L'ostéopathie dans les armées, où en est-on ?

A. Héraudeau Fritsch[a], T. Lagadec[b], M. Vion[b], P.-E. Bertran[c]

a Centre d'Expertise Médicale Initiale de Bordeaux – Quartier Nansouty – 223, rue de Bègles CS 21 152 – 33068 Bordeaux Cedex.
b HIA Robert Picqué – 351, route de Toulouse – CS 80002 – 33882 Villenave d'Ornon Cedex.
c DCSSA Fort Neuf de Vincennes, Cours des Maréchaux – 75614 Paris Cedex 12.

Article reçu le 17 décembre 2013, accepté le 3 février 2014.

Résumé

La médecine manuelle et l'ostéopathie se développent en France, sous l'influence anglo-saxonne à partir des années 1950. Seulement reconnues par le droit français depuis 2007, ces thérapies complémentaires connaissent un engouement de plus en plus important, en milieu militaire, comme en milieu civil. Dans les armées américaines, des études ont montré l'intérêt de l'ostéopathie dans la prise en charge de la douleur du combattant et les thérapies manuelles sont proposées dès le théâtre d'opération extérieure. En France, le service de santé des armées a décidé de promouvoir l'offre de soins en thérapies manuelles et ostéopathie dans le respect des recommandations. Elles peuvent en effet enrichir les propositions thérapeutiques du parcours de soins du militaire, que ce soit au cœur des centres médicaux des armées, comme des hôpitaux d'instruction des armées. Pour le militaire blessé en opération, l'accès facilité à cette consultation est une reconnaissance de l'institution vis-à-vis de ses blessures, représentant un facteur non négligeable de sa guérison, l'objectif étant, *in fine*, de maintenir la disponibilité opérationnelle de nos forces. Des projets de recherche clinique devront être mis en place pour démontrer l'intérêt de ces thérapies en milieu militaire.

Mots-clés : Ostéopathie. Parcours de soin. Pratique médico-militaire. Thérapies manuelles.

Abstract
OSTEOPATHIC MEDICINE WITHIN THE ARMY.

Following the American and British example of the last decades, osteopathic manipulative treatments have gone up in France. The recent legal recognition of this adjunctive therapy in 2007 has made it increasingly more popular amongst civilians and military people. Some studies conducted in the American army show that osteopathy is an efficient pain relief for soldiers, and musculoskeletal manipulations are made available on site during foreign missions. In France, the Health Service decided to promote osteopathic manipulative treatments within the national recommendations, as they widen the range of treatments both in military unit health centres, and in military hospitals. For injured soldiers, the fact that osteopathic consultations are made more accessible to them means that the Military takes their injuries seriously. This constitutes a crucial contribution to the soldiers' recovery, and a positive element towards the final outcome: the preservation of the forces' operational availability. Some clinical trials will be undertaken to show the importance of this therapy in the military context.

Keywords: Care pathways. Military medical practice. Musculoskeletal manipulations. Osteopathic medicine.

Introduction

L'ostéopathie a été développée aux USA au milieu du 19e siècle par Andrew Taylor Still qui créa la première école indépendante d'ostéopathie en 1892. En France, elle a été pratiquée et enseignée à partir des années 1950, initialement par des thérapeutes qui s'étaient formés au Royaume-Uni. La reconnaissance de l'ostéopathie par le droit français concernant la pratique des non-médecins est récente (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002). Les décrets d'applications ont été publiés en mars 2007 afin de réglementer notamment les formations. Ils stipulent que l'ostéopathie est destinée uniquement aux « *troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques* ».

A. HERAUDEAU FRITSCH, médecin principal. T. LAGADEC, médecin principal. M. VION, médecin en chef. P.-E. BERTRAN, médecin chef des services.
Correspondance : Madame le médecin principal A. HERAUDEAU FRITSCH, Centre d'Expertise Médicale Initiale de Bordeaux – Quartier Nansouty – 223, rue de Bègles – CS 21 152 – 33068 BORDEAUX Cedex. Tél. 06 33 48 92 15.
E-mail : aurelie.fritsch@intradef.gouv.fr

Cette discipline trouve toute sa place dans l'exercice quotidien de la médecine militaire, notamment dans les situations cliniques où les prescriptions médicamenteuses peuvent se révéler insuffisantes, inefficaces, voire dangereuses (effets sédatifs de certains antalgiques de palier 2 incompatibles avec l'emploi chez le personnel navigant, troupes aéroportées, commandos, chasseurs alpins, conducteurs…). Par ailleurs, la population militaire est soumise à des contraintes spécifiques pouvant engendrer des troubles musculo-squelettiques accessibles à la médecine manuelle (contraintes aéronautiques du personnel navigant, port de charges lourdes et équipement FELIN (fantassin à équipement et liaison intégrés) des troupes aéroportées…). C'est pourquoi le Service de santé des armées (SSA) a décidé de développer une offre de soins en Thérapies manuelles et ostéopathie (TMO) au sein des Centres médicaux des armées (CMA) et d'en autoriser la promotion (note de service n °438/DEF/DCSSA/PC/MA du 25 janvier 2013).

Après quelques généralités concernant les différents statuts des ostéopathes, la démographie et les formations à partir des décrets d'applications, seront présentées les recommandations françaises émises par les sociétés savantes. Par une revue de bibliographie, nous exposerons ensuite l'état des lieux de l'ostéopathie dans les armées, avant d'aborder un exemple de pratique réalisée en région sud ouest.

Généralités

Définition

En Europe, l'ostéopathie se définit par une pratique exclusivement manuelle dont le but est de pallier les dysfonctionnements de mobilité des tissus du corps humain (1). Pour la réalisation de l'acte, l'ostéopathe recherche le dysfonctionnement de mobilité tissulaire par un diagnostic ostéopathique dit « spécifique » qui se définit comme une recherche de la lésion fonctionnelle tissulaire. La lésion fonctionnelle tissulaire ou « dysfonction ostéopathique » au sens large est caractérisée par une modification de mobilité des tissus où qu'elle soit, et réversible par une manipulation appropriée. Le diagnostic ostéopathique spécifique établit un lien entre l'anatomie de la structure à mobilité perturbée, la physiopathologie de la fonction perturbée et l'expression du trouble fonctionnel.

