifications des symptômes ou signes) l'implication d'un mécanisme neurodynamique est possible.
- Lorsque le test est positif, le praticien interroge le patient pour savoir si les symptômes ressentis par celui-ci, font partie de son problème clinique actuel. Si tel est le cas, il s'agit d'un résultat de test clairement anormal mettant en jeu les mécanismes neurodynamiques. Si la réponse est « non », le thérapeute réalisera une comparaison avec le côté « sain » à la recherche d'indications subtiles ou cachées. Dans ce cas, l'auteur précise que : « Au cas où le test ne reproduit pas les symptômes cliniques du patient, il s'agit soit d'un test neurodynamique normal, soit d'une forme subtile d'un test anormal. Si le test révèle des anomalies subtiles, par exemple une modification de l'amplitude ou de la résistance tissulaire ou des symptômes différents de la réponse normale connue, on peut considérer le test comme anormal » (Shacklock, 2012, p.20).

Si cette démarche diagnostique permet de mettre en évidence l'implication d'un mécanisme neurodynamique (lorsque le test est défini comme anormal), elle n'en définit pas la cause. Les causes des perturbations neurodynamiques étant nombreuses, un examen clinique complet et subjectif sera réalisé par le thérapeute manuel dans le but d'en déterminer la cause et si besoin est, la technique neurodynamique appropriée.

9.3.2.7 Résumé des concepts de TMO

Approche Cyriax (Royaume-Uni)	Concept Kaltenborn-Evjenth (Norvège)	Concept Maitland (Australie)
<p>Diagnostic par la localisation du tissu responsable de la douleur</p> <p>Traitement conservateur (frictions transverses, exercices, mobilisations, tractions, manipulations, infiltrations, physiothérapie et éducation)</p> <p>Concept de douleur référée</p> <p>Schéma capsulaire et différentes sensations de fin de course</p>	<p>Application des principes d'arthrocinématique à la thérapie manuelle (glissement/roulement, règles concave-convexe des surfaces articulaires)</p> <p>Grades de mouvements (I-III)</p> <p>Hypomobilité/hypermobilité et leurs traitements</p> <p>Techniques de verrouillage</p> <p>Auto-traitement</p>	<p>Évaluation privilégiant l'écoute active du patient, ses signes et symptômes plutôt qu'un modèle biomécanique ou pathologique</p> <p>Identification des critères de sévérité, d'irritabilité et de nature du problème (SIN)</p> <p>Grades de mouvement (I-V)</p> <p>Évaluation et réévaluation continue du patient</p>
Méthode McKenzie (Nouvelle-Zélande)	Concept Mulligan (Nouvelle-Zélande)	Concept neurodynamique (Australie)
<p>Système de classification basé sur la réponse symptomatique et mécanique dans les positions statiques et mouvements répétés (syndrome postural, de dysfonction et de dérangement)</p> <p>Notion de « centralisation » et « périphérisation » de la douleur</p> <p>Déplacement du noyau discal lors des mouvements vertébraux</p> <p>Exercices lombaires en extension mais aussi en flexion</p> <p>Accent sur l'éducation, l'auto-traitement et l'autonomie du patient</p>	<p>Approche axée sur les plaintes du patient et les altérations positionnelles mineures des articulations</p> <p>Accent sur la restauration d'un glissement articulaire indolore et respect du plan articulaire de traitement</p> <p>La technique de traitement est accompagnée d'un mouvement actif indolore</p> <p>Mobilisations avec mouvements, glissements apophysaires naturels prolongés et glissements apophysaires naturels</p>	<p>Dysfonction de la physiologie et de la mécanique du tissu neural</p> <p>Mécanisme de douleur neurogène périphérique</p> <p>Principe de mécanosensibilité du tissu neural</p> <p>Évaluation et traitement des structures neuroméningées</p> <p>Mobilité du tissu neural et tests spécifiques à chaque nerf</p>

Figure 20. Tableau récapitulatif : les principaux concepts en TMO [17]

9.3.2.8 Raisonnement clinique et démarche diagnostique

La TMO est un domaine de spécialisation de la kinésithérapie, particulièrement impliqué dans les troubles et dysfonctions neuro-musculo-squelettiques. Elle se caractérise par l'utilisation d'un raisonnement clinique précis basé sur le modèle bio-psycho-social propre à chaque patient et défend une pratique fondée sur les preuves (Evidence Based Practice) dans la démarche diagnostique et thérapeutique. Elle repose sur des données scientifiques régulièrement actualisées [75].

Le modèle planétaire théorique développé par Danneels (cf. figure 21) en 2005, est un modèle de raisonnement clinique utilisé en thérapie manuelle [83]. Ce modèle est inspiré du CIF : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé. Il met évidence les différents mécanismes, pris en compte, dans le cadre de la prise en charge d'un patient en thérapie manuelle orthopédique.

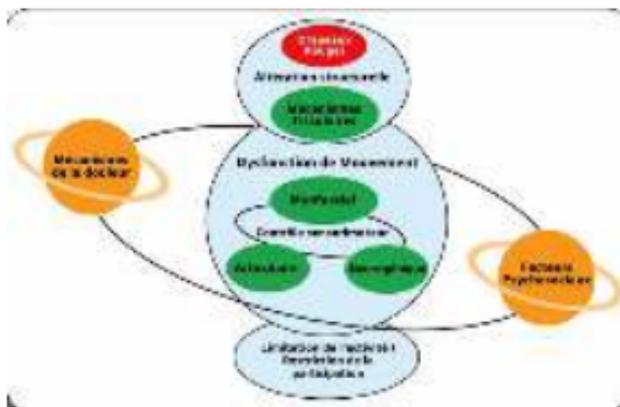


Figure 21. Le modèle planétaire décrit par Danneels et coll. 2005 [6]

Le raisonnement clinique utilisé par les thérapeutes manuels intègre une anamnèse rigoureuse, ainsi qu'un examen clinique complet [83].

L'anamnèse comprend :

- les informations « générales » du patient (date de naissance, profession, hobbies, etc...)
- la description de la douleur : début, évolution, localisation, irradiation
- la recherche de facteurs augmentants et facteurs diminuants
- les éventuelles investigations réalisées (imagerie ? examens complémentaires ?)
- la médication
- la recherche de drapeaux rouges : défini par l'organisme de *formation limp* comme étant « un groupe de signes cliniques qui doivent alerter le praticien sur la possibilité d'une pathologie grave sous-jacente et la nécessité d'examen complémentaires » [84].
- la recherche de drapeaux jaunes : il s'agit de signes qui risquent de favoriser le passage à la chronicité de la pathologie (exemple : état émotionnel, les facteurs sociaux etc...)

Après l'anamnèse le thérapeute doit être en mesure de se former une idée des limitations de l'activité, des mécanismes de la douleur, des éventuels facteurs psychosociaux et des structures anatomiques en relation avec le problème du patient. (Cf. le modèle planétaire de Danneels)

Dans un second temps, le thérapeute procède à l'examen clinique, celui-ci doit venir confirmer ou infirmer les hypothèses émises. L'examen clinique, au travers de différents tests, commence par une inspection ou une évaluation des différentes structures mises en cause au cours de l'anamnèse (articulaire, myofasciale, neurogène) puis s'oriente vers l'étude des mobilités qui renseigne sur la qualité et la quantité de mouvement. La démarche diagnostique et le traitement découle de cette étude des mobilités [83]. (Cf. figure 22).

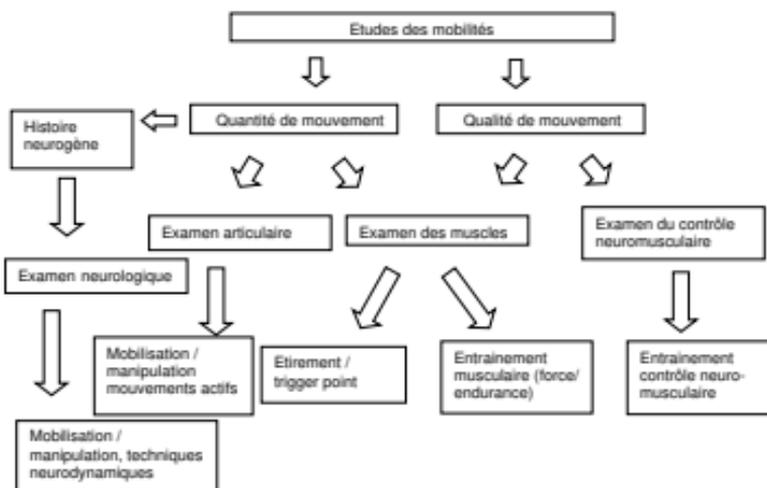


Figure 22 : schématisation de l'examen clinique au travers de l'étude des mobilités [83]

En fonction de l'examen clinique et de l'analyse de ces différents éléments, les nombreux concepts inhérents à la TMO doivent permettre au thérapeute manuel de proposer une approche et un traitement appropriés au besoin propre du patient.

9.3.3. IFSO Rennes

L'ostéopathie présente divers courants, on y distingue l'ostéopathie fonctionnelle, structurelle ou encore énergétique. L'IFSO Rennes et son enseignement appartiennent au courant structurel. Ce courant présente une différence majeure avec le courant fonctionnel notamment dans la définition de la lésion ostéopathique.

9.3.3.1 Une conception différente de la lésion ostéopathique : la LTR

Dans le domaine de l'ostéopathie fonctionnelle, la « lésion ostéopathique », récemment renommé « dysfonction somatique » se définit, selon le GOsC (registre des ostéopathes en GB) de la manière suivante :

« La dysfonction somatique est une mauvaise fonction ou une fonction altérée d'éléments reliés au système musculosquelettique (squelette, articulation, muscle et fascia) et reliés aux systèmes vasculaires, lymphatiques et nerveux » (cité par De Lasteyrie, 2009, para. 1). [85]

Dans la pratique ces dysfonctions correspondent à des "restrictions" ou encore des "hypomobilités" mises en évidence par différents tests. Ce sont ces restrictions de mobilité que l'ostéopathe fonctionnel recherche et traite.

L'approche structurelle des pathologies réversibles, enseignée à l'IFSO Rennes, est basée sur l'utilisation d'un modèle [34]. Il s'agit du Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurelle (MFOS) décrit par Jean-François Terramorsi dans son livre « Ostéopathie structurelle, lésion structurée, concepts structurants » paru en 2013 aux éditions éoliennes.

Le MFOS part du postulat suivant « la structure génère la fonction ». L'existence de la fonction est secondaire à l'existence préalable de la structure. Sans structure pas de fonction ! [33] Prenons l'exemple suivant : la fonction "vue" est secondaire à l'existence préalable de la structure "œil". À fortiori, si la structure génère la fonction, alors une perturbation de la structure peut générer une perturbation de la fonction : il n'y a pas de dysfonction sans perturbation au préalable de la structure qui la génère. Ainsi, le MFOS ne s'intéresse pas à la perturbation de la fonction mais à l'altération de la structure qui apparaît comme la cause préalable de la dysfonction.

