

ACCIDENTS DE MANIPULATIONS VERTÉBRALES
AYANT FAIT L'OBJET D'UNE RECLAMATION
AUPRES DU GAMM ET D'AXA
ENTRE 1996 ET 2003

Michel de ROUGEMONT

Médecin Spécialiste en Réparation Juridique du Dommage Corporel
Expert près la Cour d'Appel de Lyon
Expert près le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité de la Sécurité Sociale

ACCIDENTS DE MANIPULATIONS VERTÉBRALES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE RECLAMATION
AUPRES DU GAMM ET D'AXA ENTRE 1996 ET 2003
par Michel de ROUGEMONT *

Les thérapeutiques manuelles sont de plus en plus pratiquées. Les incidents et les accidents sont susceptibles d'engager la responsabilité de ceux qui les utilisent. La recherche, auprès du GAMM (Sou Médical et Médi-Assurances) et d'AXA, a permis de recenser, en France, de 1996 à 2003, à la suite d'un accident dû à une manipulation vertébrale,

- douze dossiers concernant des médecins vertébrothérapeutes qualifiés, généralistes ou spécialistes libéraux ou hospitaliers, ayant fait l'objet d'une réclamation, dont deux ont abouti à l'indemnisation du patient,
- trois dossiers concernant un ostéopathe libéral non médecin, diplômé en ostéopathie, membre du Registre des Ostéopathes de France, pratiquant l'ostéopathie de manière exclusive, dont deux n'ont pas abouti à une indemnisation du patient et un évolue vers une décision de non lieu,
- cinq dossiers concernant des kinésithérapeutes libéraux dont deux ont abouti à l'indemnisation du patient

* Médecin Spécialiste en Réparation Juridique du Dommage Corporel, Expert près la Cour d'Appel de Lyon et le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité de la Sécurité Sociale

INTRODUCTION

Quelle est la définition de la MANIPULATION VERTÉBRALE ?

en VERTÉBROTHÉRAPIE•

Selon Robert MAIGNE M.D. qui a établi la règle de "la non douleur et du mouvement contraire", en 1960 :

"La manipulation est un mouvement forcé, appliqué directement ou indirectement sur une articulation ou sur un ensemble d'articulations qui porte brusquement les éléments articulaires au-delà de leur jeu physiologique habituel, sans dépasser la limite qu'impose à leur mouvement l'anatomie. C'est une impulsion brève, sèche, unique, qui doit être exécutée à partir de la fin du jeu passif normal. Ce mouvement s'accompagne en général d'un bruit de craquement."

Selon le même auteur, dans un ouvrage datant de 1997 :

"La manipulation est une mobilisation passive forcée qui tend à porter les éléments d'une articulation

ou d'un ensemble d'articulations au-delà de leur jeu habituel, jusqu'à la limite de leur jeu anatomique possible. Elle consiste donc, au niveau du rachis, lorsque l'état de celui-ci le permet et le nécessite, à exécuter des mouvements de rotation, de latéroflexion, de flexion ou d'extension, isolés ou combinés, portant sur le segment vertébral choisi.

en OSTÉOPATHIE•

Selon Eileen L. DiGIOVANNA D.O. Professor and Chairperson et Stanley SCHIOWITZ D.O. Distinguished Professor and Former Chairperson au New York College of Ostéopathic Medicine New York Institute of Technology à New York U.S.A. : "Thrusting Techniques : The best known of all manipulative techniques are the high-velocity, low-amplitude techniques... The force must be controlled by the physician. Maximum force should never be applied in the hope that the joint will move. Only force sufficient to create the motion desired should be used. Force should never replace skill. Treatment must be localized and applied to the specific restricted joint. A "shotgun" approach to an entire area of the spine is inappropriate and harmful. Particularly with high-velocity, low-amplitude techniques, a popping or cracking sound may be heard [...] this noise is not essential to the correction of a dysfunction."

Selon Gérard SUEUR Ostéopathe D.O. :

"L'acte thérapeutique de cette technique porte un nom américain, thrust, dont la définition exacte est la suivante : "Le thrust est une mobilisation articulaire de faible amplitude et de haute vélocité.[...] C'est une technique à visée articulaire, agissant localement, sur la lésion elle-même [...]. La technique structurelle consiste à mettre en tension l'articulation à traiter et uniquement elle [...]. C'est d'elle que dépend la qualité de la normalisation. Plus cette mise en tension est précise, moins la force nécessaire au thrust est importante [...]. Bien des fois la normalisation et son "pop" se manifestent dès la mise en tension, le thrust n'étant plus nécessaire.

Mais s'il doit y avoir manipulation, elle va être réalisée avec le minimum de force, le maximum de contraintes et avec l'aide respiratoire du patient. A ce moment, un craquement est généralement audible, aussi bien par ce dernier que par l'ostéopathe. Le craquement n'est que le résultat de phénomènes gazeux induits au sein même de l'articulation, lorsque la manipulation libère et décoapte les surfaces articulaires [...]. Bien entendu ces manœuvres structurelles restent dans les limites physiologiques de l'articulation, puisque le thrust est réalisé contre la barrière lésionnelle, c'est à dire en deçà de la limite de mobilité articulaire."

Selon Lionelle et Marielle ISSARTEL D.O. :

"Différences entre le thrust ostéopathe et les autres manipulations :

Dans l'indication : la manipulation ne s'impose qu'en cas de fibrose ; là où les manipulateurs manipulent toujours, les ostéopathes utilisent souvent d'autres techniques douces.

Dans le diagnostic : [...] nous nous faisons une image mentale précise de comment est la lésion, à partir de notre sensibilité proprioceptive et de lois biomécaniques du mouvement des vertèbres (Lois de Fryette, Mitchell, Kapandji).

Dans la préparation : nous ne thrustons jamais sans une préparation minutieuse. Nous commençons par libérer l'articulation en douceur de tous les tissus qui la maintiennent en lésion mais ne sont pas encore fibrosés.

Dans l'action : le mouvement que nous impulsions reste dans les limites physiologiques. C'est une action ponctuelle très précisément localisée et dirigée."

METHODOLOGIE

Grâce à l'amabilité des Médecins Conseils du SOU MEDICAL, de MEDI-ASSURANCES, et d'AXA ASSURANCES, nous avons obtenu des Compagnies assurant la responsabilité civile en 2002 d'environ mille médecins (leur nombre est resté quasi inchangé depuis 1995) dont 15 % de spécialistes en rhumatologie et rééducation-réadaptation fonctionnelle et 85 % de généralistes vertébrothérapeutes et d'environ huit cents ostéopathes (leur nombre a doublé depuis 1995) Diplômés en Ostéopathie, membres du Registre des Ostéopathes de France, ainsi que d'environ douze mille kinésithérapeutes, de pouvoir étudier intégralement tous les dossiers (y compris ceux en cours) classés sans suite, ayant fait l'objet d'une transaction amiable ou d'une procédure judiciaire, des praticiens ayant fait l'objet d'une réclamation ou d'une plainte de la part de leurs patients en France de 1996 à 2003 à la suite d'un accident dû à une manipulation vertébrale.

Nous avons pris connaissance de toutes les expertises qui ont été faites (par des experts différents) et de tous les jugements qui ont été prononcés.

Notre étude n'exclut pas le fait qu'il puisse exister d'autres dossiers au sein d'autres compagnies d'assurances concernant les deux professions étudiées.

Nous avons trouvé, parmi tous les dossiers qui nous sont parvenus, après une laborieuse recherche effectuée par les Compagnies, un certain nombre de dossiers faisant état d'accidents consécutifs à des manipulations vertébrales. Nous avons trouvé un dossier dans lequel il a été reproché au praticien médecin une erreur de diligence dans le diagnostic.

RESULTATS

Les vingt dossiers étudiés pendant la période de 1996 à 2003 se répartissent en :

- dossiers classés sans suite sans expertise : 9
- dossiers classés sans suite après expertise amiable : 0
- dossiers classés sans suite après expertise judiciaire : 5
- dossiers avec responsabilité retenue sans expertise classés sans suite : 0
- dossiers avec responsabilité retenue après expertise judiciaire et classés sans suite : 0
- dossiers avec responsabilité retenue après expertise amiable et processus d'indemnisation : 1
- dossiers avec responsabilité retenue après expertise judiciaire et processus d'indemnisation : 3
- dossiers en cours : 2

La responsabilité a été retenue trois fois après expertise judiciaire et une fois après expertise amiable et a concerné deux médecins et deux kinésithérapeutes.

