

MÉMOIRE DE FIN DE CURSUS DE DIPLOME UNIVERSITAIRE
OSTÉOPATHIE, HOMÉOPATHIE ET ACUPUNCTURE APPLIQUÉES À
LA PÉRINATALITÉ.
ANNÉE SCOLAIRE 2015/2016

**LA LUXATION ANTÉRIEURE DE COCCYX,
CONSÉQUENCES DE L'ABSENCE DE
TRAITEMENTS, TRAITEMENTS ACTUELS
PROPOSÉS EN FRANCE**



**PAR CHLOE ARNOUX-BOULONGNE
OSTÉOPATHE D.O.**

RESPONSABLES DES MÉMOIRES : LAURENT MANDELBROT ET THIERRY
LEBOURSIER

DIRECTEUR DES ENSEIGNEMENTS : LAURENT MANDERLBROT

TABLE DES MATIÈRES

LA LUXATION ANTÉRIEURE DE COCCYX, CONSÉQUENCES DE L'ABSENCE DE TRAITEMENT, TRAITEMENTS PROPOSÉS ACTUELLEMENT EN FRANCE

INTRODUCTION AU MÉMOIRE.....	3
I- ANATOMIE DU BASSIN	
1- IMPORTANCE DU COCCYX DANS LA MÉCANIQUE.....	7
2- IMPORTANCE DE LA MÉCANIQUE SUR LES AUTRES STRUCTURES.....	9
II- CONSÉQUENCES D'UNE LUXATION ANTÉRIEURE DU COCCYX	
1- AU NIVEAU DE LA MÉCANIQUE DU BASSIN.....	10
2- AU NIVEAU DU PÉRINÉE.....	11
3- CONSÉQUENCES DIGESTIVES.....	12
4- CONSÉQUENCES GYNÉCOLOGIQUES.....	13
5- CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES.....	13
III- TRAITEMENTS DE LA LUXATION ANTÉRIEURE DE COCCYX AUJOURD'HUI EN France	
1- EN MÉDECINE.....	14
2- EN KINÉSITHÉRAPIE.....	15
3- EN OSTÉOPATHIE : LÉGISLATION ET CONSÉQUENCES.....	16
CONCLUSION : CONSÉQUENCES DE LA LÉGISLATION SUR LES BASSINS FRANÇAIS.....	21
BIBLIOGRAPHIE.....	22

INTRODUCTION

Dans le cadre du métier d'ostéopathe nous sommes amenés à voir et à traiter toutes sortes de pathologies et de situations. Et bien souvent nous sommes une sorte de « roue de secours », de « bouée de sauvetage » pour des patients perdus dans le système de santé français. Ce système, qui par bien des aspects nous est envié au delà de nos frontières et sers d'exemples pour beaucoup de gouvernements. Le système de sécurité sociale permet à bien des gens de se soigner comme il le faut et sans avoir à s'endetter pour leur santé. Cependant il y a bien des failles dans ce système. Le cas de l'ostéopathie en est un.

Les ostéopathes, certes reconnus depuis 2007, ne sont toujours pas considérés comme des professionnels de santé comme les autres. De même que les acupuncteurs exclusifs, ceux là même qui trouvent leur enseignement dans les écoles de médecine traditionnelle chinoise. Beaucoup d'entre eux, comme les ostéopathes, possèdent souvent une autre formation, celle de médecin par exemple. Très belle formation, mais qui n'est pas une formation de médecine holistique. Ces praticiens « tronqués » manquent donc souvent de reculs sur le côté global de la prise en charge de leurs patients.

Dans le système de santé français et dans le cadre de formations allopathiques (médecins, kinésithérapeutes, sages-femmes), il y a une partie qui n'est pas très exploitée, et assez méconnue : le coccyx.

Le coccyx est pourtant la base de la colonne vertébrale. Une base « honteuse ». Bien souvent dans des consultations allopathiques cette partie n'est pas investiguée. Elle n'est pas prise en compte. Et lors d'accidents, qui sont bien loin d'être rares, elle n'est pas soignée.

Ce mémoire est le résultat d'un constat assez alarmant : les coccyx français traumatisés, sont laissés souvent dans leur pathologies, exposants leur propriétaires à des conséquences plus ou moins désastreuses à long terme.

Je me suis donc intéressé au cas précis de la luxation antérieure de coccyx traumatique, les conséquences de l'absence de traitement, et les traitements actuels proposés aujourd'hui en France.