Dans ce modèle, la définition fonctionnelle de la lésion ostéopathique n'est pas retenue car selon JF. Terramorsi « la perte de mobilité n'est pas considérée comme une lésion mais comme sa conséquence. La lésion n'étant pas une perte d'amplitude, le geste thérapeutique ne cherche pas son gain ! » (Terramorsi, 2013, p.27) [34].

De ce fait, l'enseignement prodigué par l'IFSO Rennes apporte une grande sécurité dans la gestuelle enseignée : la lésion ne se qualifiant pas par une perte d'amplitude, le thérapeute (dans son esprit) ne recherchera pas un gain d'amplitude. Le MFOS définit la lésion ostéopathique comme un changement d'état de la structure. Il ne s'agit pas, là encore, d'une conception positionnelle de la lésion. La lésion ostéopathique, au sein de l'IFSO Rennes porte le nom de lésion tissulaire réversible (LTR) et se définit comme un changement d'état du tissu conjonctif, « caractérisé par une perte des qualités de souplesse et d'élasticité des tissus, par une perte de leur déformabilité » (Terramorsi, 2013, p.111). La LTR présente d'autres caractéristiques : bien qu'elle soit définie comme stable dans le temps, elle est cependant réversible. Elle est inscrite dans la composition structurelle du tissu, elle est donc structurée [34].

Le tissu conjonctif présente de multiples propriétés, au-delà de son rôle de remplissage et de soutien, il contient notamment les récepteurs neurologiques, capables de modifier le contrôle de la régulation sanguine, mais aussi du tonus musculaire et de la proprioceptivité [86].

9.3.3.2 Processus d'installation de la LTR

Chaque individu est doté à sa naissance d'un potentiel appelé PVO (Potentiel Vital Originel), génétiquement programmé et propre à chacun. Il représente toutes les potentialités qui lui sont offertes (Terramorsi, 2013, p.83) et définit les capacités maximales (physique et psychique) que peut éventuellement atteindre un individu dans les limites de son PVO. Ce PVO diminue progressivement avec le temps, il s'agit du phénomène physiologique du vieillissement.

De même, chaque individu, chaque structure vivante présente un potentiel vital maximal à un instant donné appelé PVA ou Potentiel Vital Actualisé. Ce PVA correspond au PVO auquel on soustrait les phénomènes physiologiques liés au vieillissement naturel, ainsi que les séquelles irréversibles secondaires aux accidents de la vie. Pour qu'une structure se développe pleinement, c'est-à-dire atteigne son PVA²¹, celle-ci doit être soumise à des sollicitations optimales par des contraintes spécifiques et variées de la part du milieu extérieur (Terramorsi, 2013, p.107). Elle doit répondre à des sollicitations dites « idéales ». Cependant, dans la vie courante, les conditions « idéales » sont très difficiles à atteindre [34] et les sollicitations, n'exploitent généralement pas, tout le potentiel disponible.

Les LTR s'installent donc quand le tissu n'est pas suffisamment sollicité, JF. Terramorsi parle alors d'hyposollicitation en deçà du PVA. En d'autres termes, la structure présente un potentiel initial, pour atteindre et entretenir ce potentiel, la structure doit être suffisamment et correctement sollicitée au risque d'entraîner l'installation de LTR.

Les LTR s'installent toujours à la suite d'une hyposollicitation/PVA soit :

- de manière primaire c'est-à-dire par excès de sédentarité, par manquement aux règles « idéales » d'hygiène de vie ; "on ne peut exploiter son potentiel au maximum à chaque instant".
- de manière secondaire, à la suite d'un accident de la vie de relation. Il s'agit du cas particulier où JF. Terramorsi parle d'une hyposollicitation secondaire à une hypersollicitation/PVA : exemple à la suite d'une entorse grave, l'immobilisation effective (par le port d'une attelle ou d'un plâtre), et/ou l'immobilisation relative (provoquée par la douleur) entraînent une hyposollicitation réactionnelle de la structure lésée.

²¹ Le Potentiel Vital Actualisé ou PVA représente le potentiel de l'individu, ce qu'il est censé pouvoir accomplir s'il est en "bon état".

Ainsi, l'auteur identifie deux types de processus d'installation de la lésion : l'une concerne les hypersollicitations/PVA entraînant des LTR, et l'autre concerne les hypersollicitations/PVA.

Nous n'aborderons pas le sujet des hypersollicitations /PVA car elles entraînent des lésions tissulaires irréversibles de type usure ou rupture, à la suite de contraintes dépassant les possibilités de la structure. Ces lésions représentent des altérations irréversibles de la structure sur lesquelles le thérapeute est incapable d'agir manuellement.

Dans le cas où la structure n'est pas assez sollicitée (hyposollicitation/PVA), JF. Terramorsi décrit aux pages 107-113 de son livre, les processus d'installation de la LTR, comme suit :

1° Il y a une baisse des besoins énergétiques locaux. Le corps étant bien fait, il est inutile d'apporter de l'énergie en trop grande quantité si elle n'est pas utilisée.

2° L'énergie étant véhiculée par le sang et les liquides physiologiques : une diminution des échanges liquidiens est observée dans les tissus.

3° Cette diminution augmente les processus statiques au détriment des processus dynamiques.

4° Ces modifications constituent un changement d'état de la structure, stable mais réversible. (Ce nouvel état est appelé LTR.)

5° Ce changement d'état structuré entraîne une diminution de la fonction

6° Cette baisse de la fonction confirme et augmente l'hypo-sollicitation. Elle installe et entretient un cercle vicieux.

⇒ La lésion devient donc durable dans le temps. Elle est auto-entretenu. Elle ne peut s'auto-réduire.

Ces modifications tissulaires s'installent progressivement, sans s'exprimer. La LTR est décrite comme étant « spontanément muette » (Terramorsi, 2013, p.112). En d'autres termes, la LTR est asymptomatique et elle ne s'exprime que lorsqu'un élément extérieur ne la sollicite (patient ou thérapeute). JF. Terramorsi précise qu'une fois ces lésions installées au sein du tissu, on assiste à des modifications des fonctions de ce tissu. Lorsque la LTR siège dans une articulation par exemple, la fonction de l'articulation peut s'en trouver perturbée et il peut y avoir modification de la position de repos de cette articulation, un retentissement sur la qualité des mouvements, un remaniement des amplitudes articulaires etc... [86]

L'IFSO rennes appartient à un courant structurel dans le sens où la lésion est dite structurée au sein du tissu conjonctif et auto-entretenu dans le temps.

9.3.3.3 Variables de régulation

Pour qu'une structure normalement constituée soit dans le meilleur état possible, JF. Terramorsi souligne qu'« elle doit utiliser pleinement et régulièrement sa fonction mais également être soumise à des contraintes mécaniques extérieures, être alimentée correctement (rôle vasculaire), et avoir un contrôle neurologique correct » (Terramorsi, 2013, p.60). C'est ce que JF. Terramorsi appelle les variables de régulation qui par définition sont à distance. Ces variables de régulation sont des variables d'entrée du tissu, elles assurent la bonne trophicité du tissu, elles sont soit d'ordre mécanique, soit d'ordre neurologique, soit d'ordre vasculaire [34].

De ce fait, en dehors des agressions locales (en hyper ou hypo sollicitation), « l'altération de l'état de la structure trouvera sa cause exclusivement dans une modification des variables d'entrée mécanique, neurologique ou vasculaire, durable dans le temps » (Terramorsi, 2013, p.60).

La bonne santé peut alors se définir comme la capacité de la structure à changer d'état pour s'adapter aux variables d'entrée, la pathologie, quant à elle, correspondra à l'incapacité d'en changer.

9.3.3.4 La recherche de la LTR

Le but du thérapeute n'étant pas la recherche des restrictions de mobilités, il n'utilise dans la pratique que très peu de test. Les tests fonctionnels sont généralement écartés. S'il arrive, au thérapeute d'en réaliser, ils n'ont pour objectif que de savoir où placer les mains plus rapidement et/ou pour permettre au patient d'objectiver les résultats du traitement. Le test principal est celui qui permet de percevoir la LTR.

Cliniquement la recherche de la LTR est réalisée par un **test de résistance**. Ce test de résistance est composé d'un test de pénétration et d'un test du glaçon [34]. Dans la pratique, la LTR s'objective par une zone plus résistante lorsqu'elle est contrainte et par une sensibilité à la palpation chez le patient. JF. Terramorsi dit, concernant la LTR, c'est « gros, dur et sensible quand on y touche » (2013, p.119). Si un de ces paramètres vient à manquer dans la recherche de la lésion, c'est qu'il ne s'agit pas d'une LTR.

Le **test de pénétration** représente la partie active du test de résistance. « l'analyse et la quantification des forces que le praticien met en jeu » (Terramorsi, 2013, p.266) ; le **test du glaçon**, quant à lui, en représente la partie passive, « l'analyse de la réponse du tissu au travers de la perception des forces nécessaires et suffisantes au maintien de la relation physique » (2013, p.266). Il permet d'explorer la résistance élastique du tissu conjonctif [34].

Le test de résistance (test de pénétration + test du glaçon) est sous tendu par le principe suivant : une force ne peut être générée que s'il y a une résistance égale et opposée sinon il y aurait un déplacement. Le test de résistance correspond à l'investigation, par le praticien, du jeu articulaire immédiatement disponible chez le patient pour atteindre la LTR. Il permet le repérage des paramètres spécifiques à la LTR et donne « la direction, l'amplitude et l'intensité nécessaires et suffisantes au geste pour communiquer avec elle » (2013, p.266). L'évaluation manuelle est une étape essentielle et indispensable avant toute manipulation.

9.3.3.5 La manipulation structurelle

La manipulation structurelle est un outil mécanique qui s'adresse aux différents tissus conjonctifs du corps, lorsque celui-ci présente un changement d'état. Lorsque la structure est atteinte dans sa composition, les dysfonctions sont naturellement irréversibles : on parle de lésion tissulaire irréversible. Dans ce cas précis, la structure peut être usée, cassée ou encore mal construite (génétique). Il n'est alors pas possible d'agir manuellement. La LTR, quant à elle, correspond à une atteinte non pas de la composition de la structure mais de son état.

Le tissu conjonctif est un tissu de soutien omniprésent dans le corps, les manipulations structurelles s'appliquent à tous les tissus conjonctifs. JF. Terramorsi le rappelle : la manipulation structurelle n'est en aucun cas une mobilisation pour corriger une altération positionnelle ou une diminution d'amplitude. « Il s'agit d'un acte mécanique, réglable en vitesse, en masse et en amplitude, en fréquence, appliqué le plus localement possible sur le tissu altéré, afin d'en modifier la consistance par voie réflexe » (2013, p.29).