Un processus d'indemnisation est intervenu quatre fois.

Les motifs de plainte, dans les cas où la responsabilité a été retenue, ont été les suivants :

- fracture de côtes directement considérée comme imputables à la manipulation par un médecin
- dissection des deux artères vertébrales pour laquelle c'est le manque de diligence du médecin quant à l'interprétation des phénomènes douloureux présentés par la patiente qui lui a été reproché
- sciatique droite considérée comme imputable à la manipulation du kinésithérapeute
- névralgie cervico-brachiale considérée comme imputable à la manipulation du kinésithérapeute

Au terme de cette étude concernant la période 1996-2003, par rapport avec celle concernant la période 1988-1995, il apparaît que :

- la fréquence des accidents par manipulations vertébrales reste très faible
- les accidents graves sont toujours rares
- la compétence du praticien est toujours recherchée en expertise
- la responsabilité du praticien est retenue lorsqu'est prouvée la faute qui peut-être :
 - soit une erreur de diagnostic : elle n'est une faute que s'il n'a pas été pratiqué d'examen soigneux pré-manipulatif et si tous les moyens scientifiques (notamment l'imagerie) n'ont pas été mis en œuvre
 - soit une faute de traitement (il est conseillé au praticien de consigner dans le dossier du patient le détail de ses manipulations pour en disposer en cas d'expertise) ou la faute de surveillance du patient après le traitement
 - soit une absence de consentement éclairé du patient qui doit être averti des conséquences de la thérapeutique

Rappel concernant l'obligation d'information :

Elle est actuellement la cause de près d'un contentieux malade-médecin sur deux. Elle est indépendante de la question de la qualité des soins. L'information doit être intelligible pour le patient, exacte et exhaustive avec mention de tous les risques exceptionnels et non exceptionnels. Elle justifie un entretien particulier dans les cas graves, avec les proches en cas d'inconscience du patient. Un écrit est indispensable car lui seul est probant en cas de contentieux. La décharge est interdite. Les exceptions à l'obligation sont les suivantes : urgence, impossibilité d'informer le patient (incapable ou inconscient) risques anormaux sans rapport connu avec le traitement appliqué et raisons légitimes selon l'article 35 du Code de Déontologie (en cas de pronostic fatal) mais information des proches

- habituellement, la faute n'est pas retenue dans les dossiers d'accident ischémique cérébral (malgré le lien de causalité avec la manipulation) dans la mesure où la manipulation a été exécutée dans les règles de l'art mais dans deux dossiers il a été évoqué une perte de chance pour le patient.

DOSSIER N°1

Sujet féminin âgé de 62 ans.

Motif de consultation : douleurs cervicales para-vertébrales étagées, prédominant en C4-C5 gauche et C5-C6 droit avec, à la radiographie, un bloc C2-C3 et une uncarthrose C5-C6, après accident de la circulation.

Traitement : trois infiltrations cervicales puis manipulations dorsales en raison d'un dérangement inter-vertébral mineur en D4 réalisées avec le bras dans le dos en exerçant simultanément une torsion du buste et une pression sternale en décubitus ventral, à l'origine d'une douleur brutale, localisée sous les deux seins, prédominante à gauche et d'un blocage respiratoire, par un Médecin rhumatologue qui évoque alors une disjonction chondro-costale C6 gauche et réalise une infiltration d'anesthésiant, transitoirement efficace.

Plainte : fracture de la huitième côte droite et de la cinquième côte gauche à la radiographie de contrôle : la blessée est traitée par le repos jusqu'à la consolidation osseuse et six séances de rééducation fonctionnelle du rachis cervical mais conserve des douleurs thoraciques d'horaire mécanique, aggravées par les variations barométriques, les efforts de soulèvement et la rotation du membre supérieur gauche, accompagnées de difficultés à se tenir droite, à s'habiller, de troubles somniques et d'une incapacité à effectuer le ménage courant.

Expertise amiable : L'expert constate

- qu'il persiste un fond douloureux au niveau sous-mammaire droit et gauche et des insomnies bien contrôlées par Lexomil,

- que la palpation déclenche des douleurs dans les régions sous-mammaires droite et gauche,

- que la mobilité de l'épaule gauche est limitée en rotation interne en raison du réveil des douleurs costales gauches,

- que, radiologiquement, les lésions osseuses sont consolidées,

et conclut à une ITT de sept jours, une IPP de 3 % et un QD à 2 / 7.

Indemnisation de la victime par voie transactionnelle amiable.

DOSSIER N° 2

Sujet masculin âgé de 63 ans.

Motif de Consultation : cervicalgies avec douleurs diffuses et raideur considérable pour les rotations et la latéro-flexion droite, avec des réveils nocturnes par gêne positionnelle, sans irradiation dans les membres supérieurs en dehors d'une banale irradiation scapulaire droite témoignant d'une souffrance dans le territoire C4 avec, à l'examen, un blocage de C7 gauche sans impulsion à la toux et avec des réflexes des membres supérieurs normaux, dans un contexte de radiographies satisfaisantes.

Traitement : essai de déblocage de C7 par manipulations sans impulsion par un Médecin rhumatologue, médecin du sport et podologue.

Plainte : douleur cervicale, avec un aspect de luxation antérieure atloïdo-axoïdienne à la radiographie, avec la présence d'importantes protrusions au scanner et une ostéolyse métastatique de C2 massive menaçant la moelle cervicale à l'I.R.M. (sans indication opératoire compte-tenu de l'importance de la lésion), avec la présence de métastases hépatiques et pulmonaires, dans un contexte d'antécédents de néoplasme anal opéré avec mise en place d'une stomie puis traité par radiothérapie et chimiothérapie pendant six mois.

Aucune expertise n'est pratiquée

Avis du Médecin de la Compagnie : absence de préjudice réel directement en rapport avec la manipulation.

Rejet de la réclamation.

DOSSIER N° 3

Sujet féminin âgé de 38 ans.

Motif de Consultation : lombalgie

Traitement : manipulation lombaire par un Médecin

Plainte : lombo-sciatalgie gauche irradiée jusqu'au talon dans les suites d'une manipulation lombaire, avec au scanner une discarthrose évoluée, une dégénérescence gazeuse du disque L5-S1 et une nette réduction de l'espace inter-vertébral, une ostéophytose postéro-bilatérale et une hernie discale postéro-para-médiane gauche débordant de 5 mm dans la lumière du canal rachidien comprimant modérément le sac dural et la partie initiale du trajet extra-dural des deux racines S1 avec une prédominance gauche, et un rétrécissement modéré des deux trous de conjugaison au sein desquels les racines L5 apparaissent modérément à l'étroit.

Aucune expertise n'est pratiquée.

Avis du Médecin de la Compagnie :

- la survenue d'une sciatique par hernie discale après une lombalgie, est une évolution classique de ce type de pathologie
 - les radiographies pratiquées, même avant la manipulation de la sacro-iliaque, n'auraient pas entraîné de contre-indication à une manipulation dans la mesure où il n'y avait aucune lésion infectieuse ou d'autre nature
 - il n'est possible d'affirmer que le geste pratiqué est en cause de manière exclusive dans la symptomatologie douloureuse d'autant qu'il a été noté que le scanner montrait une discarthrose évoluée avec une dégénérescence gazeuse et une hernie discale, ce qui témoignait donc de lésions anciennes pouvant parfaitement entraîner la symptomatologie présentée, sans que le geste du praticien soit en cause
 - de ce fait, sa responsabilité dans les suites présentées, est très discutable.
- Rejet de la réclamation.

DOSSIER N° 4

Sujet féminin âgé de 52 ans.