Statut de l'ostéopathie en France

La formation et l'exercice de l'ostéopathie sont réglementés par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et par les décrets du 25 mars 2007 (n° 2007-435 et 2007-437).

L'article 75 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (modifié en avril 2011), dispose que l'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie délivré par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la Santé.

Les ostéopathes Diplômés d'ostéopathie (DO), qui ne sont ni médecin, ni kinésithérapeute, ni infirmier, n'ont pas à ce jour de statut pour exercer à l'hôpital public (2).

Les actes accomplis par les ostéopathes ne sont pas conventionnés par l'Assurance Maladie, et, à ce titre, ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. De nombreuses mutuelles de santé complémentaires (dont la mutuelle Unéo) peuvent cependant accepter une prise en charge partielle des traitements prodigués. Par contre, la médecine manuelle de la colonne vertébrale, pratiquée par un médecin, figure dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Son prix est de 25,08 € par séance.

Démographie

En janvier 2013, le Registre des ostéopathes de France estimait à 19 369 les personnes autorisées à porter le titre d'ostéopathe, parmi lesquelles 55 % d'ostéopathes exclusifs, 37 % de masseurs kinésithérapeutes ostéopathes et 8 % de médecins ostéopathes (3).

Selon un sondage réalisé par *OpinionWay* (pour le Syndicat de médecin manuelle ostéopathique de France) auprès d'un échantillon de 1 000 individus, 42 % des personnes interrogées affirmaient avoir déjà consulté un ostéopathe et 20 % déclaraient avoir bénéficié d'une consultation chez un ostéopathe au cours des 12 derniers mois (4). L'estimation du nombre de consultations annuelles varie entre 6 millions (5) et 20 millions (6).

Formations

Le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie stipule que l'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

– aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire à l'issue d'une formation suivie au sein d'une unité de formation de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins.

Quatorze facultés (Aix-Marseille, Bordeaux, Caen, Dijon, Lille, Lyon, Paris V, Paris VI, ParisXIII, Reims, Rennes, Strasbourg, Toulouse, Tours) sont partenaires pour le DIU « Médecine manuelle et ostéopathie », destiné aux docteurs en médecine et aux internes (au-delà du quatrième semestre). La durée des études est de 2 ans. Il ressort des notices de ces facultés, que les techniques enseignées visent les affections communes mécaniques de l'appareil locomoteur, principalement de la colonne vertébrale, et qu'elles sont complémentaires de l'arsenal thérapeutique classique. Comme pour l'acupuncture, le conseil de l'ordre des médecins autorise les diplômés à faire état de leur diplôme sur leurs plaques, feuilles d'ordonnances et annuaires professionnels (7) ;

– aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues aux articles 5 à 9 du décret n°2007-437 du 25 mars 2007.

On dénombre actuellement 29 établissements privés agréés pour la formation en ostéopathie, ouverts aux titulaires du baccalauréat (50 à 80 % des postulants ayant

préalablement échoué aux épreuves d'admission aux études de médecine ou de kinésithérapie). Les études, dont la durée minimale fixée par décret est d'au moins 3 ans (pour un minimum de 2 660 heures), est largement variable suivant les établissements (3 à 6 ans). Le diplôme de fin d'études est délivré par l'association française d'ostéopathie et donne droit au titre professionnel d'ostéopathe. Les programmes font mention, à côté des concepts propres et des techniques de l'ostéopathie, de toutes les matières enseignées dans les deux premiers cycles des études médicales. Le corps enseignant, quand il est possible d'en juger, est composé, exclusivement ou presque, d'ostéopathes non-médecins lesquels, selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales datant de 2010, enseignent souvent dans l'établissement où ils ont été eux-mêmes formés. Selon le même rapport, ces écoles sont très hétérogènes (nombre d'élèves, moyens pédagogiques) et la qualité de l'enseignement qu'elles délivrent difficile à juger faute d'un référentiel de formation. En 2010, plusieurs avaient obtenu leur agrément par recours gracieux après un refus initial de la commission nationale d'agrément (7) ;

- aux ressortissants européens titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie délivré par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

Evidence Based Medicine et ostéopathie

Répondre aujourd'hui aux principes de l'*Evidence Based Medicine* permet d'acquérir une reconnaissance universitaire et scientifique. C'est pourquoi plusieurs associations de médecins se sont développées pour promouvoir la recherche en ostéopathie. C'est le cas de *l'International Academy of Manual Musculoskeletal Medecine* (IAMMM), constituée de membres investis pour faire progresser la recherche en TMO en proposant et réalisant des projets de recherche clinique validés par les sociétés savantes.

Ainsi chaque année, les différents groupes d'études, français, européens et internationaux présentent en séances plénières les avancées des dernières recherches en cours. Par ailleurs, deux revues internationales dédiées à l'ostéopathie sont référencées dans *Medline* : *Clinical biomechanics* publié par Elsevier France et T*he Journal of the American Osteopathic Association*. Une dizaine d'autres revues scientifiques internationales dédiées à l'ostéopathie sont référencées dans les bases de données du *national center for biotechnology information* (NCBI). On dénombre de plus en plus d'études fiables statistiquement, ainsi que de méta-analyses concernant l'efficacité des pratiques, permettant ainsi aux sociétés savantes d'émettre certaines recommandations.

Nous pouvons ainsi citer une publication de 2010, issue de *chiropractic & osteopathy* (8), réalisant une revue systématique d'études cliniques randomisées (26 études au total dont 13 sur les troubles musculo-squelettiques, 4 sur les céphalées chroniques et 9 autres sur les troubles non musculo-squelettiques) qui conclue que les manipulations/mobilisations vertébrales sont efficaces chez les adultes pour les lombalgies aiguës, subaiguës et chroniques, pour les cervicalgies aiguës ou subaiguës, pour les migraines, les céphalées et les vertiges d'origines cervicales, et pour plusieurs affections articulaires des extrémités. Lorsqu'elles sont associées à des exercices, les manipulations cervicales sont efficaces pour les symptômes associés à l'entorse cervicale et pour les cervicalgies chroniques.