Le but est de lever une barrière « qui empêche le corps de trouver lui-même toutes les positions et fonctionnalités dont il a et aura besoin pour évoluer harmonieusement dans son environnement » (2013, p.29). Le thérapeute n'impose, ni ne corrige rien, il se contentera de lever les obstacles objectivés par son évaluation manuelle préalable [34].

9.3.3.6 Démarche diagnostique

La démarche diagnostique utilisée lors de la prise en charge d'un patient en ostéopathie, suit un raisonnement clinique précis. [95]

Elle commence toujours par une anamnèse rigoureuse, qui comporte :

- Les informations d'ordre général : l'identité du patient, son âge, sa profession, sa situation familiale, ses loisirs ou sports pratiqués, les coordonnées du médecin traitant, etc...
- Le motif de consultation
- La description de la plainte, de la douleur :
 - Localisation ?
 - Depuis quand ? Indication d'un phénomène chronique ou aigu.
 - À la suite de quoi ? Il y a-t-il un facteur déclenchant identifiable ? Si oui, il y a-t-il cohérence avec la plainte du patient ?
 - Début, évolution, localisation, irradiation, type de douleur
 - La recherche de signes associés ? Paresthésie, etc...
- La recherche de facteurs aggravants/ diminuants
- Investigation ? Il y a-t-il des examens complémentaires réalisés ?
- Les antécédents du patient :
 - ATCD du motif de consultation : consultation ostéopathique ? Kinésithérapeute ? Médecin ? Chirurgien ? Etc...
 - ATCD personnel (médication actuelle et ancienne, intervention(s) chirurgicale(s), traumatisme(s), hospitalisation(s), etc...)
 - ATCD familiaux

La finalité de l'anamnèse est d'établir un diagnostic d'exclusion.

À la fin de l'anamnèse, le thérapeute doit être à même de savoir s'il prend en charge le patient ou s'il doit le référer à un autre professionnel de santé (soit lorsque le traitement ne relève pas de la prise en charge ostéopathique (pathologie sous-jacente), soit lorsque le thérapeute nécessite d'éventuels examens complémentaires avant d'entreprendre le traitement).

Dans un second temps, une fois le diagnostic d'exclusion réalisé, la thérapeute procède à un examen clinique en empruntant une démarche construite et logique décrite par JF. Terramorsi à la page 127 de son livre.

Le thérapeute n'ayant pas la connaissance du « tout », l'examen sera toujours réalisé du local vers le général.

En premier lieu, il faut localiser la structure qui sous-tend la plainte. Le thérapeute vérifiera si la plainte se limite à une structure anatomique donnée, si elle en déborde ou bien si elle intéresse plusieurs structures²².

Dans le cas où la plainte se limite à une structure anatomique donnée, le praticien réalise le test de résistance à la recherche de LTR.

Si le test de résistance local est positif (c'est-à-dire présence d'une LTR localement) : le thérapeute se questionnera sur la cohérence entre les symptômes, la LTR et le facteur déclenchant du patient.

- S'il y a une cohérence : le praticien peut traiter immédiatement en thrustant. Il vérifiera tout de même les variables de régulation M, N, V de la structure. Il s'agit là du plan minimal de la séance d'ostéopathie.
- Si au contraire le praticien ne retrouve pas de cohérence localement, il lui faudra aller chercher une cohérence à distance, en investiguant les variables de régulation mécanique, neurologique et vasculaire de la structure.
- Si malgré cela, le praticien ne retrouve toujours aucune cohérence, il lui faudra investiguer les variables de fonctions²³ [34].
- Si aucune cohérence n'est retrouvée à ce stade, le praticien devra penser aux maladies de système, c'est à dire rechercher des signes associés qui pourraient indiquer une maladie générale exprimée localement (exemple : maladie rhumatismale, diabète, etc...)
- Si à ce niveau aucune cohérence n'est mise en évidence, il faudra investiguer les relations énergétiques, émotionnelles, alimentaires, etc...
Il s'agit là d'un tout autre ressort (dépassant le cadre strict de l'ostéopathie) qui nécessitera de référer le patient vers un autre professionnel.

²² A noter qu'une « plainte qui déborde de la structure en souffrance » sous-entend généralement une cause plus éloignée ou plus générale (Terramorsi, 2013, p.129) [34].

²³ JF. Terramorsi décrit les variables de fonctions comme étant « les variables d'entrée de l'organe, elles assurent les relations inter-organiques, elles participent à la fonction de l'organe » (2013, p.131).

Si le **test de résistance local est négatif** (absence de LTR localement, le tissu n'est donc pas en lésion). Il s'agit du cas où les symptômes du patient ne sont pas en relation avec une LTR locale ou bien ne se limitent pas à une seule structure : le tissu est fonctionnel.

Plusieurs cas de figure sont à prendre en compte, il peut s'agir :

- D'une hyperfonction fonctionnelle : lorsque les capacités de l'organisme ont été dépassées (par exemple : le patient présente une douleur du mollet après avoir gravi l'Everest à cloche pieds.). L'hyperfonction fonctionnelle est très rare, le seul traitement est le repos.
- D'une hyperfonction pathologique : elle apparaît « lorsqu'une structure paraît hyper-sollicitée sans que l'organisme dans sa globalité n'ait été hyper-sollicité » (Terramorsi, 2013, p.133). Il s'agit d'une sollicitation normalement supportable. Dans ce cas, la structure en souffrance présente une surcharge de travail fonctionnel parce qu'il y a « hypofonctionnement » ailleurs.
- Si le patient ne présente pas d'hyperfonction fonctionnelle ou pathologique, il peut s'agir de douleurs projetées : dans ce cas, le thérapeute vérifiera les relations métamériques en rapport avec la zone de la plainte.
- S'il ne s'agit pas non plus de douleurs projetées : le praticien devra penser, comme précédemment, aux maladies de système ou bien aux relations extra-structurelles (énergétique, alimentaire, etc...).

Cette recherche logique, représente un fils d'Ariane pour le praticien, son but est de l'aider à explorer toutes les pistes possibles. Elle est construite et guidée autour d'un maître mot : « **la cohérence** ». Il y a-t-il une cohérence entre le facteur déclenchant, la plainte du patient et la LTR ? C'est la cohérence entre ces divers éléments qui guidera et orientera le thérapeute dans sa démarche thérapeutique.

9.4. Discussion/ conséquences :

9.4.1. TMO et ostéopathie : une histoire intriquée

La thérapie manuelle orthopédique est reconnue et se revendique comme étant une spécificité de la kinésithérapie, pourtant elle garde dans son approche une philosophie ostéopathique tirée très souvent de l'enseignement de J.M Littlejohn (lui-même élève de Still). En effet, les différents personnages clefs de la thérapie manuelle orthopédique semblent avoir été largement inspirés de la pratique ostéopathique [20, 7] à l'égard de J. Cyriax, de F. Kaltenborn, ou encore G. Maitland (cf. figure 23). L'existence de techniques manuelles similaires aux ostéopathes et aux thérapeutes manuels semble provenir des différents contacts et échanges qu'ont pu entretenir ces professionnels. La thérapie manuelle orthopédique et l'ostéopathie ont grandi côte à côte, même si pour l'heure, ces deux disciplines ont emprunté des voies très différentes. Les formations en thérapie manuelle sont, à ce jour, officiellement reconnues par le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et permettent aux professionnels, d'apposer sur leur plaque d'activité la « spécificité de TMO ».

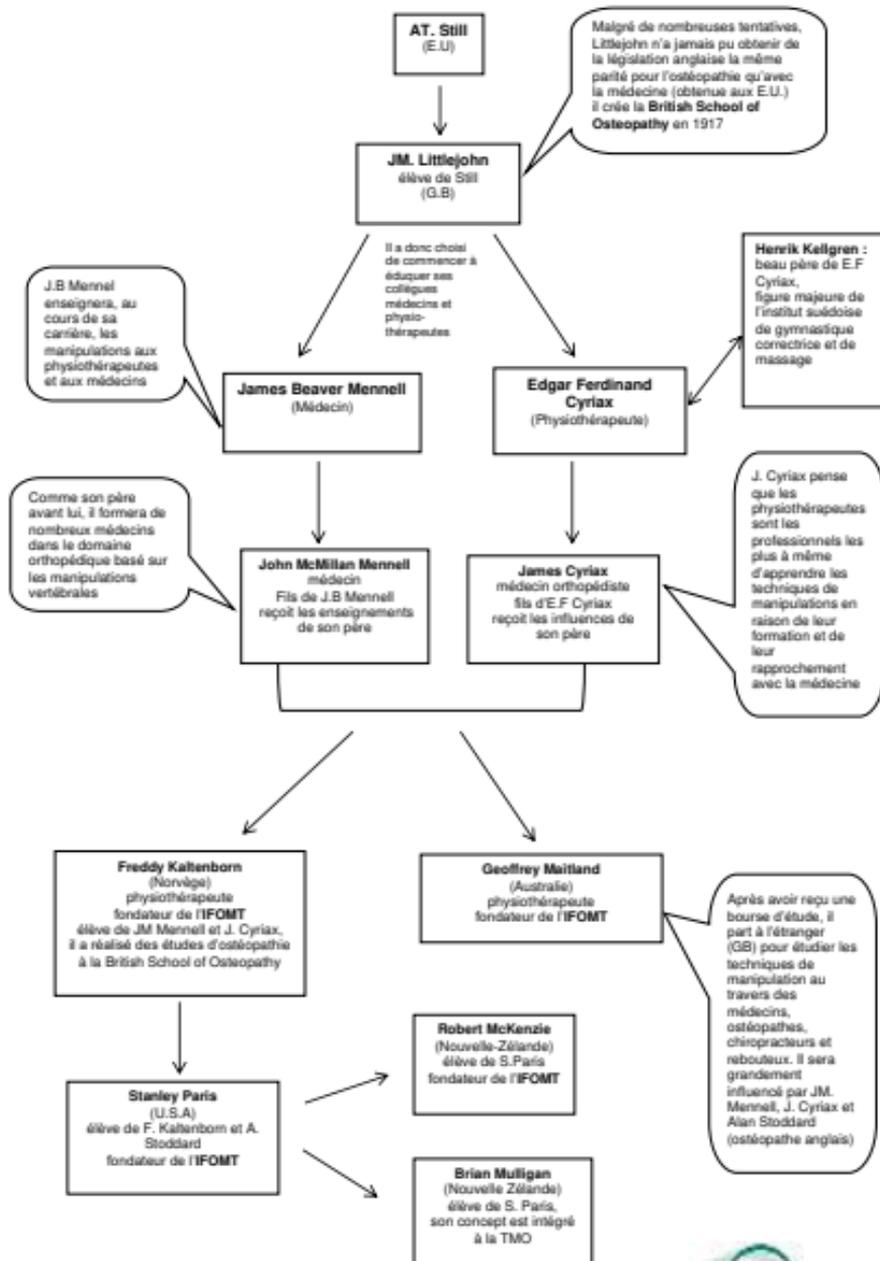


Figure 23. TMO et Ostéopathie, une histoire intriquée

9.4.2. Caractéristiques des deux approches :

Comme nous avons pu le voir au cours de ce devoir, l'ostéopathie et la TMO, en France, se différencient à plus d'un titre. Pour rappel, ces différences concernent notamment les conditions de formation, le statut des praticiens (PS / professionnel de la santé), le système de conventionnement avec les organismes de l'assurance maladie, l'accès direct, le remboursement des soins, etc...