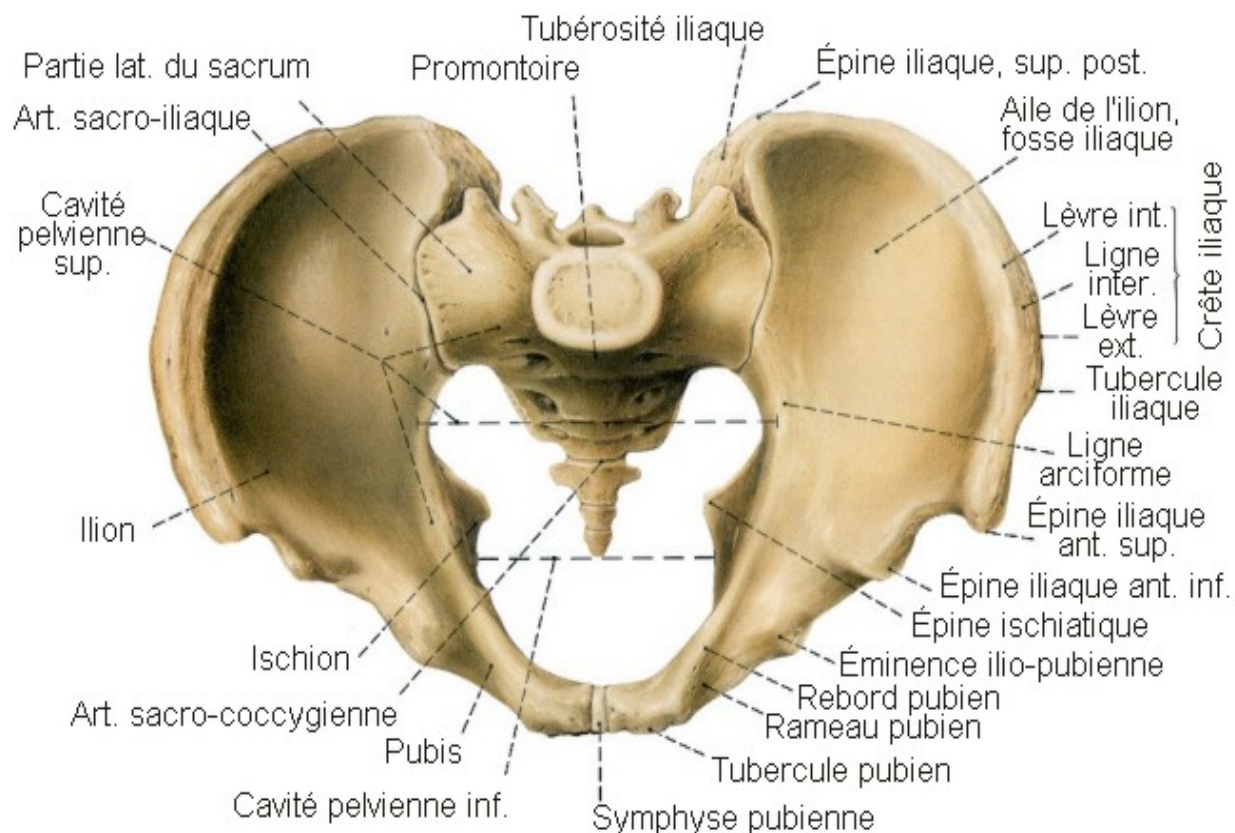
I- ANATOMIE DU BASSIN

Le bassin est composé de quatre pièces osseuses : deux os iliaques, un sacrum, un coccyx.

Les deux os iliaques s'articulent avec le sacrum, lui conférant des mobilités en flexion et en extension, pendant que les iliaques se mobilisent en antériorité, postériorité, ouverture et fermeture.

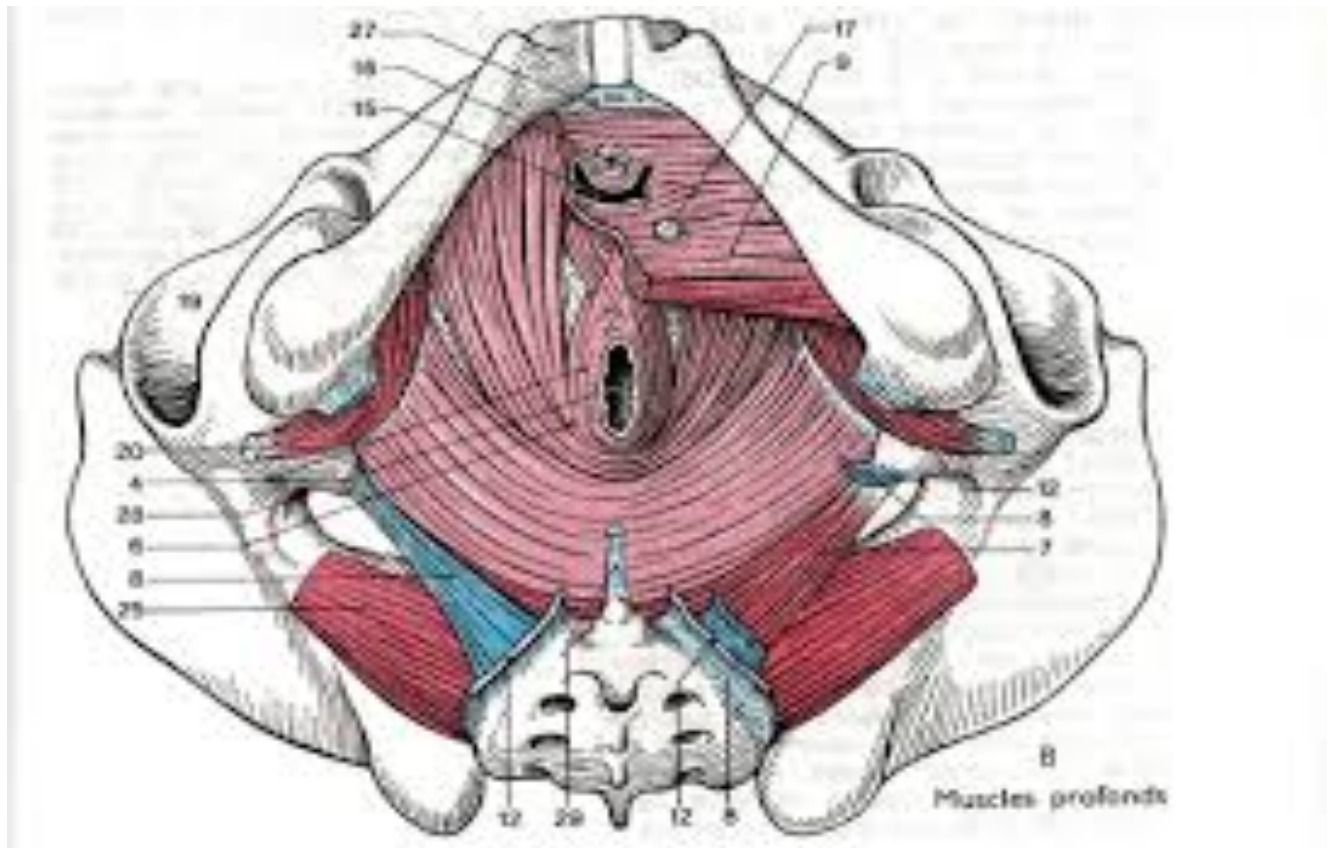
Le coccyx quant à lui est articulé avec le sacrum et possède une mobilité en flexion et extension assez faible. Sa position en queue retenue par des ligaments et différents tendons lui donne extrêmement peu de mobilité en mouvements latéraux (contrairement à certains animaux).