Recommandations françaises

En 2000, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) avait émis des recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Elle concluait que les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë. Aucune, parmi les différentes techniques manuelles, n'avaient fait la preuve de sa supériorité (grade B : grade de recommandation HAS relevant de la présomption scientifique) (9).

D'autres recommandations de l'ANAES sur le diagnostic, la prise en charge et le suivi des malades atteints de lombalgie chronique concluaient que les manipulations vertébrales peuvent être proposées pour le traitement à visée antalgique de la lombalgie chronique car elles ont un effet antalgique à court terme (grade B). Elles ont un effet antalgique équivalent à la kinésithérapie (grade C : grade de recommandation HAS relevant d'un faible niveau de preuve) et supérieur aux anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) seuls, à l'acupuncture et à l'école du dos (grade B) (10). Le groupe de travail rappelait qu'il s'agit d'un acte médical qui doit être précédé d'un bilan clinique et paraclinique.

Au cours de son analyse, l'ANAES soulignait la difficulté de combiner les données pour une méta-analyse permettant une analyse statistique fiable, notamment du fait de la qualité méthodologique généralement faible des études et de leur caractère non homogène tant sur le plan de la population étudiée que sur l'intervention réalisée.

Mais en dix ans, de nombreux essais cliniques méthodologiquement plus fiables ont pu être publiés. C'est pourquoi en mars 2013, l'Académie Nationale de Médecine a émis un rapport sur les thérapies complémentaires (7), estimant après analyse de plusieurs revues Cochrane, que les manipulations rachidiennes peuvent se montrer modérément efficaces sur la lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique, sur la cervicalgie aiguë, subaiguë ou chronique, sur la céphalée d'origine cervicale, les états vertigineux d'origine cervicale, et à un moindre degré sur la migraine. Les complications possibles des manipulations cervicales sont rares, mais graves. Ce rapport se limite à l'évaluation de l'intérêt des manipulations rachidiennes, sans aborder les autres techniques utilisées en ostéopathie, notamment périphérique.

Les académiciens concluent qu'à l'heure actuelle, ces thérapies complémentaires, qui figurent au programme de presque toutes les facultés de médecine, de nombreux centres hospitaliers et établissements de soins privés, sont un élément probablement irréversible de nos méthodes de soins. Conjointement, l'intérêt qui leur est porté, dont

témoigne le grand nombre de publications qui leur sont relatives, la croissance en nombre dans notre pays des projets de recherche clinique les concernant, et les connaissances en neurobiologie qui permettent d'en approcher le mécanisme obligent à les considérer avec sérieux, quand bien même leur efficacité n'est évoquée que dans un nombre limité de situations et fondée sur un niveau de preuve insuffisant (7).

Les recommandations émises à l'issue de ce rapport s'adressent :

– *aux usagers et professionnels de santé* rappelant l'importance du diagnostic médical initial ;

– *aux hôpitaux et établissement de soins* afin qu'ils réglementent ces thérapies pratiquées exclusivement par des professionnels de santé et les évaluent régulièrement en favorisant notamment les essais cliniques ;

– aux facultés de médecine afin qu'elles introduisent dans le programme obligatoire des études médicales, au cours du deuxième cycle ou en fin d'étude, une information sur les thérapies complémentaires destinée à permettre aux futurs praticiens de toutes disciplines et modes d'exercice de répondre aux questions de leurs patients, et d'encourager l'investissement des équipes hospitalo-universitaires concernées dans la recherche ;

– *aux autorités de santé* en leur préconisant l'institution d'une base indépendante et actualisée d'information du public sur ces thérapies complémentaires, ainsi qu'un observatoire recensant les complications graves ou d'usage inadapté afin d'en maîtriser les risques.

Pratique de l'ostéopathie en milieu militaire

Les contraintes du militaire sont nombreuses (port d'équipement spécifique lourd, évolution en milieu hostile ou en climat extrême peu propice à l'activité physique intensive, conditions de vie spartiates en mission) et sources de lésions qui réduisent la capacité opérationnelle du combattant. Les TMO associées à un traitement médical trouvent toute leur place dans la prise en charge de ces lésions.

Littérature anglo-saxonne

Actuellement aux États-Unis, les médecins militaires ostéopathes sont des médecins spécialistes (médecins internistes, rééducateurs fonctionnels…) qui suivent la pratique de leurs collègues civils en utilisant les TMO comme complément thérapeutique et non comme traitement exclusif. Ils développent les applications de l'ostéopathie dans deux cadres (11) :

– pathologies spécifiques du combattant : les causes les plus fréquentes des évacuations sanitaires médicales d'un théâtre de guerre sont liées à des pathologies rachidiennes (lombalgies, cervicalgies) et à des lésions neuromusculaires (12-14). Au cours du conflit irakien, Cohen et al. se sont intéressés à 34 006 évacuations médicales (janvier 2004 à décembre 2007) dont 24 % étaient dues à des lésions neuromusculaires (14). La moitié des patients porteurs de ces lésions ne retournaient pas au combat ;

– pathologies non spécifiques du militaire : les militaires, ainsi que leur famille subissent les mêmes contraintes que la population civile et sont donc susceptibles d'avoir recours à l'ostéopathie. En 2012, dans une étude randomisée contrôlée, l'efficacité des TMO a été évaluée dans la lombalgie aiguë chez des militaires américains (15). Les TMO associées à un traitement médicamenteux usuel étaient comparées à un traitement médical seul. L'analyse en intention de traiter a montré une réduction significativement plus rapide de la douleur chez les militaires traités par l'association de TMO et traitement médicamenteux.

En 2009, un groupe de travail s'est réuni à Washington sur la prise en charge de la douleur du combattant et a édité les recommandations suivantes (16) :

– encourager les TMO dans les hôpitaux militaires ;

– réaliser des enquêtes pour préciser les indications et limites des TMO ;

– soutenir la mise en place des TMO sur les théâtres d'opérations extérieures ;

– introduire les TMO dans la prise en charge de la douleur dans les Warriors Transition Units, unités qui soignent les blessés de guerres pendant plus de six mois ;

– utiliser des échelles d'évaluation pour apprécier l'efficacité de cette thérapeutique.