Sur le plan théorico-pratique, les trois enseignements comparés présentent également certaines différences notables :

9.4.2.1 Un concept vs des concepts

Si l'enseignement à l'IFSO Rennes se définit par l'utilisation d'un modèle unique (le MFOS), la TMO, quant à elle, présente plusieurs concepts différents.

La formation dirigée par Pascal Pommerol enseigne la théorie au travers de deux concepts celui de J. Cyriax et celui de G. Maitland.

La formation Kpten, qui suit les recommandations de l'IFOMPT, dénombre, elle aussi, une multitude de concepts et d'approches (Cyriax, Kaltenborn, Maitland et McKenzie Mulligan, etc...). Selon l'IFOMPT, l'existence de ces nombreux concepts au sein de la TMO, doit permettre au praticien d'offrir, à chacun de ses patients, l'approche la plus adéquate et adaptée.

Les nombreux concepts que présente la TMO m'interroge. De mon point de vue, la complexité réside dans le fait d'être à même de choisir le bon concept pour chaque patient. Peut-être est-ce chose aisée ? Je ne le sais pas, je n'ai pas réalisé la formation. Mais de prime abord cela me paraît compliqué. Puis une fois le concept choisi, il reste à définir, la ou les techniques, là encore, les plus adaptés à chaque patient.

Au sein de la formation organisée par l'IFSO Rennes, les choses me paraissent d'un abord plus simple puisqu'il y a "UN" concept et "UN" outil modulable à chaque patient : la main du thérapeute.

9.4.2.2 Les techniques utilisées : une technique vs des techniques

Concernant l'ostéopathie, c'est essentiellement la manipulation qui se trouve au centre du traitement ostéopathique : pour rappel, la manipulation structurelle s'adresse au TC en lésion, c'est-à-dire au tissu qui présente une perte de ses capacités mécaniques d'élasticité et de souplesse, une perte de la déformabilité. La LTR est réversible et auto entretenue dans le temps [34]. Dans le corps, le tissu conjonctif est présent partout ; la manipulation structurelle s'applique donc à tous les tissus du corps: quand la manipulation s'intéresse au tissu articulaire vertébrale, elle est couramment nommée manipulation vertébrale, quand elle s'intéresse aux articulations périphériques on parle de manipulations articulaires, quand elle s'intéresse aux viscères et aux organes (également sous tendus par du TC), on parle de manipulations viscérales, quand elle s'intéresse au TC des sutures du crâne , on parle de manipulations crâniennes ou encore de manipulations des tissus « mous » lorsqu'elle s'intéresse aux muscles [86]. La main est utilisée à visée diagnostic et thérapeutique ; elle constitue un véritable outil modulable à destination de toutes ces structures. À noter que, les manipulations crâniennes et viscérales constituent des techniques propres à l'ostéopathie [82, 13].

Comme vu précédemment, la TMO utilise également les manipulations articulaires dans son apanage thérapeutique mais, ce n'est pas là, son seul crédo ! La TMO emploie dans son approche thérapeutique une multitude de possibilité de traitement et pioche dans leur boîte à outil la/les techniques appropriées pour répondre au besoin du patient. La TMO utilise notamment des techniques « hands on » (littéralement « avec les mains » : il s'agit de techniques manuelles réalisées par le praticien pendant lesquelles le patient est majoritairement passif), citons par exemple : les mobilisations articulaires passives, les manipulations articulaires, les mobilisations avec mouvements, les techniques neurodynamiques, etc...

Toutefois lorsque l'on compare les deux disciplines, l'exemple le plus marquant est que la TMO inclut l'utilisation de nombreux traitements non manuels. Ces traitements non manuels, appelés techniques « hands off », permettent « une véritable rééducation fonctionnelle, propre à la TMO et à la kinésithérapie. Citons par exemple : L'utilisation de mouvements actifs répétés (type McKenzie, exercice thérapeutique sous le contrôle du thérapeute), des exercices de tonification/ renforcement musculaire, la préconisation d'auto-étirements, des conseils relatifs au maintien de la posture, ou bien encore une éducation thérapeutique du patient à son problème, à sa douleur.

Si l'ostéopathe utilise principalement ses mains pour soigner le patient, le kinésithérapeute (thérapeute manuel) peut être amené, dans sa rééducation, à utiliser différents types d'instruments. (Ballon de Klein, des élastiques, des appareils de musculation, des orthèses (ex : kinésiotaping dans la technique Mulligan), un miroir (correction posturale), etc... Le thérapeute manuel complète souvent son traitement par la suggestion d'exercices à faire à domicile. "Le toucher" semble ainsi occuper une place beaucoup plus importante en ostéopathie qu'il ne peut avoir en TMO.

En ce qui concerne l'ostéopathie, le modèle EBP n'est à ce jour pas intégré à sa pratique. Le traitement mis en place lors de la prise en charge d'un patient ne repose pas sur des études scientifiquement validées. Bien que les résultats cliniques soient indéniables, le manque d'études, d'écrits et de preuves scientifiques dans le domaine est certain. L'ostéopathie, consciente de ce constat, exprime une véritable volonté de pallier ce manque. D'autant qu'à l'heure actuelle, par l'absence de preuves scientifiques, elle garde encore parfois un côté fantasque et extravagant aux yeux de la communauté scientifique. De même que face aux multiples courants de l'ostéopathie, et au manque d'unité de ceux-ci, l'ostéopathie peine à être normalisée au niveau mondial à la différence de la TMO.

9.4.2.4 Les indications de consultation.

Comme abordé précédemment, bien que les deux disciplines partagent une patientèle commune, elles ont également des indications qui leurs sont propres. Et notamment l'ostéopathie dont les indications ne se limitent pas aux troubles NMS. Si le terrain d'action de l'ostéopathie est le même que le terrain d'action de la TMO, l'inverse n'est pas vrai. L'ostéopathie, de par ses techniques qui lui sont propres, arbore des motifs de consultations plus étendus et notamment dans la sphère crânienne et viscérale (grandes absentes du traitement en TMO), il s'agit par exemple : de certains troubles du nourrisson (reflux gastro-oesophagien, torticolis congénital, plagiocéphalie, coliques, etc...) de troubles digestifs, de problèmes de la sphère ORL (otite, sinusite etc...). En dehors de ces différents troubles, d'autres motifs de consultation d'ordre plus généraux sont constatés tels que les troubles du sommeil, un sentiment d'inconfort, de stress ou d'anxiété ou la demande d'un bilan ostéopathique préventif [74]. Là où la TMO se limite aux troubles NMS, la palette d'action de l'ostéopathe couvre un éventail relativement large.

Cependant, si des différences majeures séparent les deux professions, plusieurs caractéristiques communes les rapprochent également [13]. S'agissant de professions de soins, elles partagent entre autres :

- Un ou plusieurs motifs de consultation communs et par voie de conséquence une patientèle commune.
- La prise en compte des facteurs psychologiques et sociaux du patient (modèle BPS).
- L'utilisation de techniques manuelles parfois identiques.
- Une volonté commune de responsabiliser le patient dans son propre processus de santé
- Un raisonnement clinique propre basé sur une anamnèse rigoureuse et un examen physique précis.
- La connaissance de la limite d'action de chaque discipline par la recherche des drapeaux rouges (nécessitant de référer le patient à un autre professionnel de santé plus adapté).
- Une volonté de travailler conjointement en partenariat avec l'ensemble des acteurs de la santé.
- Une approche centrée sur le patient.
- La dispense régulière de conseils d'hygiène de vie.
- Etc...

Le contact physique nécessaire dans la pratique de ces deux disciplines, ainsi que le traitement de pathologies communes et l'utilisation de techniques similaires sont autant d'éléments qui entretiennent l'apparente confusion de la TMO et de l'ostéopathie aux yeux du grand public. Si les manipulations articulaires sont effectivement présentes dans les deux disciplines, elles sont intégrées à des degrés différents en fonction de la formation suivie. Pour certaines formations, elles occupent une place prépondérante dans la thérapeutique, tandis que pour d'autres, elles sont utilisées de manière empruntées et ponctuelles. Alors si la motivation principale du MK est/ou reste d'apprendre les manipulations articulaires, qu'est ce qui peut, à l'heure d'aujourd'hui, l'inciter à s'orienter vers une formation en TM, très peu validée en France, très disparate dans leur contenu, et leur niveau d'exigence ? Personnellement, je définis la pratique des manipulations comme un art qui comme tout art, demande patience, rigueur, exigence, pour le porter à son plus haut niveau. Ainsi je ne m'explique pas les formations courtes en TM validées par le CNOMK, dans le sens ou même si les accidents au cours des manipulations sont extrêmement rares ils ne sont pas impossibles. La priorité restant la sécurité des patients : un processus d'apprentissage long et rigoureux me semble indispensable et inévitable.

10. CONCLUSION :

D'un point de vue personnel, malgré toutes les ressemblances et divergences évidentes entre les deux disciplines, je pense qu'il existe autant de façon d'enseigner et d'apprendre la TMO et/ou l'ostéopathie qu'il existe d'écoles ou de formations ! L'utilisation conjointe des manipulations articulaires ne suffit pas à faire de la TMO et l'ostéopathie des pratiques semblables. Les deux approches se différencient à plus d'un titre et notamment par l'apport de leur concept propre et de leur propre raisonnement clinique. Il appartient donc au thérapeute, qui souhaite s'engager dans l'une ou l'autre de ces formations, de le faire en son âme et conscience, en fonction de son intime conviction et de ses attentes.

Contrairement à nos collègues européens, la TMO s'immisce seulement en France. Tantôt appelée Thérapie Manuelle, Thérapie Manuelle Orthopédique ou bien encore Thérapie Manuelle NeuroMusculoSquelettique : ces différentes appellations témoignent des difficultés de la profession à définir clairement la TM tout en s'accordant et se regroupant sous un terme unique. L'absence de cadre législatif entourant la TM entraîne, comme ce fut le cas pour l'ostéopathie, la profusion des formations dans ce domaine avec pour conséquence une qualité très disparate de l'enseignement prodigué ainsi qu'un manque d'unité, d'uniformité et de cohésion évident du programme éducatif.