Motif de consultation : cervicalgies

Traitement : selon la plaignante , manipulation cervicale en rotation à domicile et, selon le Médecin généraliste, aucune manipulation

Plainte : névralgie cervico-brachiale avec hospitalisation le lendemain pour :

- radiographies de la colonne cervicale objectivant des discopathies étagées avec une ostéophytose postérieure en C4-C5 C5-C6 et C6-C7,
 - scanner cervical objectivant "A l'étage C6-C7, nette réduction du diamètre du canal de conjugaison gauche en rapport avec une ostéophytose du plateau vertébral inférieur de C6 et une uncarthrose de C7. Il semble s'y associer une protrusion discale en C7-D1, uncodiscarthrose avec réduction bilatérale des trous de conjugaison."
 - EMG initial objectivant : "Dénervation partielle C7 gauche sans activité de repos malgré une lésion datant de trois semaines. La dénervation périphérique n'est peut être pas très sévère mais il existe une lésion centrale associée. Atteinte neurogène centro-périphérique."
- avec lors d'un EMG un an plus tard : "Dénervation partielle C7 gauche chronique, nette mais sans signe de gravité, témoignant d'une compression radiculaire ou radiculo-médullaire modérée à l'origine de la brachialgie gauche. Absence de canal carpien gauche."
- Aucune expertise n'est pratiquée.
- Avis du Médecin de la Compagnie : à première vue, il ne semble pas y avoir eu de manipulation.
- Rejet de la réclamation.

DOSSIER N° 5

Sujet féminin âgé de 50 ans.

Motif de consultation : cervicalgie avec névralgie cervico-brachiale gauche tronquée dans un contexte

radiographique n'objectivant que la réduction du quatrième trou de conjugaison et une discrète rectitude sur l'incidence de profil, chez une patiente déjà traitée par des techniques manuelles pour des problèmes de lombalgie.

Traitement : manipulation cervicale par un Médecin rhumatologue, qui note : « L'examen clinique n'avait retrouvé qu'un dérangement inter-vertébral mineur droit de C6-C7 ; aucun élément n'évoquait une atteinte radiculaire cervicale. J'ai pris la décision de traiter la patiente par une manipulation cervicale : cette manipulation a porté sur l'étage C6-C7 et a été pratiquée sur la patiente en position assise, en rotation gauche sans inflexion, en main antérieure, après m'être assuré de l'absence de contre-indication et avoir pratiqué un testing prémanipulatif."

Plainte : dès la fin de la thérapie manuelle, nausées et céphalées, l'obligeant à se coucher, puis, disparition de la douleur intéressant le membre supérieur mais persistance de nausées, de céphalées et d'une photophobie qui la contraignent à se confiner au lit avec

- au scanner cérébral l'absence d'anomalie

- au premier échodoppler des artères carotides et vertébrales, l'absence d'altération des flux des quatre axes à destinée encéphalique, l'absence d'anomalie d'échostructure de la paroi carotide interne droite et gauche, et l'enrichissement inhabituel du flux veineux vertébral droit en V2 sans artérialisation

- au second échodoppler des tronc supra-aortiques, un examen compatible avec, à l'artériographie, une dissection vertébrale gauche en V2 et une dissection du tiers proximal segment V2 de l'artère vertébrale droite, traitées par anti-coagulant (traitement habituel de la dissection vertébrale) et un anévrisme sacciforme du siphon carotidien droit, traité selon une technique de remodelling avec une exclusion du sac anévrysmal, avec des suites simples.

Expertise Judiciaire : "Compte-tenu de l'ancienneté de la relation médicale entre le praticien et la patiente et dans la mesure où cette dernière a bénéficié d'un grand nombre de manipulations, on peut considérer qu'elle était avertie des avantages et inconvénients des séances de vertébrothérapie, même si le risque de survenue, à titre exceptionnel, d'une dissection de l'artère vertébrale ne semble pas avoir été porté à sa connaissance. Là encore, compte-tenu du fait que la patiente a déjà présenté de nombreux épisodes douloureux de la colonne cervicale parfois même lombaires et que tous ces épisodes ont été traités avec succès par des séances de thérapie manuelle, on peut estimer que les manipulations ont leur place dans l'arsenal thérapeutique des épisodes douloureux récidivants de la colonne cervicale ou lombaire. Les dissections de l'artère vertébrale sont les complications connues des manipulations cervicales même si elles sont exceptionnelles et peuvent survenir sur une artère dysplasique comme sur une artère normale. On peut reprocher au praticien son manque de diligence quant à l'interprétation des phénomènes douloureux présentés par la patiente, quant à l'absence d'évocation d'une possible dissection de l'artère vertébrale et quant à l'attribution des symptômes avec majoration des chiffres tensionnels. Le praticien aurait pu s'inquiéter de ce risque, prendre en charge la patiente et faire pratiquer les examens complémentaires adéquats comme l'a d'ailleurs fait de façon remarquable son médecin traitant.... La patiente signale des douleurs cervicales mais qui préexistaient à la manipulation et à la dissection vertébrale. IPP 4 % sans retentissement sur la vie professionnelle et personnelle. QD 3,5 / 7."

Commentaire de l'auteur de l'étude : il est à noter que, conformément à la jurisprudence, le fait pour la patiente d'avoir rencontré plusieurs fois le praticien implique qu'elle a bénéficié d'une information correcte et suffisante concernant les conséquences des manipulations.

Avis du Médecin de la Compagnie d'Assurance : "Il semble que l'expert ne soit pas cohérent avec lui-même car tout le corps de son rapport a le sens d'un aléa thérapeutique mais il ne semble pas suivre ce raisonnement jusqu'au bout, notamment il ne prononce le terme d'aléa thérapeutique.... Il retient que l'indication du geste effectué par le médecin était correcte, que la réalisation de ce geste était conforme aux données de la science et ne retient qu'un manque de diligence quant à l'interprétation des phénomènes douloureux présentés par la patiente après la manipulation (absence d'évocation d'une possible dissection de l'artère vertébrale et l'attribution des symptômes à une majoration des chiffres tensionnels)."

DOSSIER N° 6

Sujet féminin âgé de 34 ans.

Motif de consultation : syndrome rachidien lombaire douloureux sans signe de radiculalgie avec un bilan radiologique lombaire sans particularité.

Traitement : manipulation douce en décubitus latéral gauche par un Médecin avec apparition secondaire d'un déficit du releveur du pied gauche et opération d'une hernie discale

L4-L5 gauche

Plainte : aucune réclamation mais signalement du médecin à sa compagnie.

Dossier classé sans suite

DOSSIER N° 7

Sujet masculin âgé de 45 ans.

Motif de consultation : céphalées en casque et névralgie cervico-brachiale de type C2-C3 dans un contexte de tension artérielle à 14/8.

Traitement : par un Médecin généraliste qui a décrit "J'ai pratiqué des mouvements de rotation et de flexion forcés pour m'assurer de la liberté de la région basi-cervicale puis j'ai réalisé des mouvements de flexion latéralisée forcée sur la région basi-crânienne sur le territoire C2-C3 droit, le premier essai s'est avéré infructueux. Après nouveau contrôle clinique de la région concernée, j'ai renouvelé mon geste qui a entraîné un déblocage de la charnière. Dans les instants qui ont suivi, la douleur du patient a disparu puis sont apparus des vertiges intenses et un état nauséux associés à une bradycardie relative sans chute tensionnelle avec d'abondantes sueurs. Cet état s'est poursuivi pendant une vingtaine de minutes. J'ai alors procédé à l'injection de Tanganil intraveineux lent qui a entraîné une amélioration relative. La persistance des signes m'a contraint à renouveler l'injection une demi-heure plus tard et a demandé qu'un des membres de sa famille vienne chercher le patient pour le conduire chez lui dans un premier temps puis chez le doppleriste afin que soit réalisé un doppler aux fins d'examiner les troncs supra-aortiques. L'examen a révélé une thrombose de la vertébrale droite depuis son ostium. L'électrocardiogramme a montré une arythmie complète par fibrillation auriculaire. Une hospitalisation a été programmée après consultation du chirurgien vasculaire qui a fait réaliser une angiographie des troncs supra-aortiques puis une angiographie sélective de la vertébrale droite. L'état du patient s'est dégradé pendant le week-end du 03 au 04 janvier avec apparition de troubles neurologiques de type syndrome de Wallenberg malgré la mise en route d'un traitement anti-coagulant et corticoïde. L'examen du neurologue le lundi a confirmé à l'existence de ces troubles. L'I.R.M. pratiquée n'a pas confirmé l'ischémie suspectée initialement à type d'embolie due à la FA qui, entre temps, s'est réduite avec une dose de charge de Cordarone, a confirmé l'existence d'une ischémie qui pourrait être liée à une lésion de l'apica droite. La décision d'un examen conjoint du patient par le chirurgien, le neurologue et moi-même s'est décidé hier soir et prévu pour ce matin. Vous en trouverez ci-joint la copie du fax. L'évolution du patient est actuellement rapidement régressive permettant d'espérer une récupération complète ainsi que vous pourrez le constater à partir des premières mises à jour du dossier neurologique. Il n'existe, pour l'instant, aucune antimonie, ni aucune revendication du patient concernant mon intervention. Cependant, il me paraît souhaitable, compte-tenu de l'importance non négligeable des problèmes sous tendus par cette lésion, que vous soyez informé de cette situation."