Les objectifs de ces recommandations sont principalement :

– d'améliorer la satisfaction des malades ;

– de diminuer les traitements pharmacologiques ;

– d'améliorer le taux de retour au combat après blessure ;

– de diminuer les lésions neuromusculaires et le nombre de visites pour ces mêmes indications.

Littérature française

En France, les pathologies ostéo-articulaires des militaires ont été décrites depuis de nombreuses années notamment en milieu aéronautique (17, 18) et régulièrement remises à l'honneur par l'évolution des contraintes des équipements (19, 20).

Une étude réalisée en 2005 au Centre principal d'expertise médical du personnel navigant (CPEMPN), à Percy, sur 451 pilotes de chasse, notait un recours à l'ostéopathie pour 24 % d'entre eux (21) (fig. 1, 2).

En 2006, nous avons mené une enquête multicentrique par questionnaire anonyme aux CEMPN de Bordeaux et de Toulon. Parmi 454 navigants déclarant un problème ostéo-articulaire dans les trois dernières années, 32,6 % consultaient un ostéopathe (20). L'analyse par spécialité de navigants révélait que les pilotes de chasse étaient les plus consommateurs (22).

Deux pilotes de chasse ont rédigé leur thèse de chef de patrouille sur le mal de dos des pilotes revendiquant l'intérêt de l'ostéopathie (23, 24).

De 2005 à 2007, un médecin militaire ostéopathe réalise plusieurs études sur l'intérêt des manipulations au niveau des articulations périphériques chez de jeunes militaires en formations. La première sur les manipulations de la fibula dans les gonalgies non chirurgicales (25, 26), la seconde sur l'intérêt des manipulations tendineuses dans les épicondylites latérales (27), démontrant à l'aide des pathologies de

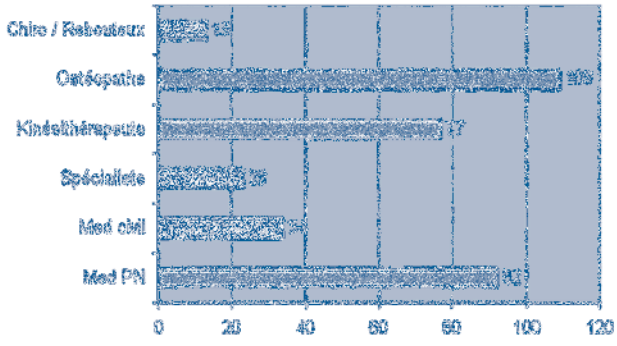


Figure 1. Praticiens consultés par les pilotes de Chasse dans l'étude de Ph. DOIREAU en 2005 au CPEMPN à propos de 451 pilotes de chasse.

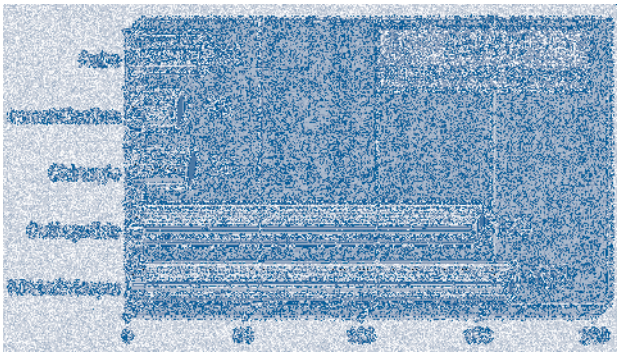


Figure 2. Traitements non médicamenteux utilisés par les personnels navigants (PN) en cas de douleur articulaire.

jeunes sportifs qu'il prenait en charge, l'intérêt de la médecine manuelle en milieu militaire (26, 28).

En 2009, Lapeyre et al. (12) soulevaient le manque d'études épidémiologiques concernant l'incidence et la prévalence des lombalgies chez les militaires français et proposaient le développement d'études statistiques fiables. Des travaux sont actuellement en cours avec notamment la publication en janvier 2013 dans la revue de médecine manuelle ostéopathie d'une étude préliminaire concernant l'apport des thérapies manuelles dans la prise en charge des lombalgies aiguës et subaiguës (29).

Si les militaires s'intéressent à l'ostéopathie, les ostéopathes civils s'intéressent également aux militaires.

Deux mémoires d'ostéopathie ont ainsi été réalisés sur la base aérienne 120 de Cazaux pour l'obtention du diplôme d'ostéopathie de deux étudiants issus d'une école d'ostéopathie.

Le premier est une étude clinique réalisée sur dix pilotes de chasse instructeurs sur alpha-jet, tous souffrant de cervicalgies (30). Ils ont bénéficié d'une première séance, avec réévaluation à trois semaines au cours d'une deuxième séance et une nouvelle réévaluation trois semaines plus tard par un entretien oral. La thérapeute ne retrouve plus que trois cervicalgiques à trois semaines et deux à six semaines. Sept pilotes estiment avoir gagné en amplitude articulaire et neuf se disent favorable à la mise en place d'une consultation au sein de l'escadron.

Le second mémoire est une étude clinique réalisée sur 44 personnels navigants sur hélicoptère (pilotes, mécaniciens-navigants et plongeurs-sauveteurs) ayant bénéficié d'une consultation d'ostéopathie avec réévaluation à trois semaines (31). 68 % d'entre eux présentent une amélioration significative au niveau des algies rachidiennes ainsi que de la mobilité articulaire. Cette étude a également montré l'enthousiasme du personnel navigant à l'égard de l'ostéopathie.

Un autre mémoire, réalisé en juin 2013 par un kinésithérapeute du SSA ayant travaillé sur le porte-avions Charles de Gaulle, étudie l'influence des catapultages et des appontages sur le rachis cervical chez les pilotes chasse embarquée de l'aéronavale par questionnaire déclaratif anonyme adressé aux pilotes et à l'analyse de vidéos embarquées dans le cockpit des aéronefs (32). Il montre l'intérêt des TMO dans le traitement des dysfonctions ostéopathiques du rachis cervical supérieur responsable de restriction de mobilité pouvant être délétère en vol.