Ces mobilités sont très importantes au quotidien pour les actions mécaniques : passer de la position debout à la position assise, défécations, vidange et remplissage de la vessie. Et dans le cas particulier de la grossesse et de l'accouchement.



L'ensemble de ces pièces osseuses forme un hamac pour le système digestif, le système urinaire et le système génital. C'est un soutien pour tous ces viscères, afin d'éviter que leurs attaches ne se distendent de trop et éviter les ptoses dues à la gravité.

Ce hamac est fermé par un ensemble musculaire : le périnée. Le périnée, diaphragme inférieur, qui comme le diaphragme thoracique possède des béances pour laisser passer le vagin (chez la femme), l'urètre et le rectum.



Le coccyx est le centre d'amarrage du plancher périnéal.
Il est l'accroche du muscle élévateur de l'anus entre autre.

Le périnée est composé de la superficie à la profondeur : du muscle bulbo-caverneux, du transverse superficiel, du constricteur de la vulve, du sphincter externe de l'anus, du transverse profond, du sphincter externe de l'urètre, de l'élévateur de l'anus : pubo-vaginal, pubo-rectal, ilio-coccygien, pubo-coccygien .

À la base du coccyx se trouve le ganglion coccygien, le ganglion impair. Ganglion assurant le Système Neuro-Végétatif (SNV) : voie de passage de la douleur entre les viscères et le cerveau. Ce ganglion reçoit des afférences sympathiques du périnée via les dernières fibres des ganglions sacrés et donne des fibres efférentes pour le coccyx et le nerf coccygien.

Enfin au niveau de coccyx se trouve l'insertion inférieure de la dure-mère, le cul-de-sac dural. Elle se fixe au coccyx par des filaments en éventail.

La dure-mère est continue sur tout le rachis où elle s'attache à la paroi antérieure du canal vertébral jusqu'aux pourtours du foramen magnum occipital. A cet endroit la dure-mère encéphalique prend le relais et enveloppe la matière cérébrale et cérébelleuse en servant de membranes de tension réciproques (MTR), assurant une circulation optimum du liquide céphalo-rachidien qui prend sa source dans les citernes des ventricules cérébraux.

1- IMPORTANCE DU COCCYX DANS LA MÉCANIQUE DU BASSIN

Le bassin, comme nous l'avons vu dans la partie anatomie, possède une mobilité en ouverture et fermeture, bascule antérieure et postérieure pour les iliaques ; flexion, extension et obliquité antéro-postérieure pour le sacrum, flexion et extension pour le coccyx.

Ces mobilités sont assez faibles.

Elles sont nécessaires à la mobilité du rachis pour ce qui est des articulations lombo-sacrées et sacro-iliaques.

La mobilité du coccyx par rapport au sacrum est utilisée au moment de la défécation, miction, rapports sexuels et accouchement.

Lors de l'accouchement le bassin observe des mouvements de nutation puis contre-nutation afin d'aider à la progression du fœtus dans la filière génitale.

Lors de la nutation le promontoire sacré part en arrière et les ailes iliaques en ouverture.

Le coccyx part en avant. C'est le moment du passage dans le détroit supérieur.