Plainte : aucune réclamation mais signalement du médecin à sa compagnie

Dossier classé sans suite

DOSSIER N° 8

Sujet féminin âgé de 49 ans

Motif de consultation : cervicalgie droite diurne avec gêne à la rotation gauche de la tête évoluant depuis une dizaine de jours après une séance de natation, sans autre signe accompagnateur que quelques paresthésies diffuses occipitales droites banales dans un contexte de bilan radiographique effectué trois années plus tôt objectivant une intégrité de la charnière cervico-occipitale et éliminant donc une impression basilaire et une lésion spondylo-discale élective, avec à l'examen l'absence de limitation douloureuse d'amplitude du rachis cervical et une contracture avec une zone sensible en C2-C3 C3-C4 à droite.

Traitement : manipulation effectuée par un Médecin rhumatologue (chez une patiente ayant déjà été manipulée) écrivant : « Concernant ce dernier épisode, la douleur était donc occipitale droite avec une douleur en rotation gauche du rachis cervical. L'examen clinique montrait une absence de limitation douloureuse d'amplitude du rachis cervical et je retrouvais une contracture avec une zone sensible en C2-C3 C3-C4 à droite. L'examen neurologique des quatre membres ne montrait pas d'altération des réflexes, pas de signe déficitaire. Devant la normalité du bilan radiographique cervical antérieur, j'ai effectué des manœuvres de sensibilisation en latéro-flexion gauche, rotation droite successivement et

également latéro-flexion droite et rotation gauche, pour juger de la composante douloureuse lors du mouvement et de la direction du geste manipulatif à effectuer. Ces manœuvres maintenues n'ont pas entraîné de sensations vertigineuses ou autres. Il existait une légère douleur lors de latéro-flexion droite et rotation gauche et j'ai donc effectué une manœuvre manipulative en latéro-flexion gauche et rotation droite qui n'a pas abouti, cette manipulation se faisant en position assise. J'ai réexaminé cette patiente en décubitus dorsal avec recherche d'une mobilisation passive en rotation droite et rotation gauche : la mobilisation était ressentie comme légèrement douloureuse en rotation gauche du rachis cervical et j'ai donc effectué, en décubitus dorsal, une manœuvre manipulative en C2-C3 à droite en rotation droite, manœuvre qui n'a pas non plus abouti. Habituellement, chez cette patiente, la manipulation entraînait le craquement caractéristique. C'est en se relevant que cette patiente a ressenti une perte de la latéralité de l'œil gauche avec quelques sensations vertigineuses. Elle s'est donc reposée sur la table d'examen. Ont été mis en évidence une perte de la latéralité gauche des globes oculaires et une diplopie. Quelques minutes plus tard des paresthésies de la main droite sont survenues ne dépassant pas cette zone. Il n'y a pas eu de déficit moteur des quatre membres et les réflexes étaient normaux. Étant donné la persistance des signes, j'ai fait hospitaliser en urgence la patiente dans le service de neurologie vasculaire [...] »

Plainte : « J'ai ressenti une vive douleur à la nuque côté droit, un fort picotement à la main droite, mes yeux se sont déplacés à droite également et de suite, j'ai vu des choses en double. Le médecin a fait appel à une ambulance pour me transporter d'urgence à la Cité Hospitalière. Après examen, il s'agissait d'un infarctus bulbaire pontique associé à des infarctus cérébelleux et à la dissection d'une artère vertébrale....A ce jour, je n'ai toujours pas retrouvé la vision complète et mon bras est toujours engourdi. Je pense avoir subi un préjudice moral."

Avis du Médecin de la Compagnie : "En fonction des éléments que le praticien nous a transmis, il nous apparaît que la manipulation qu'il a pratiquée sur votre personne, était tout à fait indiquée et avait été précédée des examens explorations préalables nécessaires. Nous estimons, dans ces conditions, que la responsabilité du praticien n'est pas engagée."

DOSSIER N° 9

Sujet féminin âgé de 59 ans.

Motif de consultation : cervicalgie aiguë.

Traitement : manipulation vertébrale par un Médecin rhumatologue chez une patiente ayant déjà été manipulée.

Plainte : sensation vertigineuse avec incapacité à se relever de la table d'examen.

Transport à l'hôpital : examen clinique normal, scanner cérébral sans injection normal, IRM cérébrale normale, doppler cervico-céphalique normal sans aspect de dissection, radiographie du rachis cervical objectivant une diminution de calibre des trous de conjugaison de C5-C6 gauches par des ostéophytes, bilan ORL normal. Diagnostic de vertige paroxystique. Disparition progressive des sensations vertigineuses mais installation d'un syndrome post-traumatique

Expertise Judiciaire: "La patiente s'est plainte de troubles vertigineux, persistant encore à ce jour, à la suite d'une manipulation cervicale. Les troubles dont elle se plaint, l'empêchent, dit-elle, d'accomplir normalement ses activités professionnelles et ses activités de loisir. Tous les examens pratiqués au cours de l'hospitalisation et ultérieurement ont été normaux et ont éliminé toutes les complications organiques liées à la manipulation elle-même." "Les actes médicaux réalisés étaient indiqués. Les soins et les actes médicaux ont été attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale. Les troubles dont s'est plainte la patiente dans les suites de la manipulation cervicale du 26.09.98, étaient directement la conséquence de son état antérieur et non de la manipulation elle-même. Les troubles dont elle a été atteinte, peuvent entrer dans le cadre d'un aléa thérapeutique ayant justifié l'attribution des séquelles qui ont été évaluées dans le précédent rapport." " IPP nulle QD 1 / 7 - Pas d'autre préjudice."

DOSSIER N° 10

Sujet féminin âgé de 51 ans.

Motif de consultation : lombalgie suite à un mouvement de torsion.

Traitement : selon la plaignante , manipulation vertébrale, et, selon le Médecin généraliste :

" [...] Je lui ai demandé de se mettre sur le ventre, la tête et les deux bras pendant au bout de la table puis je suis monté sur un tabouret à deux marches. J'ai utilisé une technique d'alignement vertébral au cours de laquelle j'ai posé les tranchants des deux mains de part et d'autre des épineuses lombaires c'est à dire sur les transverses, m'opposant à leur montée lors de l'inspiration et leur donnant en fin

d'expiration un coup d'appui sec. J'utilise souvent cette technique car je suis petit (1,62 m) et je pèse peu lourd (50 kg). Cette technique me permet d'utiliser soit la totalité, soit la moitié ou même le quart du poids du poids de mon corps, selon les circonstances. A peine ai-je touché son dos, que je l'ai senti contractée, vraisemblablement par appréhension et j'ai travaillé sur les étages supérieurs D12-L1 L1-L2, sans toucher à l'étage douloureux. Là, j'ai arrêté la consultation [...]"

Plainte : douleurs articulaires multiples imputées par la plaignante à la manipulation presque cinq mois après celle-ci avec un E.M.G. normal, un examen angiologique normal et un examen radiologique constatant un pincement du disque L5-S1 confirmé par I.R.M., sans explication rhumatologique pure selon un rhumatologue consulté.

Expertise Judiciaire : "En ce qui concerne la discussion de la relation de cause à effet entre la manipulation vertébrale et la symptomatologie présentée par la plaignante, il convient d'être extrêmement prudent. En effet, si la pathologie présentée n'a pas fait la preuve de son organocité, il est très difficile d'établir une relation physiopathologique entre un acte médical et cette symptomatologie."

DOSSIER N° 11

Sujet masculin âgé de 42 ans.