L'arrivée de la TMO sur le territoire français forcera-t-il le législateur à statuer sur ces disciplines afin de clarifier la situation ?

D'autre part et après toutes ces recherches, une question reste pour moi en suspens. Si au niveau mondial, la TMO par l'intermédiaire de l'IFOMPT, semble bien structurée et les programmes d'enseignements semblent clairs et bien définis ; en France, la situation est plus délicate, d'autant que bon nombre de formation en TM ou TMO prône et affiche au cœur de leur programme l'utilisation et l'enseignement des manipulations articulaires !

Le nerf de la guerre ne serait-il pas simplement une lutte pour obtenir le monopole des manipulations ?

Après l'opposition entre les médecins et les kinésithérapeutes, puis l'opposition entre les Ostéopathes Professionnels de Santé et les Ostéopathes Non Professionnels de Santé, ne serait-ce pas une nouvelle bataille qui commence, permettant aux kinésithérapeutes de récupérer une petite part du marché des manipulations ? De redonner un peu de crédit à la profession et de la revaloriser ?

Enfin et pour approfondir ce vaste sujet, il aurait été intéressant de mon point de vue d'obtenir le ressenti et le niveau de connaissance que présentent les professionnels de santé à ce sujet. D'une part, chez les kinésithérapeutes qui sont les principaux concernés du fait de la double orientation possible (ostéopathie ou TM), mais également chez les médecins généralistes (responsable en partie de l'orientation du patient vers l'un ou l'autre des thérapeutes).

Quoiqu'il en soit je pense que, l'important dans tout cela, n'est pas d'attribuer une médaille sur un podium. Chaque discipline produit des résultats, chacune présente une efficacité relative et respectueuse et chacune essaie d'apporter, à sa manière, une solution au patient.

L'ostéopathie et la kinésithérapie ne sont pas des sœurs ennemies mais peuvent apparaître complémentaires dans bien des situations.

11. BIBLIOGRAPHIE

Source bibliographique :

- [1] : Amoyel, J. (1989). La médecine manuelle, Comment soulager et guérir vos douleurs de la colonne vertébrale et des membres. Principes et indications de l'utilisation des mains en médecine. Dangles, 26-53.
- [2] : Bain, R., Beckmann, E., Millery, A., Pariaud, F., Vignaux, J.J. (2016). L'ostéopathie pour les nuls. Paris : First, 9-25.
- [3] : Beyerlein, C. (2008). Le concept Mulligan, Preuves cliniques et formation. Kinésithérapie la Revue, (82), 27-31.
- [4] : Bonneau, D. (2017). Thérapeutique manuelle. Dunod, 17-23.
- [5] : De Gendt, T., Desomer, A., Goossens, M., et al. (2010). Synthèse du rapport du CFE : Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. En ligne : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_148b_ostéopathie_et_chiropraxie_en_belgique_synthèse.pdf consulté le 2 novembre 2018.
- [6] : Demoulin, C., Depas, Y., Vanderthommen, M., et al. (2017). La thérapie manuelle orthopédique : Définition, caractéristiques et mise au point sur la situation en Belgique. Revue Médicale de Liège, (72), 126-131.
- [7] : Estrade, J.L. (2018, février). Histoire de la thérapie manuelle. Actu Kiné. En ligne : <https://www.actukine.com/histoire-de-la-therapie-manuelle-3/>, consulté le 26/03/2019.
- [8] : Ferbeck, G., Cromb, N. (2017, janvier). Les pratiques alimentaires d'aujourd'hui et de demain. Harris café.
- [9] : Fisette, P. (2012). Le concept Maitland à la lumière des neurosciences. Kiné Scientifique, (536), 25-30.
- [10] : Garcia, J.L. (2001, mars). Les manipulations du rachis : Définitions, histoire et place actuelle. La lettre du rhumatologue, (270). En ligne : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/2085.pdf>, consulté le 26/03/2019.
- [11] : Ghossoub, P., Dufour, X., Barette, G., Montigny, J.-P. (2009). Mobilisations spécifiques. Paris : Elsevier Masson, 1-2. Doi : 10.1016/S1283-0887(09)51494-6.
- [12] : Goldman, D., Rappoport G. (1988). Nouvelle thérapie manuelle : Le concept de Maitland ; Examen, évaluation et traitement par le mouvement passif. Annale Kinésithérapie, Masson, 15(6), 285-288.
- [13] : Hidalgo, B., Demoulin, C. (2019). Analyse comparative entre la thérapie manuelle orthopédique et l'ostéopathie : Une mise au point sur la situation en Belgique. Revue Médicale de Liège, (74), 204-211.
- [14] : Houdeleck, J., De Mare J. (1994). L'historique des manipulations, Les manipulations vertébrales. Masson : Collection de Pathologies Locomotrices, (29), 1.

- [15] : Joly, S. (2016). Evolution du statut des ostéopathes exclusifs en France. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme en Ostéopathie, p 45. En ligne : <https://www.fero-science.com/wp-content/uploads/2017/09/Simon-JOLY.pdf> consulté le 06/09/2018.
- [16] : Litre, E. (1844). Des articulations : argument, in. Œuvres complète d'Hippocrate :Tome IV. J-B Bailliere. En ligne : <http://remacle.org/bloodwolf/en/dits/Hippocrate/articulations.htm> consulté le 20/02/2018.
- [17] : Maheu, E., Chaput, E., Goldman, D. (2014). Concepts et histoire de la thérapie manuelle orthopédique. Paris : Elsevier Masson. Doi : 10.1016/S1283-0887(14)62248-9
- [18] : Monet, J. (2003). Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle : Une spécialité médicale impossible. Thèse pour le doctorat en sociologie. En ligne : <http://www.biussante.parisdescartes.fr/histoire/asclepiades/monet.php> Consulté le 05/04/2018
- [19] : Moret-Bailly, J. (2009). L'ostéopathie : profession de santé ou activité de soins ? Revue de droit sanitaire et social, Sirey, Dalloz, 290-300.
- [20] : Pettman, E. (2007). A history of manipulative therapy, Journal of Manual and Manipulative Therapy. 15(3), 165-174. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih>, consulté le 20/02/2018.
- [21] : Pilate, P. (2013). Le grand livre de l'ostéopathie. Paris : Eyrolles, p11.
- [22] : Pommerol, P. (2018, avril). Démarche diagnostique en thérapie manuelle (1ere partie). Kiné Scientifique, (597), 49-51.
- [23] : Remondière, R. (1994). L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946), Les cahiers du centre de recherches historiques. En ligne : <http://journals.openedition.org/ccrh/2753> consulté le 06 septembre 2018.
- [24] : Remondière, R. (2008). Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie. Elsevier Masson. Doi : 10.1016/S1283-0887(08)49478-1.
- [25] : Pickover, C. (2018). 1600 avant J.C : Le papyrus chirurgical Edwin Smith. Dossier- Les plus grandes découvertes en médecine. En ligne : <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-plus-grandes-decouvertes-medecine-1830/page/3/>
- [26] : Rutkow, I-M. (1998). *American Surgery: An Illustrated History*. Hardcover, 24.
- [27] : Sagi, G., Boudot, P., Vandeput, D. (2011). Méthode McKenzie : Diagnostic et thérapie mécanique du rachis et des extrémités. Elsevier Masson. Doi : 10.1016/S1283-0887(11)56660-5.
- [28] : Senat, session ordinaire de 2012-2013, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé. Tome I : rapport, N°480.
- [29] : Shacklok, M. (2012). Le concept neurodynamique, Partie I : origines et principes de base. Kinésithérapie la revue, (122), 17-21.

- [30] : Shacklok, M. (2012). Le concept neurodynamique, Partie II : les tests diagnostiques neurodynamiques. Kinésithérapie la revue, (123), 17-23.
- [31] : Still, A.T., traducteur Tricot, P. (2017). Autobiographie du fondateur de l'ostéopathie. Sully, Vannes.
- [32] : Sutherland, W.G. (2008). La coupe crânienne, Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien. Sully, Vannes, p. 119. Traduction revisitée par Henri O. Louwette (ostéopathe).
- [33] : Sutherland, A.S. (2008). Avec des doigts qui pensent, Textes fondateurs de l'ostéopathie dans le champ crânien. Sully, Vannes, p.40. Traduction revisitée par Henri O. Louwette.
- [34] : Terramorsi, J.F. (2013). Ostéopathie Structurale, Lésion structurée-Concepts structurants. Eollennes-Gepro. Bastia, Monthey, p. 28-266.
- [35] : Trudelle, P. (2011). Les étudiants se posent des questions sur la thérapie manuelle, entretien de la FNEK avec Pierre Trudelle. Kinésithérapie la revue, (111), 4 -16.
- [36] : Trudelle, P. (2011). Suite à l'article "La thérapie manuelle devrait être le combat des kinésithérapeutes dans le concert des manipulations". Kinésithérapie la revue, (111), 53-54.

Source internet :

- [37] : Rolland A., Tarayoun T., (2017). Qui est prêt à payer davantage pour un produit vert ? En ligne : <https://www.actu-environnement.com/media/pdf/news-28215-enquete-produit-vert.pdf>, consulté le 10 janvier 2018.
- [38] : Wikipédia. La thérapie manuelle. En ligne : https://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9rapie_manuelle, consulté le 08/02/2018.
- [39] : Krempp G., (2017). Les Français consomment des produits "verts" pour des raisons écologiques. En ligne : <https://www.actu-environnement.com/ae/news/francais-consomment-produits-verts-raisons-ecologique-affichage-environnemental-28215.php4>, consulté le 15.02.2018.
- [40] : Le point. (2014). Six Français sur dix inquiets des effets de l'alimentation sur leur santé. Source AFP. En ligne : http://www.lepoint.fr/sante/six-francais-sur-dix-inquiets-des-effets-de-l-alimentation-sur-leur-sante-26-06-2014-1841054_40.php, consulté le 15.02.2018.
- [41] : Barry C., Falissard B., (2012). Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. En ligne : https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteOsteopathie_2012.pdf, consulté le 01/03/2018.
- [42] : Ostéopathie et démographie, combien d'ostéopathes en 2020 ? (2019). En ligne : <https://blog.osteodispo.fr/osteopathie-et-demographie-combien-dosteopathes-en-2020/>, consulté le 03/02/2019.