Consultations en place et à venir dans les CMA et HIA

Une demande croissante de la communauté militaire

Les études précédemment décrites montrent une demande croissante de la communauté militaire. Par une enquête préliminaire d'étude de pratique, réalisée en juin 2013 sur le quartier Nansouty de la Base de Défense de Bordeaux Mérignac, nous avons montré que 66 % des personnels ayant répondu (165 sur 345 questionnaires adressés par mail) ont déjà consulté un ostéopathe, 80 % d'entre eux ont bénéficié de plusieurs séances et 30 % consultent régulièrement, au moins deux fois par an. Lorsqu'on leur demande ce qu'ils penseraient de la mise en place d'une consultation au sein de leur CMA de rattachement, la réponse est sans équivoque : 85 % se disent intéressés pour eux-mêmes et 42 % pour leurs proches (conjoints et enfants). La demande est bien réelle.

Une réponse progressive de l'institution

Depuis une dizaine d'années, de nombreux médecins des forces se sont formés aux thérapies manuelles : certains par curiosité, d'autres par conviction, désireux d'offrir une alternative thérapeutique à la récurrence de leur pratique quotidienne. Cependant les TMO sont chronophages, et difficilement envisageable lorsque la salle d'attente du CMA est bien remplie. Finalement, peu de médecins diplômés utilisent quotidiennement leurs compétences.

À l'occasion du séminaire « parcours de soins » réalisé à l'École du Val-de-Grâce en juin 2012, les médecins des Forces ont réaffirmé leur souhait de voir inscrites ces disciplines dans l'offre de soins de la communauté de défense, au sein des centres médicaux. Un groupe de travail s'est réuni afin de réfléchir à cette problématique. La Direction centrale, sous direction plans capacités, a répondu à cette attente en décidant de promouvoir l'offre de soins en TMO.

Organisation selon les régions

En région nord-ouest, plusieurs CMA proposent des consultations d'ostéopathie : Tours Orléans Évreux Brest-Lorient et Vannes. Elles sont réalisées soit par un médecin de l'antenne formée en ostéopathie, soit par un réserviste. Coëtquidan propose une consultation par un kinésithérapeute diplômé, intervenant extérieur, deux jours par semaine dans le CMA. Les projets d'établissements en cours de rédaction abordent tous ce domaine qui est ressorti dans les desiderata d'offres de soins. À l'HIA Clermont Tonnerre, deux médecins spécialistes de Médecine physique et réadaptation (MPR) pratiquent l'ostéopathie dans leur consultation. Une vacation par un médecin des forces diplômé est toujours en projet et devrait voir le jour en avril 2014.

En région nord-est, les médecins des forces pratiquent également dans leur CMA sans consultations dédiées. À l'HIA Legouest, à partir de septembre 2014, deux médecins spécialistes de MPR civils et deux kinésithérapeutes du service assureront des consultations pour les militaires. Les médecins des forces ont également été sollicités, les projets sont à l'étude.

En région parisienne, sur le CMA de Paris école militaire, deux médecins de l'antenne médicale de la Pépinière pratiquent ponctuellement au cours de leur consultation. Un projet de consultation avec le Val-de-Grâce est à l'étude. Au centre national des sports de la Défense (CNSD) antenne de Fontainebleau du CMA de Montlhéry, plus personne ne pratique depuis le départ à la retraite d'un médecin diplômé, alors que la demande est avérée. À l'HIA Percy, un médecin spécialiste pratique à la demande.

À Lyon, la DRSSA propose la création d'un réseau médecine du sport et médecine manuelle. Il existe déjà des vacations de médecine du sport et médecine manuelle à l'HIA Desgenettes réalisées par un ancien médecin des forces réserviste et par le médecin du personnel de l'HIA. Les projets sont à l'étude pour enrichir cette offre. Certains médecins pratiquent dans leur CMA (BA Lyon Mont Verdun) d'autres sont en cours de formation et devraient être diplômés dans les deux ans.

En région sud-est, à l'HIA Laveran, les trois médecins spécialistes de MPR sont formés et pratiquent sans consultations dédiées, un kinésithérapeute pratique également. Ces médecins effectuent des vacations sur l'HIA Sainte-Anne, où un autre kinésithérapeute est également formé. Il n'existe pas de consultations dédiées au sein des CMA, de même que dans les autres régions, les médecins diplômés pratiquent ponctuellement au cours de leur consultation.

Une initiative novatrice en région sud-ouest s'inscrivant dans le projet de service

En région sud-ouest, une consultation d'ostéopathie a été mise en place depuis novembre 2011 par un médecin des forces, au sein du service de MPR de l'HIA Robert Picqué. Il s'agit d'une vacation hebdomadaire d'une demi-journée, le vendredi après-midi, au profit des civils comme des militaires (360 consultations réalisées en 2 ans), venant renforcer les consultations d'ostéopathie déjà réalisées par une kinésithérapeute du service.



Médecin des forces en consultation à l'HIA Robert Picqué.

De par son partenariat entre les forces et l'hôpital et son ouverture à la communauté de défense et au service public de santé local, cette consultation s'inscrit dans le projet de service SSA 2020.

Le recrutement se fait via la consultation des spécialistes de MPR ou de chirurgie orthopédique, le service d'accueil des urgences et la médecine du personnel de l'HIA, mais aussi par les médecins des antennes du CMA de Bordeaux et par le réseau local. La moitié de la population concernée accède à la consultation sans y être adressée par un spécialiste, la plupart du temps par le « bouche-à-oreille » (recrutement direct).

La consultation dure de quarante minutes à une heure, pour des motifs essentiellement ostéo-articulaires résumés dans le graphe ci-contre, 70 % des motifs retrouvés sont d'origine vertébrale, ce qui est similaire aux données retrouvées par Egizii et al. dans leur étude de pratiques chez des médecins ostéopathes (33). L'âge moyen de la population est de 44 ans (±14 ans) avec un sexe *ratio* de 1,08.

En fonction des indications, les patients peuvent bénéficier d'une prise en charge en une seule consultation, alors que pour d'autres, plusieurs séances seront nécessaires. Il s'agit d'une consultation spécialisée, au même titre que les différentes consultations spécialisées proposées par l'HIA, bénéficiant ainsi d'une prise en charge conventionnelle (23 €) par la sécurité sociale et les mutuelles.