Motif de consultation : douleur cervico-scapulaire gauche avec à la radiographie : " Colonne cervicale : rectitude avec respect de l'alignement du mur postérieur. Hauteur sensiblement normale des corps vertébraux. Seule la partie antérieure du corps de C5 apparaît un peu diminuée. Légère inflexion vers la droite du rachis cervical. Espace inter-somatique très légèrement altéré au niveau postérieur. Espace spino-laminaire et trous de conjugaison relativement respectés." et, à l'examen clinique, constat d'un blocage C4-C5-C6

Traitement : traitement par manipulation vertébrale par un Médecin : deux séances à quarante huit heures d'intervalle.

Plainte : apparition dans les heures qui suivent la seconde séance de maux de tête, de sensations vertigineuses, de troubles de la vue, ainsi que de douleurs et fourmillements du membre supérieur gauche jusque dans la main, avec deux jours plus tard

- au scanner cérébral : " [...] des plages d'hypodensité avec petite fixation de contraste serpiginieuse au niveau de la partie interne et inférieure des deux lobes occipitaux, de distribution par voie vasculaire, n'évoquant pas un processus occupant de l'espace tissulaire."

- lors d'une première I.R.M. crânio-encéphalique : " [...] Des plages en hypersignal T2 hétérogènes intéressant les deux lobes occipitaux (cunéus et gyrus lingualis) avec une prédominance gauche, avec à l'angio-MR une bonne perméabilité du tronc basilaire et des artères vertébrales postérieures proximales, un sinus longitudinal supérieur et un sinus droit perméables, des veines profondes de petit calibre non visualisées, en somme des anomalies à topographie vasculaire compatibles avec une origine ischémique dans le territoire des artères cérébrales postérieures."

- lors d'une seconde I.R.M. encéphalique : « diagnostic d'accident vasculaire cérébral sur le territoire des deux artères cérébrales postérieures, de type subaigu, compatible avec le délai de deux à trois mois (épisodes similaires en mai 2001), associé à une quasi occlusion de l'artère vertébrale gauche avec des caractéristiques I.R.M. tout à fait en faveur d'une dissection de l'artère vertébrale gauche, celle-ci étant également évoquée par la représentation clinique. »

Expertise Judiciaire : "Alors que, quatre mois plus tôt, il avait présenté un premier malaise, devant l'apparition et la persistance de douleurs du rachis cervical, il consulte son médecin traitant qui, après traitement, l'adresse au médecin vertébrothérapeute qui réalise une première séance de manipulations vertébrales puis quarante huit heures plus tard, une deuxième séance suivie d'un malaise avec troubles ORL, ophtalmologiques et maux de tête. Des examens complémentaires ont été réalisés et c'est un mois après qu'un diagnostic de dissection de l'artère vertébrale gauche, sera porté. Elle se compliquera secondairement d'une thrombose complète entraînant des séquelles neurologiques. Aucune intervention neurochirurgicale n'a été effectuée. Il s'agit donc d'une dissection vertébrale qui s'est aggravée après une manipulation vertébrale, malgré un examen clinique effectué selon les règles des données actuelles de la science. Cette dissection vertébrale, qui était en cours, aurait entraîné des lésions neurologiques sans que nous puissions préciser si elles auraient été plus importantes ou moins importantes que les séquelles observées. Nous pouvons néanmoins considérer que ces lésions neurologiques ont été anticipées par les manipulations effectuées par le praticien, le lien de causalité n'est ni certain, ni exclusif. En effet, il est partiel et partagé avec l'état antérieur. Les soins dispensés ... me paraissent conformes aux données de la science. Les précautions prises lors des manipulations du rachis cervical, semblent effectives ; en effet, aucune anomalie n'est survenue lors de la première manipulation (si celle-ci avait été réalisée sans examen préalable, la pathologie

présentée lors de la seconde manipulation, aurait dû se manifester). Il n'existe à l'heure actuelle, conformément aux données, aucun soin ou intervention pouvant réparer ou améliorer les séquelles (à savoir une quadrianopsie supérieure gauche) - QD 2 / 7 - IPP 12 %."

DOSSIER N° 12

Sujet féminin âgé de 36 ans.

Motif de consultation : céphalées permanentes, quotidiennes, localisées au niveau frontal, temporal et péri-oculaire et cervico-dorso-lombalgies et sciatalgies à l'effort chez une patiente ayant subi une intervention chirurgicale pour hernie discale L5-S1 dix ans plus tôt, présentant une inversion de la courbure cervicale sur les radiographies

Traitement : selon la plaignante, manipulation par surprise en position orthostatique et, selon le Médecin généraliste, massage local au niveau d'une contracture musculaire à l'origine d'un malaise vagal avec récupération spontanée après repos en decubitus sans manipulation du rachis de type rotatoire ou autre manœuvre forcée à quelque niveau rachidien que ce soit

Plainte (devant le Conseil de l'Ordre des Médecins) : névralgie cervico-brachiale

Aucune expertise n'est pratiquée.

Conseil Régional de l'Ordre des Médecins : "Absence de faute déontologique ».

Dossier classé sans suite.

DOSSIER N° 13

Sujet masculin âgé de 27 ans.

Motif de consultation : sciatalgie à bascule, avec suspicion de hernie discale, à l'effort, à la défécation et à l'éternuement, résistant aux AINS.

Traitement : en position assise, manipulation rachidienne à titre de mouvement de torsion avec antépulsion du tronc par un Kinésithérapeute.

Plainte : douleur dans le membre inférieur droit en raison de laquelle il est pratiqué un scanner qui montre un canal étroit sur les trois derniers étages lombaires, l'absence de protrusion discale au niveau L3-L4, une protrusion para-médiane et débordant vers les deux foramens, associée à une hypertrophie arthrosique des massifs articulaires postérieurs en L4-L5 et l'absence de hernie ou protrusion discale en L5-S1 et pratiqué, après un traitement par repos et lombostat, une discectomie L4-L5 et une arthrolyse VOP puis une discectomie L4-L5 et enfin l'ablation du matériel résiduel et une arthrolyse L4-L5 avec greffe postéro-latérale.

Expertise Judiciaire : l'expert reproche au kinésithérapeute la manipulation qu'il a faite et conclue à une IPP résiduelle à 4/7 (commentaire : ce qui n'a aucun sens d'un point de vue médico-légal) à des Souffrances Endurées à 5/7, à un Dommage Esthétique 0.5/7, à un Préjudice d'Agrément et à un Retentissement Professionnel.

DOSSIER N° 14

Sujet masculin âgé de 40 ans.

Motif de consultation : lumbago.

Traitement : manipulation vertébrale par un Kinésithérapeute.

Plainte : cervicalgie et dorsalgie haute avec au scanner cervical petite saillie discale postérieure médiane en C4-C5 considérée comme sans caractère pathologique par le neurochirurgien qui conclue à un examen normal alors qu'un rhumatologue note un DIM (dérangement intervertébral mineur) bilatéral bas isolé.

Expertise Judiciaire: « Le plaignant se plaint de douleurs vertébrales rebelles consécutives, dit-il, à des manipulations cervicales pratiquées par le kinésithérapeute... Les conditions de réalisation des séances de kinésithérapie avec manipulations apparaissent tout à fait normales et conformes aux règles normales et reconnues dans cette spécialité. Les différents éléments suscités permettent d'estimer qu'aucune responsabilité ne peut être retenue de la part du kinésithérapeute."

DOSSIER N° 15

Sujet masculin âgé de (âge non communiqué).

Motif de consultation : rééducation après cure de hernie discale lombaire par un Kinésithérapeute.

Traitement : kinésithérapie à titre de balnéothérapie, massages sous infra-rouge, utilisation d'une technique myotensive sans rotation lombaire (technique interprétée à tort comme manipulative)

Plainte : exacerbation de la lombalgie sans anomalie nouvelle à l'I.R.M. avec prolongation de la période d'ITT

Dossier classé sans suite.

DOSSIER N° 16

Sujet masculin âgé de 33 ans.

Motif de consultation : cervicalgie post-traumatique et lombalgie.

Traitement : application de techniques kinésithérapiques sans manipulation vertébrale ni articulaire selon le Kinésithérapeute.