- [43] : Wikipédia. (2019). Gravure par Georg Paul Busch. En ligne : https://fr.wikipedia.org/wiki/Claude_Galen, consulté le 28/03/2019.
- [44] : Luciani, J. Histoire de la médecine manuelle-ostéopathie. En ligne : <https://sites.google.com/view/ciermmo/histoire-de-la-mmo>, consulté le 28/03/2019.
- [45] : Wikipédia. (2019). Photographie AT Still. En ligne : https://fr.wikipedia.org/wiki/Andrew_Taylor_Still, consulté le 28/03/2019.
- [46] : Duraffourg M., Vernerey M., (2010). Le dispositif de formation à l'ostéopathie. En ligne : <https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/actualite/6584-Rapport-IGAS-Le-dispositif-de-formation-osteopathie-avril-2010.pdf>, consulté le 12/04/2019.
- [47] : Décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation. JORF n°73 du 27 mars 2007. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000644998&categorieLien=id>, consulté le 12/04/2019.
- [48] : LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFARTI000020879722>, consulté le 12/04/2019.
- [49] : Un nouveau cadre réglementaire pour une formation officielle dès la rentrée 2015. (2015). En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/osteopathie/osteopathie>, consulté le 12/04/2019.
- [50] : Décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029449275&categorieLien=cid>, consulté le 12/04/2019.
- [51] : Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie. JORF n°0289 du 14 décembre 2014. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029894161&categorieLien=id>, consulté le 12/04/2019.
- [52] : Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie. JORF n°0289 du 14 décembre 2014. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029894219&categorieLien=id>, consulté le 12/04/2019.
- [53] : Arrêté du 12 décembre 2014 relatif aux dispenses d'enseignement susceptibles d'être accordées en vue de la préparation au diplôme permettant d'user du titre d'ostéopathe. JORF n°0289 du 14 décembre 2014. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029894273&categorieLien=id>, consulté le 12/04/2019.
- [54] : Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. JORF n°73 du 27 mars 2007. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000462001&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté le 12/04/2019.

- [55] : Article R4321-7. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913989&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>, consulté le 12/04/2019.
- [56] : LOI n° 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé (1). JORF n°0047 du 25 février 2014. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028652182&categorieLien=id>, consulté le 18/04/2019.
- [57] : Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. JORF n°0169 du 22 juillet 2016 En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922455&categorieLien=id>, consulté le 18/04/2019.
- [58] : L'IFOMPT et les associations membres reconnues. En ligne : https://www.omt-france.fr/L-IFOMPT-et-les-associations-membres-reconnues_a49.html, consulté le 12/09/2019.
- [59] : Charte de l'ordre relative aux organismes de formation. En ligne : <http://www.ordremk.fr/e-suls-kinesitherapeute/formation/charte-de-lordre-relative-aux-organismes-de-formation/>, consulté le 12/09/2019.
- [60] : Avis du conseil national de l'ordre du 18 décembre 2014 relatif aux « manipulations articulaires ». En ligne : <http://deontologie.ordremk.fr/wp-content/uploads/2016/02/AVIS-CNO-n%C2%B02014-06-CNO-DU-17-ET-18-DECEMBRE-2014-RELATIF-AUX-MANIPULATIONS-ARTICULAIRES.pdf>, consulté le 12/09/2019.
- [61] : Cour d'appel de Montpellier, 1ère chambre c, 28 février 2017, n° 14/07558. En ligne : <http://www.doctrine.fr>, consulté le 05/10/2019.
- [62] : Le code de la santé publique, quatrième partie : les professionnels de santé. En ligne : <http://www.code-sante-publique.fr/partie-reglementaire-s6112927/quatrieme-partie-professions-sante-s6132386/>, consulté le 05/10/2019.
- [63] : https://www.osteopathe-syndicat.fr/presse-et-osteopathie/sfdo-infos/doc_download/68-sfdo-infos-nd3-juillet-2009.html, consulté le 05/10/2019.
- [64] : Arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins. JORF n°0130 du 8 juin 2018. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037032490&categorieLien=id>, consulté le 06/10/2019.
- [65] : Combien coûte une séance d'ostéopathie ? (2016). <https://www.osteopathe-syndicat.fr/tarif-osteopathe>, consulté le 07/10/2019.
- [66] : Les missions de l'ordre. En ligne : <http://www.ordremk.fr/ordre/nos-missions/>, consulté le 07/10/2019.

- [67] : Accès direct au kinésithérapeute et comment bénéficier de soins de kinésithérapie sans prescription médicale : le cas de l'urgence. Note juridique du Conseil National. (2017). En ligne : http://publications.ordremk.fr/2017/79/Urgence_kinesitherapie.pdf, consulté le 07/10/2019.
- [68] : Arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins. JORF n°0130 du 8 juin 2018. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037032490&categorieLien=id>, consulté le 15/10/2019.
- [69] : Santé, jeunesse et sport. Question publiée au JO. (2008). En ligne : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-19137QE.htm>, consulté le 15/10/2019.
- [70] : Etude statistique du métier d'ostéopathe en 2018 – Etude statistique du métier d'ostéopathe. EMOst. (2018). En ligne : <http://www.lejournal.osteopathie-recherche.fr/index.php/statistiques-sondages/emost-2018-etude-du-metier-d-osteopathe-en-2018/18-3-contexte-economique>, consulté le 15/10/2019.
- [71] : Benchmarks for training in Osteopathy. World Health Organization. (2010). En ligne : <https://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf>, consulté le 2/11/2019.
- [72] : Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie. JORF n°0289. (14 décembre 2014). En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-11/ste_20140011_0000_0098.pdf, consulté le 02/11/2019.
- [73] : Qu'est-ce que l'ostéopathie ? Les définitions de l'ostéopathie. (2018) en ligne : <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-definition>, consulté le 02/11/2019.
- [74] : En ligne : <https://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2015/08/Etude-MOST.pdf>, consulté le 02/11/2019.
- [75] : International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT). En ligne : <http://www.ifompt.org/About+IFOMPT.html>, consulté le 2 /11/ 2019.
- [76] : Brismée JM., (2011). L'approche Cyriax en Thérapie Manuelle. En ligne : https://www.kpten.fr/L-approche-Cyriax-en-Therapie-Manuelle_a142.html, consulté le 03/01/2020.
- [77] : Maheu E., (2011). L'approche Maitland. En ligne : https://www.kpten.fr/L-approche-Maitland_a144.html, consulté le 03/01/2020.
- [78] : Beernaert A., (2011). L'approche Kaltenborn en thérapie manuelle. En ligne : https://www.kpten.fr/L-approche-Kaltenborn-en-Therapie-Manuelle_a143.html, consulté le 03/01/2020.
- [79] : Pitance L., (2011). Le concept Mulligan, principes de bases et évidences scientifiques. En ligne : https://www.kpten.fr/Le-concept-Mulligan-principles-de-bases-et-evidences-scientifiques_a145.html, consulté le 03/01/2020.
- [80] : Guide pratique de la NGAP en masso-kinésithérapie. (2020). En ligne : https://www.ameli.fr/sites/default/files/guide_pratique_de_la_ngap_en_masso-kinesitherapie_assurance_maladie_sura-janvier_2020_cpam-sin_0.pdf, consulté le 14/01/2020

[81] : Pour une kinésithérapie qui répond aux besoins de la population, les propositions de l'Ordre. (2017). En ligne : <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/06/brochure-presidentielle.pdf>, consulté le 14/01/2020.

[82] : Etude statistique du métier d'ostéopathe en 2018. (2018). En ligne : <http://www.lejournal.osteopathie-recherche.fr/index.php/statistiques-sondages/emost-2018-etude-du-metier-d-osteopathe-en-2018>, consulté le 14/01/2020.

[83] : Cagnie B., (2011). Le modèle planétaire, raisonnement clinique. En ligne : https://www.kpten.fr/Le-modele-planetaire-raisonnement-clinique_a155.html, consulté le 20/03/2020.

[84] : Dufour X., (2020). Accès direct, critères d'exclusions. En ligne : <https://www.itmp.fr/rechercher-les-drapaux-rouges/>, consulté le 23/03/2020.

[85] : De Lasteyrie P., (2009). La lésion ostéopathique ou dysfonction somatique. En ligne : <https://www.diagnoteo.com/la-lesion-osteopathique-ou-dysfonction-somatique/>, consulté le 23/03/2020.

[86] : Terramorsi, JF. Le modèle de la lésion structurelle. En ligne : <https://www.concept-structurel.ch/manipulation-structurelle/> consulté le 23/03/2020.

[87] : Une critique de l'EBP. (2017). En ligne : <http://blogdukine.fr/une-critique-de-lebp/>, consulté le 23/03/2020.

[88] : Evidence Based practice. SFP-Diffusion EBP. (2017). En ligne : <https://www.physioformation.com/single-post/2016/08/09/This-is-the-title-of-your-post-1>, consulté le 23/03/2020.

[89] : Historique maison de la thérapie manuelle. En ligne : <http://www.mtm-osteopathie.fr/historique>, consulté le 17/04/2020.

[90] : Olson K., (2016). Abridged version of IFOMPT History. En ligne : <https://www.ifompt.org/About+IFOMPT/History.html>, consulté le 17/04/2020.

[91] : Formation « thérapie manuelle ». Ssk Formation. En ligne : https://ssk-formation.com/formation/therapie-manuelle/#formation_accroche, consulté le 28/04/2020.

[92] : En ligne : <https://www.kineosteoparis12.com/tarifs-et-remboursement>, consulté le 01/05/2020.

[93] : Article L.372 du code de la santé publique. JORF (1962). En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/lo/pdf.do?id=JORFTEXT000000802880&pageCourante=0111>, consulté le 22/05/2020.

Cours :

[94] : Issu de cours de formation continu organisé par Physioswiss. En ligne : www.physioswiss.ch/tribourg/formation-continue/liste-des-cours12.htm, consulté le 23/03/2020.

[95] : Diolot, B. Cours magistral dispensé à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes.