L'analyse de cette expérience après deux ans d'exercice hebdomadaire, a soulevé deux problèmes essentiels : le délai de rendez-vous, qui est rapidement passé à trois

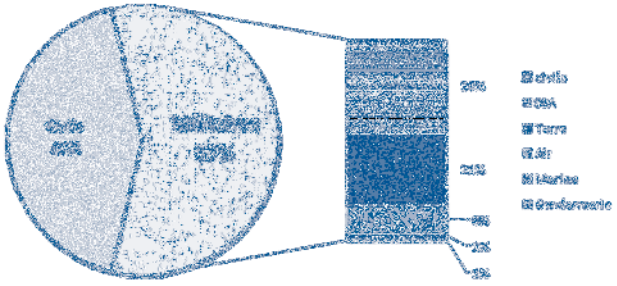


Figure 3. Répartition des patients de la vacation d'ostéopathie à l'HIA Robert Picqué.

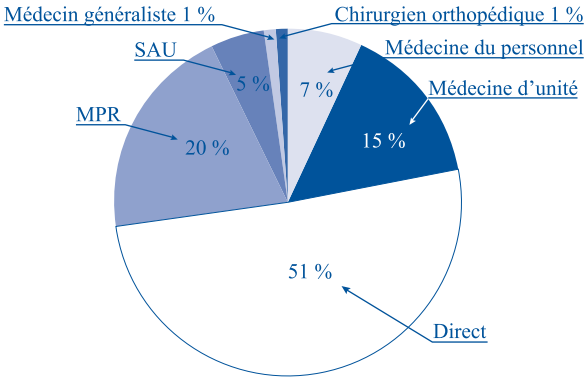


Figure 4. Recrutement des patients de la vacation d'ostéopathie à l'HIA Robert Picqué.

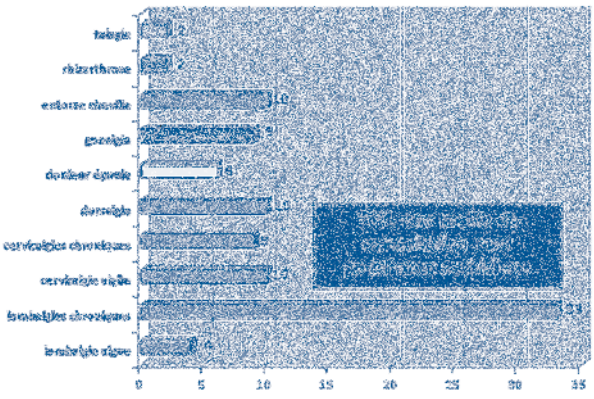


Figure 5. Répartition des motifs de consultations d'ostéopathie à l'HIARP.

semaines et l'éloignement géographique de certaines unités, ce qui est incompatible avec le maintien de la capacité opérationnelle de nos militaires.

Pour pallier ces carences, La DRSSA de Bordeaux a proposé d'expérimenter des demi-journées de vacations supplémentaires au sein de trois antennes du CMA de Bordeaux-Mérignac : l'antenne médicale spéciale de Souge, l'Antenne médicale de la base aérienne 106 de Mérignac et l'antenne médicale de Nansouty, depuis septembre 2013.

Quel que soit le lieu d'exercice, cette consultation a été accueillie avec enthousiasme par le personnel soutenu mais aussi par les médecins des différentes antennes. Pourtant la population, la demande et même le ressenti ne sont pas les mêmes d'une antenne à l'autre. Dans les unités opérationnelles, les patients y voient davantage une reconnaissance du service devant une pratique qu'ils connaissent quasiment tous pour l'avoir essayée en secteur civil sans pour autant en référer systématiquement à leur médecin. L'arrivée d'un médecin ostéopathe militaire au CMA, leur offre une écoute différente qui leur permet de se livrer sur des troubles parfois anciens dont ils n'auraient peut-être pas osé parler avant. Dans les unités de soutien, les patients y voient surtout une offre de soins attractive, à leur disposition, sur leur lieu d'exercice. Cette diversité dans le ressenti des patients vis-à-vis de la médecine manuelle donne une hétérogénéité à la consultation qui fait toute son originalité. Elle est intimement liée à la réalisation de la vacation au sein même des unités soutenues.

Potentiel et perspective

Pour une durée moyenne de consultation de l'ordre de 45 minutes, un praticien à temps plein peut théoriquement réaliser une dizaine d'actes d'ostéopathie par jour, soit un potentiel de 2000 consultations par an. Les enquêtes réalisées, notamment celle menée en 2013 sur la base de défense de Bordeaux Mérignac, oriente vers une attente forte de la collectivité militaire dans ce domaine (85 % intéressés par une consultation au sein de l'antenne du CMA). Sur une base aérienne comme celle de Mérignac, où 3 000 personnels sont soutenus, un praticien à temps plein ne suffirait pas pour couvrir la demande.

Ces calculs induisent deux réflexions fondamentales.

La première est la nécessaire information médicale de nos patients vis-à-vis de ces thérapies complémentaires. En effet, leur comportement vis-à-vis de la médecine est ambivalent : convaincus et même séduits par les avancées de la médecine, ils se montrent rapidement réticents si les bénéfices des traitements sont insuffisamment rapides ou assortis d'effets indésirables. C'est dans cet esprit de relative défiance vis-à-vis de la médecine que les patients se tournent, souvent sans en informer leur référent médical, vers ces thérapies alternatives, expliquant l'engouement actuel probablement excessif. Une consultation d'ostéopathie réalisée par un médecin des forces, permet de limiter cet éloignement de la médecine conventionnelle et de favoriser l'information médicale du personnel militaire.

La deuxième réflexion est la place que peut allouer le SSA pour ces thérapies complémentaires. Si on considère que les thérapies manuelles doivent être pratiquées selon les recommandations en vigueur par les médecins des forces diplômés, comment peut-on les intégrer au parcours de soins du militaire, sachant que le SSA a d'autres priorités, comme la médecine d'urgence ou le soutien opérationnel ? Elles contribuent cependant à la mise en condition opérationnelle du militaire avant la mission (prévention des accidents traumatiques liés à la préparation physique) et à la remise en condition au retour de mission (prise en charge des blessures musculo-

squelettiques liées aux contraintes opérationnelles du combattant).