Plainte : impotence fonctionnelle de l'épaule droite, douleur et paresthésies du membre supérieur droit, douleur du rachis cervical, hypoesthésie dans le territoire de C7 D1, paresthésies du membre supérieur droit de topographie C7 et douleur de la colonne cervicale provoquées par la palpation de la région C7 avec à l'E.M.G. atteinte radiculaire C7 modérée

Expertise Judiciaire (ayant fait l'objet d'une contestation) :

« Analysons la manœuvre telle qu'elle a été décrite par le plaignant avec son vocabulaire qui, bien évidemment, n'est pas médical et telle qu'il la retranscrite à son médecin .

Le plaignant était couché à plat ventre, sur une table de massages et il s'attendait, dit-il, à avoir, comme cela était habituel, des séances de massages du dos, de la région des épaules et du cou car, à la suite de la conduite de camions il se plaignait fréquemment de douleurs de l'ensemble de la région dorsale, c'est-à-dire des régions para-cervicales inter-scapulo-vertébrales dorsales et lombaires et, en particulier, en regard des masses musculaires douloureuses et contractées.

Il explique qu'étant à plat ventre, le kinésithérapeute a voulu "débloquer ses épaules".

La description de la manœuvre est la suivante : Une main sert de point d'appui à la base de la région cervicale, à cheval sur la jonction cervico-thoracique et l'autre main placée à la face antérieure de la tête humérale la tire vers l'arrière.

Lors de l'expertise, le plaignant nous a bien précisé que le kinésithérapeute a voulu débloquer ses épaules et qu'il lui aurait dit "la gauche est bien venue, elle est libérée, par contre la droite est difficile à faire venir". Le plaignant dit que le kinésithérapeute a beaucoup forcé et, qu'enfin, il a perçu un important craquement et toujours d'après les déclarations du plaignant, il lui aurait dit : "ça a été difficile, mais elle est venue, c'est débloqué". La douleur a été immédiate. Elle est qualifiée de syncopale par le médecin traitant. Elle s'est très aggravée dans la nuit suivante et le plaignant précise qu'il a dû dormir en position semi-allongée en plaçant le bras droit derrière la tête, cette façon de se soulager est, en général, trouvée spontanément par les patients qui souffrent de douleurs aiguës d'une articulation de l'épaule et de névralgie cervico-brachiale car cela diminue les tensions des tissus péri-articulaires et, dans le cas du plaignant, de la racine nerveuse C7. Il a essayé de se soigner avec les médicaments qu'il avait en sa possession. Les douleurs se sont notablement majorées et la persistance d'une gêne fonctionnelle douloureuse à la fois diurne et nocturne lui a fait reconsulter son médecin.

La description, telle qu'elle nous a été donnée, de celle effectuée par le kinésithérapeute s'apparente à ce qu'il est convenu d'appeler des manipulations ostéo-articulaires. Il s'agit de gestes de courte amplitude, de grande rapidité qui, dans le cas du plaignant, ont été portés trop violemment et d'une manière répétitive. Elles sont connues dans les techniques de ce qu'il est convenu d'appeler la médecine manuelle et tout particulièrement en ostéopathie. Elles sont destinées à restaurer la mobilité et sans entrer dans les détails, deux grands groupes se distinguent :

- les manœuvres dites fonctionnelles qui comprennent un ensemble de traitements au niveau des fascias des muscles des ligaments des tissus mous
- les manœuvres dites structurelles consistant à des techniques manipulatives définies comme réalisées à grande rapidité et à faible amplitude et s'accompagnant, habituellement, d'un bruit audible de craquement articulaire qui est, en réalité, un phénomène de cavitation c'est-à-dire de permettre aux gaz en dissolution dans le liquide synovial, lorsque l'écart articulaire est suffisant, de pouvoir former une bulle d'air qui se redissout secondairement (c'est ce phénomène de cavitation qui est responsable du bruit articulaire, habituellement entendu, lors de ces techniques manipulatives avec thrust, c'est-à-

dire impulsion manipulative).

Dans le décours d'une séance de kinésithérapie, les manœuvres qui nous ont été décrites et qui ont consisté en des tractions sèches, violentes et répétitives sur l'articulation scapulo-humérale droite avec un point d'appui dans la région de la jonction cervico-thoracique et l'autre main en traction sur la tête de l'humérus, ne correspondent pas aux techniques habituelles de mobilisation douce, indolore, de la kinésithérapie mais bien plutôt aux techniques dites d'ostéopathie structurales.

En l'absence de toute autre cause et devant l'importance fonctionnelle et la douleur très amplifiée apparue dès l'exécution des manœuvres le soir même de la séance, tout porte à croire que les lésions objectives et concordantes notées à l'électromyogramme sont en rapport direct avec cette manœuvre."

Rapport critique : "Le kinésithérapeute nous confirme qu'il n'a jamais pratiqué de "manipulation" sur le plaignant qui est définie comme une manœuvre forcée, brutale, violente, que des craquements articulaires sont fréquemment perçus voire audibles lors des mobilisations passives ou actives des articulations. S'il y avait eu manipulation active brutale de l'épaule droite, le kinésithérapeute n'explique pas le lien direct qui aurait pu exister avec la seule atteinte de la racine nerveuse de C7 objectivée par l'électromyogramme : en effet, il y aurait eu élongation, traumatisme de l'ensemble des racines nerveuses du plexus brachial droit et non pas d'une seule racine nerveuse (C7). Nous ignorons si l'intéressé avait repris la boxe anglaise à cette époque, sport évidemment traumatisant et déconseillé compte-tenu des lésions cervicales constatées un an plus tôt. L'Expert ne paraît pas avoir interrogé à ce sujet le plaignant et aucune radiographie de la colonne vertébrale datée de façon précise qui aurait été pratiquée n'est évoquée par l'Expert dans son rapport : l'Expert n'avait pas eu communication de cette iconographie et qui était grandement nécessaire à son appréciation. De plus, le délai entre la manœuvre contestée et la consultation en urgence du médecin traitant, soit 7 jours, nous laisse interrogateur quant au lien direct de cette manœuvre et la névralgie cervico-brachiale droite séquellaire qui aurait dû être immédiate, concomitante de la dite manœuvre, qui "s'apparente à ce qu'il convenu d'appeler "des manipulations ostéo-articulaires" (cf page 15 du rapport de l'Expert). Le lien de causalité ne nous paraît pas corroboré de façon certaine entre les soins pratiqués et les séquelles alléguées. L'I.R.M. cervicale proposée n'ayant pas été réalisée, la pathologie cervicale alléguée s'est rapidement amendée comme le médecin l'écrivait (cf page 8 du rapport de l'Expert) "J'ai revu le plaignant. L'examen neurologique était redevenu normal et les douleurs s'étaient estompées lors du dernier examen. Les séances de kinésithérapeute, prescrites par le médecin traitant sont toujours en cours..."

DOSSIER N° 17

Sujet féminin âgé de 31 ans.

Motif de consultation : douleurs étagées sur toute la colonne et notamment au niveau de la charnière lombo-sacrée avec des irradiations sciatiques dans le membre inférieur gauche, dans un contexte de scoliose dorso-lombaire.

Traitement : après application de chaleur, massage et physiothérapie, mobilisation de l'articulation sacro-iliaque gauche en position de verrouillage lombaire et extension du sacrum pour protéger le disque par un Kinésithérapeute Etiopathe.

Plainte : sciatique par hernie discale au scanner traitée par micro-dissectomie ayant laissé subsister une raideur lombaire douloureuse

Avis du Médecin de la Compagnie : responsabilité discutable

Rejet de la réclamation.

Dossier classé sans suite.

DOSSIER N° 18

Sujet féminin âgé de 48 ans.

Motif de consultation : raideur cervicale dans un contexte radiographique de canal rétréci.

Traitement : après un diagnostic d'exclusion, manipulation cervicale (selon la technique de Mitchell et de Sutherland) par un Ostéopathe D.O. MROF.

Plainte : cervicalgie avec à l'I.R.M. protrusion discale latérale droite C6 C7 sans névralgie cervico-brachiale.

Expertise judiciaire : l'Expert conclue que la symptomatologie douloureuse alléguée par la patiente est

la conséquence de son état antérieur arthrosique et qu'il n'y a pas lieu de retenir une faute contre l'Ostéopathe.

DOSSIER N° 19

Sujet masculin âgé de (âge non communiqué).

Motif de consultation : scapulalgie gauche.

Traitement : traitement ostéopathique cervico-dorsal par un Ostéopathe D.O. MROF.