12. ANNEXES :

12.1. Annexe 1 : répartition du titre d'ostéopathe selon les différentes catégories professionnelles

Porteurs du titre d'ostéopathe	Nombres		Pourcentage	
	Janvier 2019	Juillet 2019	Janvier 2019	Juillet 2019
Biologistes	10 285	944,29	87,67	86,97
Pharmaciens hospitaliers	1546	1910	4,9	4,98
Magasiniers-ostéopathes	47	49	0,15	0,15
Praticiens hospitaliers-ostéopathes	10 098	103,75	51,98	21,04
Dentistes-ostéopathes	374+1	380 11	1,17	1,19
Podologues-ostéopathes	102	105	0,5	0,32
Chirurgiens dentistes-ostéopathes	5	5	0,01	0,01
Dryothérapeutes-ostéopathes	21	22	0,07	0,07
Orthophonistes-ostéopathes	11	11	0,04	0,03
Audioprothésistes-ostéopathes	1	1	0,003	0,001
Manipulateurs (FR) ostéopathes	10	11	0,03	0,01
Opticiens-lunetiers-ostéopathes	15	16	0,05	0,01
Orthopédiste-orthésiste-ostéopathe	1	1	0,003	0,001
Orthoptistes-ostéopathes	1	2	0,009	0,01
Psychologues-ostéopathes	24	27	0,08	0,08
Psychomotriciens-ostéopathes	25	24	0,07	0,07
Coordinateurs de laboratoire-ostéopathes	18	17	0,05	0,05
Coordinateurs de laboratoire d'ostéopathe	1	2	0,004	0,008
Statisticiens-ostéopathes	1	2	0,004	0,008
Associés des laboratoires d'ostéopathes	2	4	0,006	0,01
Manipulateurs-ostéopathes	1	19	0,004	0,05
TOTAL	31574	31950		

<https://ineps.org/demographie-des-porteurs-du-titre-dosteopathe-demographie-des-experts-judiciaires-osteopathes-analyse-et-perspectives-juillet-2019/>

12.2. Annexe 2 : L'IFOMPT

L'IFOMPT est le regroupement international des physiothérapeutes/kinésithérapeutes spécialisés en thérapie manuelle orthopédique (TMO).

Les buts de l'IFOMPT sont pour rappel [58]:

- « -promouvoir et maintenir des standards de haut niveau pour la pratique clinique et l'enseignement en TMO
- promouvoir et faciliter la pratique basée sur les preuves et la recherche parmi ses membres
- communiquer largement sur l'objectif et le niveau de spécialisation en physiothérapie/kinésithérapie musculosquelettique parmi les physiothérapeutes/kinésithérapeutes, les autres professions de santé et le public.
- Travailler à la conformité internationale des normes d'enseignement de la pratique en TMO. »



Source : https://www.omt-france.fr/L-IFOMPT-et-les-associations-membres-reconnues_a49.html

L'IFOMPT compte 22 organisations membres (en rouge) et 16 groupes d'intérêts (en passe de devenir membre).

Ces organisations ont des programmes de formation certifiés conformes aux standards d'enseignement de l'IFOMPT.

En France, l'association OMT-France regroupe les kinésithérapeutes ayant suivi une formation en TMO (conforme au standard de l'IFOMPT), elle compte pour l'heure une centaine de professionnels.

INTERVIEW

M. PAUL GENY INITIATEUR DE L'OSTÉOPATHIE EN FRANCE POUR LES NON-MÉDECINS



M. Paul Gény

Interview de M. Paul Gény, fondateur de l'Association Française des Ostéopathes Exclusifs (AFOE) et initiateur de l'ostéopathie en France pour les non-médecins.

Comment avez-vous commencé à vous intéresser à l'ostéopathie ?
C'est en 1952, lors de mon séjour en Angleterre, que j'ai découvert l'ostéopathie. C'est un homme, un médecin, qui m'a présenté cette discipline. J'ai été très intéressé par ce qu'il m'a dit et j'ai commencé à lire sur le sujet.

Quelle a été votre première expérience ?
C'est en 1953 que j'ai commencé à pratiquer l'ostéopathie. J'ai d'abord travaillé en tant que médecin généraliste, puis j'ai décidé de me consacrer entièrement à l'ostéopathie.

Comment avez-vous commencé à enseigner l'ostéopathie ?
C'est en 1954 que j'ai commencé à enseigner l'ostéopathie. J'ai d'abord donné des cours particuliers, puis j'ai créé une école d'ostéopathie en 1957. Cette école a été la première école d'ostéopathie en France pour les non-médecins.

Quelle a été votre contribution à l'ostéopathie en France ?
C'est en 1957 que j'ai fondé l'Association Française des Ostéopathes Exclusifs (AFOE). Cette association a permis de regrouper les ostéopathes exclusifs en France et de défendre leurs intérêts.

Comment avez-vous commencé à vous intéresser à l'ostéopathie ?

C'est en 1952, lors de mon séjour en Angleterre, que j'ai découvert l'ostéopathie. C'est un homme, un médecin, qui m'a présenté cette discipline. J'ai été très intéressé par ce qu'il m'a dit et j'ai commencé à lire sur le sujet. J'ai commencé à pratiquer l'ostéopathie en 1953. J'ai d'abord travaillé en tant que médecin généraliste, puis j'ai décidé de me consacrer entièrement à l'ostéopathie.

Quelle a été votre première expérience ?

C'est en 1953 que j'ai commencé à pratiquer l'ostéopathie. J'ai d'abord travaillé en tant que médecin généraliste, puis j'ai décidé de me consacrer entièrement à l'ostéopathie. J'ai créé une école d'ostéopathie en 1957. Cette école a été la première école d'ostéopathie en France pour les non-médecins.

Quelle a été votre contribution à l'ostéopathie en France ?

Comment avez-vous commencé à vous intéresser à l'ostéopathie ?

C'est en 1952, lors de mon séjour en Angleterre, que j'ai découvert l'ostéopathie. C'est un homme, un médecin, qui m'a présenté cette discipline. J'ai été très intéressé par ce qu'il m'a dit et j'ai commencé à lire sur le sujet.

Quelle a été votre première expérience ?

C'est en 1953 que j'ai commencé à pratiquer l'ostéopathie. J'ai d'abord travaillé en tant que médecin généraliste, puis j'ai décidé de me consacrer entièrement à l'ostéopathie. J'ai créé une école d'ostéopathie en 1957. Cette école a été la première école d'ostéopathie en France pour les non-médecins.

Quelle a été votre contribution à l'ostéopathie en France ?

C'est en 1957 que j'ai fondé l'Association Française des Ostéopathes Exclusifs (AFOE). Cette association a permis de regrouper les ostéopathes exclusifs en France et de défendre leurs intérêts.



12.5. Annexe 5 : Liste des organismes proposant une formation en TM

Formations en thérapie manuelle recensées par ordre d'apparition dans le moteur de recherche Google en date du 25 Juin 2019 :

- Formations Michel Lidoreau
- L'Institut de Thérapie Manuelle et de physiothérapie (**ITMP**)
- Kinésithérapie, Physiothérapie, Thérapie Manuelle, Evidence-Based, Network (**Kpten**)
- Institut National de la Kinésithérapie (**Ink-formation**)
- Formation continue en kinésithérapie du sport (**Kinesport**)
- Santé, sport et kinésithérapie (**Ssk-formation**)
- **Kine-formations**
- Centre d'Enseignement en Thérapie Manuelle (**CETM**)
- **TM institute**
- **Ostéopathie-auvergne**
- **Assas formation continue**
- Enseignement Permanent Kinésithérapie (**epkmontpellier**)
- Maison de la Thérapie Manuelle (**MTM-Ostéopathie**)
- **GEM-K**
- Cercle d'Etudes Kinésithérapie Centre Bretagne (**CEKCB**)
- Institut supérieur de thérapie manuelle (**ISTM**)
- **Degasquet**
- Institut de Formation aux Métiers du Sport et de la Santé (**IFM2S**)
- Pascal Pommerol Formation (**PLP Formation**)
- Institut Supérieur de Thérapeutique Manuelle (**ISTM**)
- **Kine-lille-formation**
- Organisme de formation continue en kinésithérapie (**Allister**)
- Formation post-graduée en thérapie manuelle et ostéopathie (**Ostéopathie-OPHEMA**)
- Art de Soigner Avec les Mains (**Asam-formation**)
- Institut de formation continue en kinésithérapie (**évolution kiné**)
- Cercle d'Etudes Vendée - Atlantique de Kinésithérapie (**CEVAK**)
- Office National de Recherche et d'Enseignement en Kinésithérapie (**ONREK**)

INFORMAZIONE	INIZIO	Modello di business
	INIZIO	"Business Model Canvas"
	INIZIO	<p>Il business model rappresenta un'ipotesi su come un'azienda creerà, distribuirà e catturerà il valore. È un modello di business che descrive come un'azienda creerà, distribuirà e catturerà il valore. È un modello di business che descrive come un'azienda creerà, distribuirà e catturerà il valore.</p> <p>https://www.businessmodelcans.com/</p>
UNO DEI VANTAGGI	INIZIO	<p>Il business model è un'ipotesi su come un'azienda creerà, distribuirà e catturerà il valore. È un modello di business che descrive come un'azienda creerà, distribuirà e catturerà il valore. È un modello di business che descrive come un'azienda creerà, distribuirà e catturerà il valore.</p> <p>https://www.businessmodelcans.com/</p>

12.7. Annexe 7: Charte du CNOMK relative aux engagements des organismes de formation



Nom de l'organisme :

Ordre des Masseuses Kinésithérapeutes

Chambre de 2014



Chambre de 2014

**DIVERT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEUSES KINÉSITHÉRAPEUTES
RELATIVE AUX ENGAGEMENTS DES ORGANISMES DE FORMATION**

Il est convenu entre les parties que :

Le Conseil National de l'Ordre des Masseuses Kinésithérapeutes (CNOMK) a pour objet de promouvoir, soutenir et défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute.

Il a pour :

1. objet de représenter les membres

2. de défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute.

- 1. Il est convenu entre les parties que le CNOMK a pour objet de promouvoir, soutenir et défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute.
- 2. Il a pour :
 1. objet de représenter les membres
 2. de défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute.
- 3. Il est convenu entre les parties que le CNOMK a pour objet de promouvoir, soutenir et défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute.
- 4. Il est convenu entre les parties que le CNOMK a pour objet de promouvoir, soutenir et défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute.

Le CNOMK a pour objet de promouvoir, soutenir et défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute. Il a pour :

1. objet de représenter les membres
2. de défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute.

Il est convenu entre les parties que le CNOMK a pour objet de promouvoir, soutenir et défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute.

Le CNOMK a pour objet de promouvoir, soutenir et défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute.

Il est convenu entre les parties que le CNOMK a pour objet de promouvoir, soutenir et défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute.

Il est convenu entre les parties que le CNOMK a pour objet de promouvoir, soutenir et défendre les intérêts de la profession de masseuse kinésithérapeute.



12.8. Annexe 8 : Avis du CNO n° 2014-06 relatif aux « manipulations articulaires »



Ordre des masseurs kinésithérapeutes

Colex : 04 69 21 11 00 / 02 42 96 20 00 / 09 82 20 94 90

AVIS – CNO n° 2014-06

DEONTOLOGIE

**AVIS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DU 18
DECEMBRE 2014 RELATIF AUX « MANIPULATIONS
ARTICULAIRES ».**

Vu les articles L 4321-1, L4321-1, R4321-1, R4321-7, R 4321-42 et D 4321-69 du code de la santé publique,
Vu l'article 4 du I l'article 2 du décret 1962 (article 20 de D1).