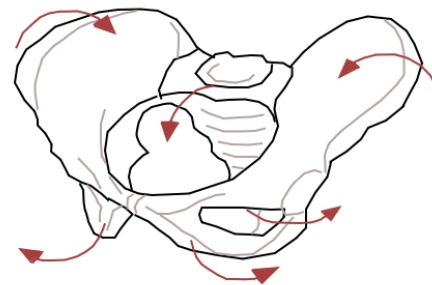
Pendant la phase suivante, la contre-nutation, le promontoire sacré revient en avant, les ailes iliaques se ferment, les ischions s'écartent, le coccyx est entraîné en arrière. C'est le passage dans le détroit inférieur de bassin.

Lors de cette deuxième phase, la tête fœtale est confrontée au plus petit diamètre du bassin. Si le coccyx n'a pas la mobilité pour aller en postériorité, le diamètre est encore plus étroit, ce qui peut gêner l'avancée du fœtus, rendre l'accouchement plus dur en augmentant les pressions sur le petit bassin maternel, et généralement se finit par une fracture du coccyx qui se casse en arrière.

Nutation



Contre-Nutation



Par ailleurs si le coccyx n'a pas de liberté de mouvement alors il confère une mauvaise physiologie au périnée qui ne peut plus se contracter et se détendre correctement. Les efforts de poussées sur le périnée peuvent alors aboutir à des déchirements du périnée, des lésions a posteriori de celui-ci à cause de la pression des autres organes dessus. Les attaches de ces organes (vessie, utérus, rectum) pouvant se détendre et tendre à une descente d'organes par la suite, même des années après l'accouchement, si la rééducation périnéale n'a pas été correctement effectuée.

D'autre part si le coccyx est figé, alors la dure-mère ne peut pas correctement coulisser. Il y a alors des tensions rachidiennes qui apparaissent et augmentent les pressions sur l'autre extrémité de la dure-mère, les pourtours du foramen magnum. La base occipitale peut alors perdre en mobilité, contractant les muscles sous-occipitaux qui entourent aussi les trous déchirés postérieurs, lieu de sortie des veines drainant l'encéphale. La congestion veineuse à ce niveau peut engendrer des céphalées. La mauvaise circulation du LCR peut perturber le mécanisme de production de celui-ci, créant de la fatigue, des troubles du sommeil et des troubles de l'humeur.

Au niveau de l'extrémité inférieure de la dure-mère la congestion due à l'immobilité de la zone peut affecter le ganglion coccygien et modifier le déroulement de la digestion (constipation, diarrhées).

Sachant que la constipation augmente les pressions et la congestion du petit bassin.

2- IMPORTANCE DE LA MÉCANIQUE SUR LES AUTRES STRUCTURES

La mécanique des structures influe sur la physiologie. C'est le principe même de l'ostéopathie, « la structure gouverne la fonction ».

Si le coccyx est bloqué, alors le périnée ne peut plus se contracter correctement. Il n'assure plus ses fonctions de maintien des viscères, ni la physiologie du releveur de l'anus pour la défécation et la continence.

L'absence de mouvement du coccyx et les mauvaises contractions périnéales gênent le drainage du petit bassin, aboutissant à sa congestion, ayant pour conséquences des douleurs, des tensions, des hémorroïdes, une mécanique obstétricale plus difficile, une mauvaise circulation du LCR, des pressions occipitales.

II- CONSÉQUENCES D'UNE LUXATION ANTÉRIEURE DU COCCYX

1- AU NIVEAU DE LA MÉCANIQUE

La colonne vertébrale dans son axe antéro-postérieur possède plusieurs courbures : lordoses cervicales et lombaires, cyphoses dorsales et sacro-coccygiennes. Tout le long du rachis se trouve le ligament jaune, long et puissant ligament assurant la stabilité rachidienne. Les corps vertébraux se mobilisent les uns avec les autres avec des muscles et des ligaments intervertébraux.

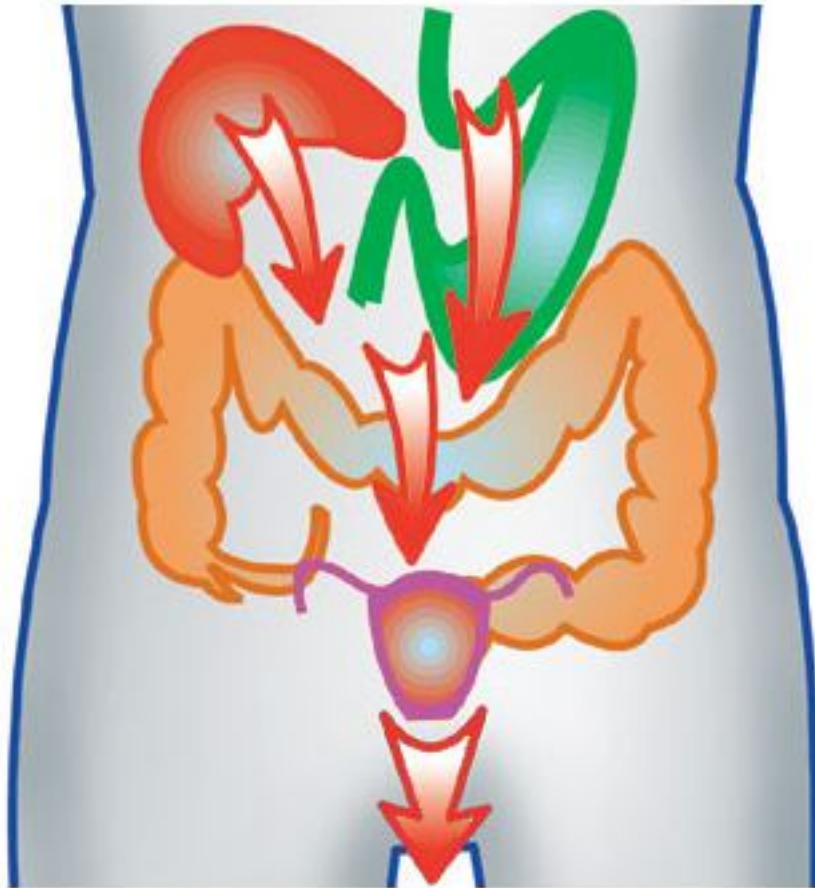
La mécanique rachidienne est importante pour assurer les bonnes courbures et éviter les décompensations.