Plainte : névralgie cervico-brachiale C6 gauche apparue une dizaine de jours après la manipulation avec, au scanner cervical, une hernie cervicale C5-C6, latéralisée à gauche à l'entrée du foramen et à l'I.R.M. cervicale des discopathies étagées associées à une hernie médiane et para-médiane gauche C5C6 avec refoulement médullaire et amputation radiculaire et une petite hernie médiane D2D3 avec simple refoulement médullaire sans souffrance chronique, traitée par une cure de hernie discale cervicale et une greffe intersomatique.

Aucune suite.

DOSSIER N° 20

Sujet masculin âgé de 50 ans.

Motif de consultation : séquelles douloureuses d'un accident au niveau de la jambe gauche.

Traitement : bilan ostéopathique par un Ostéopathe D.O. MROF.:

« Afin d'établir un diagnostic d'exclusion c'est à dire de définir si son état actuel relevait d'un traitement ostéopathique, j'ai d'abord commencé par un interrogatoire après avoir relu mes notes précédentes. Il m'a déclaré qu'il était stressé et fatigué car il avait repris depuis peu une activité professionnelle nouvelle après une longue période de chômage, que ses vertiges matinaux avaient été de faible importance, que ses céphalées étaient en casque sans localisation précise, qu'il n'avait pas de troubles digestifs, urinaires, pulmonaires, cardiaques et vertébraux notables.

Après cette période de relaxation à l'issue de laquelle il semblait bien aller, je lui ai dit que j'allais pratiquer un bilan ostéopathique, pour savoir si les symptômes présentés ce jour ne constituaient pas une contre-indication à une prise en charge ostéopathique.

J'ai débuté l'examen en position assise. J'ai appliqué ma main gauche sur la partie frontale et ma main droite sur la partie occipitale du crâne. J'ai ensuite effectué une légère pression avec mes pouces sur chacune des bosses occipitales, au niveau des masses latérales de l'occiput puis au niveau des mastoïdes. J'ai placé mes pouces de part et d'autre de la ligne médiane dans la région sous-occipitale et j'ai alternativement effectué une légère pression avec un pouce puis avec l'autre de part et d'autre au niveau des apophyses transverses de C1 à la recherche d'une tension musculaire latéralisée.

J'ai effectué un léger appui postéro-antérieur au niveau des apophyses épineuses dans le sens de leur orientation de C2 à C7, de D1 à D12 et de L1 à L5. J'ai palpé l'arête sacrée et j'ai effectué une légère pression avec le majeur sur la pointe du coccyx en direction du sacrum. J'ai effectué une légère pression postéro-antérieure avec les pouces sur les épines iliaques postéro-supérieures et une légère traction antéro-postérieure sur les épines iliaques antéro-supérieures. J'ai palpé avec les pouces les articulations costo-vertébrales. Je n'ai rien découvert d'anormal au niveau des différents tests. J'ai demandé alors au patient de s'allonger en décubitus dorsal, le dossier de la table étant relevé avec une couverture sous la nuque pour rendre la position plus sûre et confortable. J'ai alors continué le bilan entrepris en effectuant de légères pressions à la partie antérieure du thorax : au niveau des clavicules, du sternum, des cartilages costaux, et des côtes. J'ai palpé la partie antérieure du crâne, l'abdomen comme il est indiqué sur les photos ci-jointes extraites de l'ouvrage de M. Chauffour, la voûte crânienne. Je n'ai pas mis en évidence au cours de ces tests d'anomalie représentant une indication de traitement ostéopathique.

J'ai alors entrepris de tester la cheville gauche pour comparer les informations avec celles obtenues lors de la précédente séance. Alors que je testais sans contrainte l'articulation tibio-tarsienne, le patient s'est mis à bailler et m'a paru « absent ».

Plainte : accident vasculaire cérébral à l'origine d'une hémiplégie.

Première Expertise Judiciaire : (la discussion d'un second Expert désigné au titre de l'instruction en raison de la contradiction entre les déclarations de l'épouse du patient et celles du praticien, n'a pas été communiquée). L'historique nous est connu par un rapport très complet, du moins en ce qui concerne la période qui a suivi l'AVC. « L'Expert a ainsi noté :

«Les séquences d'angio-I.R.M. restent de mauvaise qualité en raison d'un certain degré d'agitation du patient et ne montraient pas de sténose ou de thrombose majeure des artères cervicales »

«L'écho-doppler puisé permet de mettre en évidence une minime surcharge athéromateuse diffuse des axes carotidiens tant primitifs qu'internes avec de petites plaques fibrocalcifiées ostiales sans sténose anatomique et hémodynamique significative. Par contre il révèle l'existence d'un hématome pariétal de la paroi externe du bulbe carotidien gauche sans extension d'amont ni d'aval. Cette image aura régressé et disparu lors de l'échodoppler carotidien de contrôle réalisé le 23.08. 00. »... Elle «correspond à une hémorragie de la paroi artérielle qui a pu entraîner une occlusion transitoire de l'artère carotide interne gauche responsable d'une ischémie dans le territoire de l'artère sylvienne gauche, seul territoire irrigué par l'artère carotide interne gauche. La variante anatomique découverte à l'artériographie permet d'expliquer l'absence de circulation collatérale compensatrice et la sévérité de la symptomatologie clinique

Le compte-rendu opératoire nous apprend que le patient avait déjà présenté un hématome de la paroi de l'artère fémorale à gauche responsable d'une sténose serrée persistante nécessitant un traitement chirurgical. Le patient a présenté un nouvel épisode d'ischémie de l'artère fémorale gauche. L'évolution régressive permet légalement d'évoquer la survenue d'un hématome de la paroi artérielle. Au moment des manipulations, le patient suivait un traitement par Aspirine en raison de ses antécédents vasculaires, artériels et veineux : ce traitement favorise la survenue d'une lésion hémorragique.

A l'admission à l'hôpital, il est fait état d'un hématome cervical postérieur à hauteur de l'apophyse épineuse de C7. Compte-tenu de sa topographie, cet hématome ne peut pas être considéré comme étant en rapport avec une lésion hémorragique survenue au niveau de l'artère carotide interne. Il ne nous est pas possible de savoir si cet hématome résulte des manipulations ou s'il a pu être provoqué au cours du transfert ultérieur du patient d'hôpital à hôpital. L'existence de cet hématome par contre démontre clairement la facilité avec laquelle un saignement pouvait être provoqué.

Les hématomes de la paroi artérielle ou, lorsque la lésion est plus étendue, la dissection de l'artère carotide peut survenir de manière spontanée. Les antécédents récents d'un traumatisme cervical en général et d'une manipulation vertébrale cervicale en particulier sont souvent incriminés dans la littérature consacrée à cette pathologie.

Le patient présente par ailleurs d'importants facteurs de risque vasculaire tel qu'un tabagisme de 1 paquet à 1½ paquet de cigarettes par jour, une consommation régulière de boissons alcoolisées. » Au cours de l'hospitalisation on pourra mettre en évidence une augmentation modérée de l'homocystéine, facteur de risque supplémentaire d'accident vasculaire et de fragilité de la paroi artérielle.

Compte-tenu de la concordance chronologique de la manipulation vertébrale cervicale, de la survenue quasi-immédiate au cabinet même de l'Ostéopathe d'une hémiplegie, de la constatation d'un hématome pariétal au niveau du bulbe carotidien gauche, nous devons considérer que l'hémiplegie droite avec aphasie présentée par le patient est une conséquence directe de la manipulation vertébrale cervicale ayant entraîné un hématome de la paroi artérielle et, par voie de conséquence, une occlusion transitoire de l'artère carotide interne gauche. L'existence de facteurs de risque vasculaire, les antécédents d'une artériopathie des membres inférieurs déjà traitée, l'existence d'un traitement anti-agrégant susceptible de favoriser la survenue d'un hématome, auraient dû être mis en évidence par l'interrogatoire qui fait partie de toute consultation médicale, préalable à toute initiative thérapeutique et inciter à la plus extrême prudence. »

Avis du Médecin de la Compagnie :

Il est clair que le plaignant,

- qui présentait un terrain éthylo-tabagique et un état vasculaire pathologique bien connu et très documenté pour lequel il était sous aspirine à l'époque des faits,
 - qui avait une augmentation modérée de l'homocystéine (considérée comme un facteur de risque supplémentaire d'accident vasculaire et de fragilité de la paroi artérielle),
 - qui ne souffrait pas, selon les documents transmis, d'hypertension artérielle susceptible de constituer un facteur de risque supplémentaire,
 - qui avait présenté, le matin même du jour de son AVC, un prodrome (avec des signes d'ischémie transitoire ?) dont il n'a pas été fait état par l'Expert qui n'a pas pu recueillir son témoignage du fait de son aphasie
- a été victime d'un accident vasculaire cérébral, d'origine ischémique comme dans 80 à 85 % des cas d'AVC selon la littérature, (avec deux causes principales : l'obstruction et la rupture d'un vaisseau) qui a concerné l'hémisphère gauche correspondant au territoire carotidien (et donc pas au territoire vertébro-basilaire).