La préparation physique des militaires est en effet comparable à celle des sportifs de haut niveau. En milieu civil, les équipes de France ont enrichi leur environnement médical avec un trio associant médecins, kinésithérapeutes et ostéopathes. Les ostéopathes sont directement engagés par les fédérations et assurent le suivi des joueurs, en préparation comme en compétition. Cette association de compétences est bénéfique pour les sportifs comme le montre une étude récente réalisée sur des footballeurs professionnels : l'utilisation des TMO au sein du dispositif médical de l'équipe permettait une augmentation des performances physiques des joueurs (34).

Pour le militaire blessé en opération extérieure, la mise à disposition d'une consultation d'ostéopathie au sein même de son antenne médicale apporte bien plus qu'une alternative thérapeutique : c'est la reconnaissance de l'institution vis-à-vis de ses blessures et la garantie d'une continuité de soin pluridisciplinaire au-delà de la prise en charge hospitalière initiale. Cela représente à notre sens un facteur non négligeable de sa guérison.

Conclusion

Les TMO sont aujourd'hui parfaitement intégrées à nos méthodes de soins. Les formations des professionnels de santé figurent au programme de presque toutes les facultés de médecine, et des consultations se développent au sein de nombreux centres hospitaliers et établissements de soins privés dans les services de MPR en particulier. Ces évolutions permettent d'envisager des essais cliniques et de valoriser la pluridisciplinarité de la prise en charge thérapeutique.

Les premières enquêtes de besoins et l'instauration récente de consultations d'ostéopathie par les médecins des forces, confirment que la demande est bien réelle : l'engouement constaté est sans équivoque. C'est pourquoi il nous semble souhaitable de développer et de diversifier l'offre de soins en TMO afin d'augmenter la disponibilité opérationnelle de nos forces. Il est cependant indispensable :

- de cibler les indications et l'offre proposée en milieu militaire ;
- d'assurer une information médicale de la collectivité face à ces pratiques ;
- de mener des projets de recherche clinique (pour disposer d'une évaluation statistiquement fiable du bénéfice apporté par ces thérapies) ;
- d'ajuster l'offre aux besoins (en fonction des contraintes, notamment opérationnelles).

En valorisant ces thérapies complémentaires, le SSA, répond donc à deux objectifs essentiels : le recentrage sur les besoins du personnel en développant le parcours de soins du militaire et l'ouverture à la communauté de défense en s'intégrant au réseau de soins local via une consultation singulière et originale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ludes PB. Rapport de mission sur l'ostéopathie et la chiropraxie. 2007.
2. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Rapport INSERM U 669. 2012.
3. Registre des Ostéopathes de France. Démographie 2013 : où comment sortir son épingle du jeu dans la jungle professionnelle ? http:/wwwosteopathieorg : newsletter n°14. 2013.
4. OpinionWay. Sondage pour le syndicat de médecin manuelle Ostéopathique de France. Relaxnews. 18/11/2010.
5. Chauvin G, et al. Données de l'observatoire socio-économique de l'Ostéopathie. 2010.
6. Debré, Anciaux, al. Proposition de loi n°2366, portant diverses propositions relatives à l'ostéopathie et à la chiropraxie. 24/02/2010.
7. Bontoux D, Couturier D, Menk C-J. Les thérapies complémentaires. Leur place parmi les ressources de soins. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine. 2013.
8. Bronfort G. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. chiropractic & osteopathy. 2010;18:3.
9. ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Recommandations pour la pratique clinique. 2000.
10. ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgies chroniques. Recommandations. 2000.
11. Goff MB, Nelson MA, Deighton MM, Fredricks CT. Pain management and osteopathic manipulative medicine in the Army: new opportunities for the osteopathic medical profession. J Am Osteopath Assoc. 2011 May;111(5):331-4.
12. White RL, Cohen SP. Return-to-duty rates among coalition forces treated in a forward-deployed pain treatment center: a prospective observational study. Anesthesiology. 2007 Dec;107(6):1003-8.
13. Cohen SP, Nguyen C, Kapoor SG, Anderson-Barnes VC, Foster L, Shields C, et al. Back pain during war: an analysis of factors affecting outcome. Arch Intern Med. 2009 Nov 9;169(20):1916-23.
14. Cohen SP, Brown C, Kurihara C, Plunkett A, Nguyen C, Strassels SA. Diagnoses and factors associated with medical evacuation and return to duty for service members participating in Operation Iraqi Freedom or Operation Enduring Freedom: a prospective cohort study. Lancet. 2010 Jan 23;375(9711):301-9.
15. Cruser d A, Maurer D, Hensel K, Brown SK, White K, Stoll ST. A randomized, controlled trial of osteopathic manipulative treatment for acute low back pain in active duty military personnel. J Man Manip Ther. 2012 Feb;20(1):5-15.
16. Office of the Army Surgeon General. Pain Management Task Force: Final Report. Providing a Standardized DoD and VHA Vision and Approach to Pain Management to Optimize the Care for Warriors and their Families. Washington, DC: US Army; May 2010 http://wwwarmymedicinearmymil/reports/Pain_Management_Task_Forcepdf Accessed May 16, 2011.
17. Lapeyre E, Damiano J, Géraud L, Rogez D, Mercier-Juttier H, Compère S, et al. Lombalgies: incidence et prévention des lombalgies en milieu militaire. Médecine et Armées. 2009;37(5):419-34.
18. Delahaye RP, Auffret R, Metges PJ, Poirier JL, Vicens. Physiopathologie des algies vertébrales des pilotes d'hélicoptères. Rev Med Aéro et cosmo. 1979;18(70):142-5.