Si le coccyx est bloqué en antériorité, et beaucoup plus antérieur que ne le suppose sa physiologie, alors les courbures ne sont pas respectées. Elles auront tendance à compenser cette cyphose excessive en augmentant leur rayon de courbure. Le dos sera plus vouté, la tête partira plus en avant.

Si l'extrémité inférieure a perdu de sa mobilité alors c'est l'extrémité supérieure qui devra compenser en se mobilisant plus que de raison. La décompensation prendra la forme de torticolis, congestion de la base du crâne, contracture des muscles sous-occipitaux, tension excessive sur les membranes intracrâniennes et sur la dure-mère.

Les viscères ont une capacité à s'étendre pour combler le vide abdominal. Si la cyphose sacro-coccygienne est augmentée, alors il y a plus de places en avant du sacrum, les

viscères gonflent pour combler ce vide. Ce gonflement demande une sur-vascularisation qui entraîne une congestion, tendant à infliger trop de pressions sur les veines hémorroïdaires.



2- AU NIVEAU DU PÉRINÉE

La position figée en antériorité du coccyx aura comme effet sur le périnée de l'emmener dans une détente facilitée, et donc une difficulté à la contraction de celui-ci.

Le muscle qui sera le plus perturbé au niveau de sa physiologie sera le muscle releveur de l'anus. Dans cette position il y aura moins de rétraction du releveur au moment de la défécation, afin de refermer l'orifice anal. La tendance sera donc à l'incontinence anale au bout de plusieurs années.

Le fait que le périnée n'est plus autant de tonus lui confère une forme de coupe plongeant dans le bassin. Alors que sa physiologie normale est deux coupes qui remontent dans l'abdomen.

Le soutien n'est alors plus le même pour les viscères qui s'appuient dessus. Les ligaments finissent par se détendre. Il y a une ptose viscérale par manque de soutien.

La vessie peut se ptoser ce qui peut poser plusieurs problèmes : incontinence par débordement, douleur vésicale à cause du trop plein, incontinence d'effort lorsque les abdominaux viennent s'appuyer sur la vessie, dyspareunies dues à l'appui de la vessie sur la paroi antérieure du vagin.

La ptose utérine peut être de plusieurs stades. Au dernier stade l'utérus ressort par la vulve entraînant des douleurs mécaniques ainsi que des problèmes de sécheresse et de démangeaison.

Le phénomène peut aussi atteindre le rectum, avec des rectocèles.

Le fait qu'il y ait une ptose crée une augmentation des pressions, qui viennent s'appuyer contre les veines hémorroïdaires ; les hémorroïdes sont donc une autre conséquence d'un mauvais fonctionnement périméale découlant d'une luxation antérieure du coccyx.

3- CONSÉQUENCES DIGESTIVES

Comme décrit juste au dessus la mauvaise contractilité du périnée peut conduire à une ptose viscérale.

Ptose qui entraîne un bombement inférieur du périnée. Le vide appelant le remplissage, les viscères auront la tendance d'augmenter leur volume. Le sigmoïde prendra plus de place. L'ampoule rectale sera plus dilatée. Les influx nerveux commandant la vidange rectale seront modifiés, la constipation s'installe.

Au fur et à mesure, et si aucune action n'est menée pour lutter contre la ptose et la constipation, le périnée finit par se relâcher de plus en plus. Les fibres du pubo-vésical et du pubo-rectal ne se contractent plus. Le sujet finit avec des incontinenances fécales et urinaires.

4- CONSÉQUENCES GYNÉCOLOGIQUES

La luxation antérieure de coccyx peut avoir plusieurs conséquences au niveau gynécologique.

Tout d'abord comme nous l'avons largement vu, il peut y avoir une congestion du petit bassin en parallèle de la ptose viscérale. Cette congestion peut atteindre l'utérus. Celui-ci se distend légèrement, étirant ses fibres. Il y a alors des douleurs de règles plus importantes.

La régulation de celles-ci peut être perturbée par la mauvaise mécanique des organes génitaux. Outre les douleurs, il peut y avoir une augmentation des saignements, des règles plus abondantes ou plus longues.

Comme décrit précédemment, des dyspareunies d'ordre mécanique peuvent être rencontrées à cause de la descente vésicale contre la paroi antérieure du vagin.

5- CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES

Nous l'avons vue au début de ce mémoire, lors de l'accouchement la mécanique du bassin en nutation et contre-nutation est importante pour le diamètre des détroits par lequel passe le fœtus.

Si les diamètres sont trop étroits alors le bébé cours le risque d'une descente plus laborieuse. Il y a un risque d'un accouchement trop long mettant en danger la vie de l'enfant et de la mère.

Outre le fait que les diamètres peuvent être restreints, le fait que le périnée ne soit pas capable de se contracter correctement et que le bassin ne soit pas aligné de manière biomécanique, peut rendre difficile les efforts de poussées, voire inefficace. La parturiente ne pousse pas selon le bon axe, souvent trop antérieure puisque tout est poussé vers le devant. Le bébé viens se cogner contre la symphyse pubienne plutôt que

de passer sa tête par dessous. Il y a un risque pour le crâne foetal ainsi que pour ses cervicales qui sont trop défléchies.

Les forces n'étant pas les bonnes, les fibres du périnée sont détendues au mauvais endroit, elles peuvent alors se déchirer de manière plus ou moins importantes, souvent entre le vagin et l'anus. Avec les conséquences en post-partum.

Les poussées maternelles amènent beaucoup de poids sur les ligaments utérins qui peuvent se distendre, engendrant une ptose.

Enfin au moment de la délivrance, la tête du bébé passe en force le détroit inférieur du bassin, fracturant généralement le coccyx en postériorité.

III- TRAITEMENTS DE LA LUXATION ANTÉRIEURE DE COCCYX AUJOURD'HUI EN FRANCE 1- EN MÉDECINE

Il m'a été extrêmement difficile de faire cette partie, peu de médecins ayants acceptés de répondre à mes questions sur ce sujet.

Ce qu'il ressort de mon étude sur ce sujet, c'est que le bassin, les parties honteuses, ne sont pas spécialement étudiées lors des études de médecine. Les étudiants en médecine ont une approche très vague de ce qu'est un périnée, et de la mécanique concrète du bassin dans son intégralité.

De cette absence d'approfondissements de cette zone, apparaît une incapacité à la prendre réellement en charge et à anticiper les effets secondaires qui pourraient apparaître à plus ou moins long terme.

Les médecins généralistes que j'ai rencontré n'ont eus que très rarement l'occasion, voire jamais, de voir dans leur cabinet des luxations antérieures de coccyx franches. Lorsque le cas se présentait, leur approche était alors de réorienter les patients vers des kinésithérapeutes, des sages-femmes ou encore des ostéopathes, laissant à l'appréciation de ces praticiens la technicité à apporter.

Je n'ai obtenu aucun témoignage de médecins me parlant de réduction manuelle de luxation antérieure de coccyx.

Il existe cependant des écrits du Dr Maigne évoquant ce sujet. Il préconise dans un premier temps des techniques d'injections intra-discale ou de la pointe coccygienne. Si cela n'est pas suffisant : une approche en interne, par des massages des releveurs essentiellement, puis une réduction douce de la luxation, en prenant entre pouce et index (pouce en externe et index en interne) la pointe coccygienne pour la réaligner dans son axe physiologique.

Extrait de Coccygodynie : les bases indispensables à la prise en charge du coccyx douloureux

« Le traitement manuel est le plus ancien traitement de la coccygodynie. Les techniques de base sont le massage des releveurs,¹⁷ la mobilisation du coccyx en extension¹⁸ et l'étirement des releveurs.¹⁹ Elles se pratiquent par voie rectale, à raison de trois à quatre séances en deux semaines en moyenne. Notre étude a montré que le taux moyen de succès de ces techniques manuelles était de 25% à six mois, résultat qui se maintenait à deux ans.¹ »

Il évoque aussi une approche en chirurgie orthopédique dans les cas où la douleur est trop importante, ou bien lorsque la fibrose des tissus mous s'est installée et que la réduction manuelle n'est plus envisageable. La solution sera dans ce cas là une ablation du coccyx ou d'une partie de celui-ci. Opération où seront déplacées les accroches tendineuses et ligamentaires pour permettre un bon fonctionnement des muscles pelviens malgré la transformation du pelvis osseux.

« L'intervention consiste à réséquer la portion instable du coccyx. En cas de spicule, c'est son extrémité distale qui est réséquée en même temps que l'on retire le sinus pilonidal associé. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale par une petite incision dans le pli interfessier. La face postérieure du coccyx est exposée et la dissection se fait au contact

de l'os. »

Cette approche reste pourtant peu répandue, et peu de médecins en ont entendu parlé.

Il n'y a donc pas ou très peu de prise en charge de la luxation antérieure de coccyx par les médecins en France.

2- EN KINÉSITHÉRAPIE

De même que pour les médecins, le bassin n'est pas réellement étudié dans le cursus de base en institut de formation en masso-kinésithérapie. Il n'y a pas d'étude de cas sur les pathologies coccygiennes.

Par contre il existe des formations post-graduate pour les kinésithérapeutes, et dans le cas qui nous intéresse, des formations en périnéologie et prise en charge de la périnatalité.