Avec en ce qui concerne le conseil national brenda l'exécution :

Le kinésithérapeute professe l'assouplissement des articulations, de façon manuelle ou instrumentale qui ont pour but de prévenir, faciliter ou développer les capacités fonctionnelles de l'individu à travers son et les qualités sensorielles de la stabilité ou d'y apporter. Il agit notamment à cette fin les manipulations articulaires manuelles d'extension des manœuvres habiles.

La définition internationale de des manipulations que donne l'International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT) du sein de la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) est :

« A passive, high velocity, low amplitude thrust applied to a joint or area within its anatomic limit with the intent to restore optimal motion, function, posture or reduce pain after the production of a passive passive, de force > 0.5 to 2.0 per cent amplitude, applied after one or several minutes after mobilization with the use of either manual or mechanical force. See also: [http://www.ifompt.com](#) »

Il ne s'agit de cette définition aucune notion de « manœuvres habiles ».

Dans ces conditions précitées et conformes aux dispositions de l'article R 4321-69, le kinésithérapeute est autorisé à pratiquer les manipulations non forcées de toutes les articulations. Concomitamment à l'article R4321-62 la pratique de ces manipulations est limitée aux respect les standards internationaux produits par une discipline fondée sur les preuves scientifiques (Evidence Based Practice).

Toutefois, conformément aux mouvements décrits et décrits le problème dans les limites de l'article R4321-69 de la loi de 1962 (article 20 de D1).

En Breizh, le 18 décembre 2014, le conseil national brenda l'exécution.

12.10. Annexe 10 : Les organismes de formation en TM questionnés par mail

Mail envoyé en date du 08/09/2019 aux organismes de formation en thérapie manuelle, référencés sur le site du CNOMK

« Bonjour Mme, Mr,

Je me permets de venir vers vous car, intéressée par la thérapie manuelle, j'ai trouvé votre formation sur le site du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

J'aimerais si possible avoir quelques informations supplémentaires sur votre formation.

- Qu'appellez-vous « Thérapie Manuelle » ? car c'est un terme générique qui peut dire beaucoup et peu de chose à la fois.
- Enseignez – vous les manipulations ostéo-articulaires ? L'orientation de la formation est-elle plutôt fonctionnelle ou structurelle ?
- Pourriez-vous m'envoyer votre programme détaillé svp ?
- Combien sommes-nous par formation (mini/maxi) ? Pour combien de formateurs ?
- Enfin j'aimerais savoir le nombre d'heures de formation et leurs répartition dans l'année ?
- Ainsi que le coût svp ?

En espérant avoir une réponse rapide de votre part,

Merci d'avance pour l'attention que vous porterez à mon mail,

Cordialement

Melle AHMED Modesty

MKDE. »

Bruno PERRE

Physikalische Formeln
65 rue Feinbaustr. apt. 22
80 000 Annem
NCL 754 887 418 Annem
r/yser 22 80 01682 80
Steuerkz DPC 5400
tel 36 41 78 44 08
bruno@bruno.fr

RE: demande d'informations**CERC3 <contact@cerc3>**

Au 20/11/2019 10:17

À: rodery.arnaud@aggrn00.fr

Bonjour

Il s'agit des formations

THERAPE MANUELLE DU RACHIS par Jean De Laere

THERAPE MANUELLES DES TISSUS CONJONCTIFS par Jean De Laere

THERAPE MANUELLE DES TISSUS CONJONCTIFS par Véronique De Laere

Cordialement

CERC3

BP 61187

34038 Fosduoy

Tél. : 07 67 25 17 83 – 06 30 24 68 80

N° agrément : 5300243054

contact@cerc3

—

Exercice

Pour répondre à ces questions :

Qu'appelle-t-on l'anneau matriciel ? ou : est un terme générique qui peut être l'ensemble et peut être plus à la fois. L'agil de manipuler cette structure ? (matrice ou non en croquet ?) (orientation de la fonction est elle plutôt fonctionnelle ou structurale ?)

<http://www.fknl.fr/ressources/formation-maths>

• Pourquoi nous a-t-on mis votre programme détaillé sur ?

<http://www.fknl.fr/ressources/formation-maths>

• Quelles autres vues par formules (pré-choix) ? Pour choisir de formules ?

La formation est formée à 3 participants (total) et 2 participants (total) dans un formulaire.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Merci MATHS2020

L'anneau FKNL

TE A.A. Kintzys Grand

50000 Lancy

03.81.08.01.00 / 03.22.81.26.47



spécificité en formation TM**Pascal Porrecaud** - pascal.porrecaud@orange.fr

Lyon 2 | 69622 | 07 83 50 11 00

A - porrecaud@orange.fr - porrecaud@orange.fr**C** - porrecaud@orange.fr - porrecaud@orange.fr**B** - porrecaud@orange.fr

Rue TM and 11-21yell

Dujoyat Marie, SR

Je vous conseille de me téléphoner pour le programme pédagogique ainsi le descriptif

12.12. Annexe 12 : Avis du CNO relatif aux touchers pelviens et aux manipulations articulaires

Extrait de « mon ordre officiel » petit journal N°28 du 3eme trimestre, p 13-14 :

« www.mds.lamondc.fr »



LES AVIS DU CONSEIL NATIONAL

Le Conseil national prend connaissance des avis sur des pratiques qui peuvent poser question dans le cadre de l'exercice professionnel des praticiens. Ces avis sont en fait et garantis pour les praticiens qui s'y conforment, qu'ils soient dans les meilleures conditions de qualité, de sécurité et d'éthique. Outre ces avis, le Conseil national en fait une liste de pratiques, pour aux et garantir que les actes soient conformes aux données de la science pour leurs patients. Praticiens, sachez que le Conseil national est responsable d'entretenir la reconnaissance de son président du professionnel, l'ordre étant chargé de veiller à l'application des règles déontologiques. Le Conseil d'Etat, par son arrêté, a reconnu au Conseil national, la compétence d'initier des avis concernant une source de droit sociale.

11



MASSEURS KINESITHERAPEUTES REDUCATEURS – 8690 E (suite)

II. Thématiques et plafonds de prise en charge sur fonds spécifiques

(dans la limite des fonds de la Haute-Savoie, quelle que soit la date)

La prise en charge des thématiques listées ci-dessous ne vient pas en déduction de votre budget annuel 2023

Thématique	Plafond de prise en charge
Formation de longue durée <ul style="list-style-type: none"> - 100 heures de formation continue - 20 heures de formation continue dans les 6 mois de prise en charge d'un acte professionnel - 100 heures de formation continue 	Plafond de prise en charge de 1700 € ou équivalent en formation, soit 17 500 € par professionnel (hors formations à l'étranger) et 1000 € par professionnelle (hors formations à l'étranger)
AJC (validation des actes d'aptitude) (hors formations de longue durée)	Prise en charge à coût réel personnel à hauteur de 1000 € par professionnel
Missions complémentaires <ul style="list-style-type: none"> - Une prise en charge pour acte de 	Plafond de prise en charge professionnelle à 1000 € par professionnel
Formation des enseignants (hors prise en charge pour les 3 ans de formation continue de longue durée et de formation de longue durée de prise en charge)	Prise en charge à coût réel personnel à 1000 €, soit 10 000 € par jour et par professionnel
Perte d'emploi ou de dispense ou de AJC	Plafond de prise en charge professionnelle à 1000 € par jour, soit 4 jours par année par professionnel

Remarque

- tout dépense supplémentaire en matière de matériel, de services particuliers, de modes de transport de personnes, par exemple, sera à la charge de l'usager
- tout déplacement à l'étranger sera à la charge de l'usager et de l'organisme de formation de destination

Remarque : pour les dépenses de formation se rapportant à l'ensemble du personnel par le PFR, le coût des dépenses de formation pour les professionnels



HONORAIRES

Monsieur/Madame (Prénom, NOM) Medecin AFMK et masseur-kinésithérapeute*

- (1) Titulaire de diplôme d'Etat français de masseur-kinésithérapeute et inscrit(e) au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sous le numéro _____

De

- (1) titulaire d'une autorisation d'exercice et inscrit(e) au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sous le numéro _____
 (2) il/elle a obtenu le remboursement de ses frais de formation de _____ délivré par l'établissement de _____

De

- (1) en exercice sous le régime de la libre prestation de services et enregistré(e) auprès du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sous le numéro _____

Votre masseur-kinésithérapeute a assuré une couverture d'assurance en titre de la responsabilité civile professionnelle auprès de la compagnie d'assurance _____ sous le numéro de contrat _____

Votre masseur-kinésithérapeute est conventionné(s) et professe des honoraires conformes aux tarifs de la tarification sociale.

Ces tarifs ne peuvent être dépassés, sauf en cas d'urgence exceptionnelle de votre part concernant l'urgence ou le lieu des actes pratiqués, ou en cas de non-respect de part ou de votre la facturation de dépassements d'honoraires est cependant limitée pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), et de l'ordre ou personnel d'une complémentaire santé (ACS).

Tous peuvent vous être facturés dès lors correspondent à une prestation de soins rendus. Le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins ne peut vous être imposé.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez consulter l'annexe sur site Internet www.afmk.fr

ACTES DE MÉDECINS ET SOINS LES PLUS COMMUNEMENT PRIXÉS**

	Honoraires en euros	Taux de remboursement des actes et soins pris en charge par l'Assurance Maladie		
		Cas général	ACU / AI-MF / Maladies / EIO	CMU-C / ACS
Consultation ¹		40%	100%	100%

* Carte de votre compétence à votre adresse d'exercice

** Ces tarifs des honoraires peuvent être indiqués sous forme de factures : les offices de tarification de vos honoraires doivent être être approximativement équivalents.

		(professionnel receur)	(professionnel - sans payeur)	(professionnel - sans payeur)
Frais de forfaitaire	14,12 €	9,47 €	14,12 €	14,12 €
	14,12	9,47	14,12	14,12
Vale à déduire :				
Frais de déplacement				
Frais d'hébergement				

Votre exercice kinésithérapeute doit obligatoirement vous informer avant de réaliser un acte non remboursé par le système social.

En outre, dès lors que les déplacements d'urgence des actes et prestations locaux dépassent 75 euros, votre exercice kinésithérapeute doit vous en informer par écrit, préalablement à la réalisation de la prestation.

— — —

FRANCAIS, FRANÇAIS DE CÔTE D'IVOIRE, FRA FRANCOFONIE & SON PRODIGE ET SONNE!

	Pds
sa nouvelle	
généralistes des 01	

Cette obligation d'affichage ne se substitue pas aux obligations d'information substantielle de patient.

Spécifier au moins 5 des prestations les plus couramment pratiquées.

*A préciser et non progress de toutes prestations.