19. Monteil M, Bertran PE, Vion M, Seyres PH, Gergoy P. Contraintes mécaniques ou environnementales et pathologies articulaires périphériques. Médecine et Armées. 2005;33(2):117-22.
20. Heraudeau Fritsch A, Bertran PE, Monteil M. Pathologies articulaires en aéronautique: État des lieux en 2006. Med aéro Spat. 2007;Tome 48(n°180).
21. Doireau P, Court C, Manen O, Daudet C, Bertran PE. Rachialgies et vol sur avion d'armes: résultat d'une enquête par questionnaire dans l'Armée de l'Air. Journée de médecine aéronautique du CEMPN de Bordeaux. 2007.
22. Heraudeau Fritsch A. Intérêt de la médecine manuelle et de l'ostéopathie chez le pilote de chasse. Mémoire DIU de médecine manuelle orthopédique et ostéopathie. 2008;Université Victor Segalen Bordeaux 2.
23. Diner. Pathologies vertébrales du pilote de chasse. Thèse de chef de patrouille. 2008.
24. Deloffre. Préparation physique des équipages, le mal de dos et ses solutions. Thèse de chef de patrouille. 2009.
25. Ho-Pun-Cheung T, Jourdan JP, Lhernould F, Glappier C, Langeois Y. Subluxation de la tête de la fibula. Cause fréquente de gonalgie non chirurgicale chez le sportif. Urgence pratique. 2008;86:53-5.
26. Ho-Pun-Cheung T, Jourdan JP, Lhernould F, Wolff D. Intérêt des manipulations de la fibula dans les gonalgies non graves. Revue de Médecine Manuelle Ostéopathie. 2008;24:4-13.
27. Ho-Pun-Cheung T, Bernard JN, Wagner P, Jourdan JP. Intérêt des manipulations tendineuses dans les épicondylites latérales. Revue de Médecine Manuelle Ostéopathie. 2010;30:2-8.
28. Ho-Pun-Cheung T, Bernard JN, Wagner P, Jourdan JP. Traitement manuel écho-assisté des cinésiopathies inter-fasciales et capsulaires. Revue de Médecine Manuelle Ostéopathie. 2010;33:2-8.
29. Commeau D, De Brier G, Trappier T, Requier P, Théfenne L. Apport de la médecine manuelle dans la prise en charge des lombalgies aiguës et subaiguës. Étude préliminaire. Revue de Médecine Manuelle Ostéopathie. 2013;41.
30. Guichard M. Ostéopathie et cervicalgie des pilotes de chasse Mémoire diplôme d'ostéopathie. 2010.
31. Mauries-Calleja M. Ostéopathie et rachialgies du personnel navigant sur hélicoptère. Mémoire diplôme d'ostéopathie. 2010.
32. Amour N. Influence des catapultages et des appontages sur le rachis cervical des pilotes de l'aéronavale. Mémoire diplome d'ostéopathie. 2013.
33. Egizii G, Dupeyron A, Vautravers P. Spinal manipulation: survey of French medical physicians who graduated with the national diploma of osteopathy from Strasbourg University. Ann Readapt Med Phys. 2005 Nov;48(8):623-31.
34. Brolinson PG, Smolka M, Rogers M, Sukpraprut S, Goforth MW, Tilley G, et al. Precompetition manipulative treatment and performance among Virginia Tech athletes during 2 consecutive football seasons: a preliminary, retrospective report. J Am Osteopath Assoc. 2012 Sep;112(9):607-15.

VIENT DE PARAÎTRE



HANDICAP ET COMMUNICATION

Sous la direction de Bernard Darras et de Dannyelle Valente

Plus d'un milliard d'humains vivent avec un handicap. Un humain sur sept, selon les chiffres présentés en 2012 par l'Organisation mondiale de la santé. Comment peut-on faciliter la communication des personnes en situation de handicap ? Quelles nouvelles pratiques et méthodes de conception sont utilisées pour favoriser l'accès de ces personnes à l'éducation, à la culture, aux transports et aux services de santé ?

Dans cet ouvrage, une trentaine de chercheurs spécialistes des sciences de l'information et de la communication, du design, de la psychologie cognitive, de la sémiotique et de la sociologie du handicap présentent leurs travaux sur les nouvelles formes de communication et les pratiques inclusives du handicap dans toutes ces formes.

Cet ouvrage bilingue s'adresse à tous les spécialistes de la communication et à tous les professionnels du handicap ainsi qu'aux personnes en situation de handicap et à leur entourage.

ISBN 978-2-343-01754-9 – Format : 15,5x24 cm – Pages : 232 – Prix : 24 € – ***Éditions l'Harmattan****, 5-7, rue de l'École Polytechnique – 75005 Paris – Tél. : 01 40 46 79 36 – Contact presse : Alexandra Laporte – alexandra.laporte@harmattan.fr*



RÉÉDUCTION NEUROLOGIQUE

Guide pratique de rééducation des affections neurologiques

Alex CHANTRAINE

Cette troisième édition de la Rééducation neurologique est une nouvelle version profondément révisée de l'ouvrage. Celle-ci s'imposait non seulement du fait des avancées rapides survenues dans tous les domaines des neurosciences, mais aussi par les progrès majeurs réalisés dans la prise en charge et les techniques de la médecine de rééducation et de réadaptation.

Au travers du concept fondateur et holistique de la plasticité de la fonction motrice, étayé suer les données les plus actuelles des neurosciences, la rééducation se révèle déterminante aussi bien pour orienter les processus de réorganisation du système nerveux qu'indispensable pour en assurer l'expression fonctionnelle.

Cet ouvrage montre l'enrichissement considérable que notre discipline tire de ces confrontations techniques d'exploration les plus récentes. Elles en fondent la démarche, en élargissant le champ, et en confirment la portée.

Cependant, l'esprit dans lequel avait été rédigé ce guide – clair, didactique et le plus complet possible – a su être conservé. De même, le découpage des différents chapitres a gardé la présentation en quatre parties (le bilan, les techniques et moyens de rééducation, les grands syndromes et quelques affections particulières), pour apporter des réponses pratiques aux cliniciens et aux professionnels de la rééducation.

À propos de l'auteur : Alex CHANTRAINE, professeur honoraire de médecin physique et de rééducation, Faculté de médecine, Université de Genève.

ISBN 978-2-7184-1325-9 – Format : 16x24 cm – Pages : 488 – Prix : 87 € – ***Éditions ARNETTE® – Wolters Kulwer France****, 1 rue Eugène et Armand Peugeot – 92856 Rueil-Malmaison Cedex – Tél. : 01 76 73 37 26 – jpauge@wolters-kluwer.fr – www.librairiesante.fr*