Dans le cadre de ces formations, les masseurs-kinésithérapeutes se préoccupent de la contractilité physiologique de tous les plans du périnée, qu'ils examinent et testent de manière manuelle en interne et en externe.

Dans le cas de douleurs coccygiennes traumatiques, leur prise en charge sera d'obtenir une décharge de la zone par un travail de détente du périnée en exerçant des pressions sur les fibres antérieures et postérieures du périnée par voie intra-vaginale et en externe.

Ils pourront aussi, surtout lorsqu'ils ont fait des formations de thérapie manuelle, tenter de rééquilibrer la zone du petit bassin en libérant les articulations par diverses techniques, pour à la fin procéder à une réduction manuelle de la luxation antérieure de coccyx en intra-rectal si celle-ci n'a pas été possible en externe.

Ces techniques sont aussi parfois utilisées par certaines sages-femmes se trouvant confrontés à cette situation.

3- EN OSTÉOPATHIE : LÉGISLATION ET CONSÉQUENCES

Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie :

Article 3

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

1° Manipulations gynéco-obstétricales ;

2° Touchers pelviens.

De par cette loi il est illégal pour un ostéopathe de réduire manuellement et en interne une luxation antérieure franche de coccyx.

Cette loi supposant bien évidemment qu'il y a une différence de qualification entre un médecin, un kinésithérapeute/sage-femme et un ostéopathe, qui n'est alors pas assez qualifié dans le domaine de la santé pour pouvoir agir comme ses confrères praticiens de santé dans le respect et pour le bien de ses patients.

Un ostéopathe doit donc se contenter de manipulation externe pour « réparer » son patient.

Ce genre de manipulations est tout à fait suffisantes dans la grande majorité des cas. Lorsque le coccyx est encore suffisamment oblique pour que, après une détente des structures, une détente ligamentaire, une détente des tissus mous, la pointe coccygienne soit accessible pour être tracté en arrière.

Souvent le fait de détendre les lames Sacro-recto-génito-vesico-pubienne (SRGVP) suffit pour permettre à l'ostéopathe d'effectuer une pression sur la base du coccyx au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, qui permet de ramener doucement la pointe du coccyx en postériorité, réduisant ainsi de manière douce la luxation. Sans douleurs et dans le respect des tissus.

Par la suite une mobilisation du coccyx par la relâche ligamentaire permet de s'assurer de sa bonne mobilité, et donc le retour à la physiologie des structures avoisinantes et donc au corps dans sa globalité.

Cependant, dans de rares cas, lorsque la luxation est trop importante, qu'elle est ancienne, les manipulations externes ne suffisent pas à ramener la pointe coccygienne

en arrière.

La logique nous dirait de passer en interne, comme le font les kinésithérapeutes et les sage-femmes, mais la loi nous l'interdit, faisant fi des compétences d'un ostéopathe exclusif diplômé d'une école agréée par l'état et ayant fait valider ses compétences devant un jury composé d'ostéopathes mais aussi de médecins lors de son clinicat.

Le praticien se doit donc pour respecter le code de déontologie , de réorienter son patient vers un autre praticien, qui aura le droit, lui, de faire ce qu'il faut pour réduire la luxation antérieure du coccyx. Si jamais il arrive à trouver le dit praticien. Ou alors il prend le risque juridique de pratiquer les manipulations internes....

CONCLUSION : CONSÉQUENCES DE LA LÉGISLATION SUR LES BASSINS FRANÇAIS

Souvent ignorées ou occultées, les douleurs coccygiennes sont souvent traitées par le mépris.

Les parties honteuses sont mal enseignées et mal comprise par le corps médical. De cette incompréhension découle de mauvais traitements. Mal adaptés. Ne respectant pas la biomécanique.

A cause de cet état de fait, beaucoup de français et de françaises ne font pas corriger leur luxation antérieure de coccyx. Ou alors mal. Entraînant toutes les conséquences étudiées dans ce mémoire.

La pratique de l'ostéopathie de par son concept lui même, permet de comprendre les mobilités, leurs pertes, et leurs conséquences.

Les différentes techniques ostéopathiques et le côté holistique sur la prise en charge du patient, permettent sans nul doute de corriger ce genre de pathologies accidentelles.

Seulement, la loi contraignant l'exercice de certaines techniques, lui conférant un côté « interdit » et ternissant la pratique des ostéopathes ainsi que leur image dans le monde médical, laisse certains patients sur le côté. Les privant du droit à la santé et à leur intégrité corporel.

Je n'ai réussie à obtenir aucunes statistiques sur le nombre de patients souffrants d'une réelle luxation antérieure de coccyx. Pas non plus sur les conséquences. En fait il n'existe pas beaucoup d'écrits sur ce sujet.

Il m'a été très compliqué de parler au monde médical de se sujet là, la plupart des médecins que j'ai interrogé se refusant à croire à l'existence de tels cas, ou bien reconnaissant qu'ils ne sauraient en aucun cas quoi faire pour eux.

En conclusion le fait que la loi interdise aux praticiens de médecine holistiques, les ostéopathes, praticiens très compétents dans la connaissance biomécanique des structures et des chaînes pathologiques se formant à la suite de perte de mobilité, d'effectuer à bon escient et seulement lorsque la situation l'exige et que le patient a été correctement informé, de pratiquer une réduction manuelle de luxation antérieure de coccyx autre que par voie externe, ne permet pas de corriger TOUS les coccyx français.

L'interdiction des touchers pelviens pour les ostéopathes exclusifs ayant aboutie à l'arrêt de l'enseignement de ces techniques dans les écoles d'ostéopathie agréées par le ministère de la Santé, d'ici quelques années, lorsque les ostéopathes formés avant cette loi, cesseront leur activité, il se peut que plus personne ne puisse venir en aide à ces personnes, probablement peu de praticiens connaîtront les signes d'effets secondaires de la luxation antérieure de coccyx. Il se peut donc que la conséquence à long terme soit de mettre au banc de la santé ces patients là.

A ce sujet là, le Syndicat Français Des Ostéopathes, rapporte en Mars 2016 un début de jurisprudence sur la relaxe d'un confrère ostéopathe s'ayant vu reconnaître l'intérêt médical dans le cadre de son exercice des manipulations internes.

Extrait Bulletin d'information du SFDO du mois de Juin 2016 :

La Cour d'appel de Bordeaux, dans un arrêt en date du 24 mars 2016, confirme la décision du tribunal correctionnel du 8 avril 2015 qui relaxait un ostéopathe bordelais des faits d'attouchements sexuels qui lui étaient reprochés.

Dans cette affaire, **deux patientes avaient porté plainte en 2008, reprochant au praticien de leur avoir pratiqué des touchers vaginaux avec une intention sexuelle.** La qualification de ces gestes – actes à visée thérapeutique ou attouchements sexuels au sens du droit pénal – représentait donc la question centrale du tribunal correctionnel puis de la cour d'Appel.

La cour d'Appel a ainsi été conduite à poser **deux questions fondamentales sur les actes internes réalisés par cet ostéopathe** : Le caractère thérapeutique des actes reprochés était-il avéré, et leur illégalité en vertu du [décret n°2007-435 du 25 mars 2007](#) relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie permettait-elle à elle seule de qualifier le délit d'attouchements sexuels ?

La réponse de la Cour contribuera sans aucun doute à alimenter le débat sur la légitimité de l'interdiction des touchers pelviens en ostéopathie et sur leur visée thérapeutique.

Elle retient en effet que : « *la violation d'un tel décret [décret n°2007-435 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie] ne peut à elle seule caractériser le délit pénal d'atteinte sexuelle, qui suppose d'une part un but exclusivement sexuel de la part de celui qui le commet, et d'autre part une absence de consentement de la part de celui ou celle qui le subit* ».

La Cour écarte ainsi l'argument relatif à l'illégalité de ces actes au regard du décret de compétence des ostéopathes et **réduit le champ du débat à leur visée thérapeutique**, dans le but de clarifier l'élément « intentionnel » de l'infraction reprochée.

À l'appui de sa décision, elle **prend en compte les dépositions de deux ostéopathes attestant de l'effet thérapeutique majeur sur leurs patientes** de ces pratiques dans le cadre de certains troubles, ainsi que celles de plusieurs médecins.

Elle a reçu également **le témoignage de nombreuses patientes attestant du caractère thérapeutique et bénéfique des touchers pelviens** réalisés sur elles-mêmes par le prévenu.

La Cour retient enfin que **le rapport d'expertise du médecin, dans le cadre de cette affaire, conteste l'utilisation de ces pratiques en se basant uniquement sur leur illégalité** au regard du décret d'actes **sans se prononcer sur leur effet ou leur visée thérapeutique**.

Notre confrère a donc été relaxé, les pratiques dont il a fait usage ayant été reconnues comme adaptées aux troubles présentés par les patientes et dénuées de toute intention sexuelle.

Cette décision établit sans aucun doute **les bases d'une jurisprudence concernant la qualification des gestes internes réalisés dans une intention thérapeutique par les ostéopathes**.

Elle est également susceptible de relancer le débat autour de la légitimité de l'interdiction des touchers pelviens.

Paris, le 28 avril 2016,

Le Conseil d'Administration

Le changement arrivera possiblement....

BIBLIOGRAPHIE

- « Périnée, arrêtons le massacre », de Bernadette de Gasquet
- « Atlas d'anatomie » , de Franck Netter
- « Anatomie clinique », de Kamina
- « Les infiltrations du système nerveux sympathique dans la prise en charge thérapeutiques des douleurs pelvipérinéales chroniques », article Urofrance.org
- « Insertions de la dure-mère sur le rachis : une anatomie redécouverte », la revue de l'ostéopathie, mémoire de Hafida Izelfanane
- « Principes de l'ostéopathie » de Andrew Taylor Still
- Bulletin d'information SFDO Juin 2016
- « Coccygonyie : les bases indispensables à la prise en charge du coccyx douloureux » du Dr Jean-Yves Maigne
- e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2005, « Le traitement chirurgical des coccygonyies » par L. Doursounian et J-Y Maigne
- « Effet de la manipulation du coccyx sur la coccygonyie » de Nélissen Georges Ostéopathe D.O.
- « Actualités de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la coccygonyie », Revue Marocaine de Rhumatologie, De J-Y Maigne