Il a été évoqué par l'Expert à l'origine de l'AVC du patient un traumatisme qui aurait été la conséquence d'une manipulation vertébrale mais, de toute évidence, il n'y a pas eu de manipulation. De toute manière, selon la littérature, les traumatismes donnent plutôt des accidents hémorragiques et les manipulations vertébrales sont impliquées de manière habituelle (dans plus de 92 % des cas) dans les accidents du territoire vertébro-basilaire plutôt que carotidien. En outre, il convient de rappeler que la fréquence des AVC post-manipulatifs en France est minime, de l'ordre de 2 accidents pour 10 millions de manipulations annuelles dont la moitié sont cervicales.

Le premier Expert n'a pas pu affirmer que l'AVC du patient était la conséquence d'une manipulation de l'Ostéopathe mais a parlé de concordance chronologique ce qui n'est pas une preuve d'imputabilité (on connaît des cas de patients faisant un infarctus du myocarde lors d'une visite chez leur cardiologue, ce qui n'implique pas pour autant la responsabilité du praticien)

1. parce qu'il n'a recueilli que le témoignage de son épouse qui a probablement interprété de manière erronée les gestes de l'Ostéopathe qui a aucun moment n'a touché la carotide et n'a pratiqué de geste manipulatif cervical ni même de simple rotation cervicale, d'autant que le motif de consultation concernait le membre inférieur gauche

2. parce que le patient présentait un terrain hautement prédisposant à la survenue d'accidents ischémiques (dont il avait d'ailleurs déjà été la victime)

3. parce que le patient a présenté un prodrome dont il ne s'est pas inquiété avant son arrivée au cabinet de l'Ostéopathe et que l'Expert n'en a pas été informé par son épouse

4. parce que l'AVC du patient était d'origine ischémique et que les accidents vasculaires post-manipulatifs sont plutôt d'origine hémorragique

5. parce que l'étiologie retenue par l'Expert consistait en un hématome pariétal de la paroi externe du bulbe carotidien gauche sans extension d'amont ni d'aval qui selon lui peut survenir de manière spontanée (ce qui avait d'ailleurs déjà été le cas chez le même patient) notamment sous traitement anti-agrégant (le patient était sous aspirine)

6. parce que l'état pathologique vasculaire antérieur du patient était en fait bien connu de l'Ostéopathe qui l'avait consigné dans le dossier du patient à la suite d'un interrogatoire effectué dans les conditions normales d'une consultation et que cet état l'incitait à la plus extrême prudence

Il est donc médico-légalement certain que le patient a présenté de manière fortuite au cabinet de l'Ostéopathe un accident vasculaire cérébral spontané, qui aurait pu survenir n'importe où ailleurs et dans n'importe quelle autre situation, et que l'Ostéopathe n'a aucune responsabilité dans la survenue de cet accident vasculaire cérébral.

Il apparaît clairement à travers le témoignage de l'Ostéopathe

- que l'état antérieur vasculaire pathologique du plaignant était connu du praticien qui l'avait noté lors d'une première consultation dont le motif était le même dans son observation

« problèmes circulatoires TA, cholestérol, Préviscan pour thromboses (5 phlébites), prothèse artérielle inguinale gauche, ancien accident jambe gauche »

- que l'AVC est survenu au cours d'un bilan de « Diagnostic Ostéopathique Spécifique » et non pas au cours de soins ostéopathiques

- que le bilan qui a été entrepris nécessitait un examen complet seul susceptible de permettre d'identifier la cause du ou des dysfonctionnements qui peuvent se trouver à distance de la ou des plaintes formulées par le patient et qu'il était donc normal de palper l'ensemble de l'organisme et notamment la région cervico--crânienne

- que ce bilan, pratiqué avec des techniques qui ne présentent aucun caractère de dangerosité, a été interrompu en raison d'un comportement anormal du patient à qui le praticien a donné du sucre en pensant dans un premier temps à une hypoglycémie qui est classiquement l'un des diagnostics différentiels des AVC

- que le praticien a fait preuve de la plus grande prudence, n'a pas palpé les carotides et n'a pas fait de manipulation vertébrale

d'une part parce qu'il n'y avait aucune indication à la suite de son examen et que le motif de consultation concernait le membre inférieur gauche

d'autre part parce qu'il pratique « Le Lien Mécanique Ostéopathique » méthode qui exclue les manipulations

- qu'en outre Il a fait également preuve de discernement et de diligence en faisant transporter le patient à l'Hôpital dès qu'il a constaté la survenue de l'accident vasculaire cérébral.

En conclusion, il apparaît à l'analyse des éléments du dossier que le praticien n'a fait aucune faute susceptible d'engager sa responsabilité.

Seconde Expertise Judiciaire : rapport non communiqué

Jugement après la seconde Expertise judiciaire : ordonnance de NON LIEU ainsi libellée :
"attendu que l'enquête n'a pas permis d'établir des charges suffisantes contre quiconque et notamment contre M. (ostéopathe) d'avoir commis les délits de blessures involontaires ayant entraîné une ITT supérieure à trois mois ... et d'exercice illégal de la médecine compte tenu de la loi du 4 mars 2002 concernant les ostéopathes, déclarons n'y avoir lieu à suivre en l'état..."

BIBLIOGRAPHIE

1. Giroud M, Fayolle H, André N, et al. - Incidence of internal carotid artery dissection in the community of Dijon. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994 ; 57 : 1443.
2. Schievink WI, Mokri B, Whisnant JP. - Internal carotid artery in a community. Rochester, Minnesota, 1987-1992. *Stroke* 1993 ; 24 : 1678-80.
3. Ducrocq X, Lacour JC, Debouverie M, Bracard S, Girard F, Weber M. - Accidents vasculaires cérébraux ischémiques du sujet jeune. *Rev Neuroi* 1999 ; 155 : 575-82.
4. Guillon B, Lévy C, Bousser MG. - Internal carotid artery dissection: an update. *J Neurol Sci* 1998 ; 153 : 146-58.
5. Grau AJ, Brandt T, Buggle F, et al. - Association of cervical artery dissection with recent infection. *Arch Neurol* 1999 ; 56 : 851-6.
6. D'Anglejan-Chatillon J, Ribeiro V, Mas JL, Youl BD, Bousser MG. - Migraine : a risk factor for dissections of cervical arteries. *Headache* 1989 ; 29 : 560-1.
7. Gallai V, Caso V, Paciaroni M, et al. - Mild hyperhomocyst(e)inemia : a possible risk factor for cervical artery dissection. *Stroke* 2001 ; 32 : 714-8.
8. Tzourio C, Cohen A, Lammise N, Biousse V, Bousser MG. - Aortic root dilatation in patients with spontaneous cervical artery dissection. *Circulation* 1997 ; 95 : 2351-3.
9. Guillon B, Biousse V, Tzourio C, Bousser MG. - Dissections des artères cervicales : données récentes, hypothèses physiopathologiques. *Rev Med Int* 1999 ; 20 : 412-20.
10. Guillon B, Tzourio C, Biousse V, Adraï V, Bousser MG, Touboul PJ. - Arterial wall properties in carotid artery dissection. An ultrasound study. *Neurology* 2000 ; 55 : 663-6.
11. Brandt T, Hausser 1, Orberk E, et al. - Ultrastructural connective tissue abnormalities in patients with spontaneous cervicocerebral artery dissections. *Ann Neurol* 1998 ; 44 : 281-5.
12. Biousse V, d'Anglejan-Chatillon J, Massiou H, Bousser MG. - Head pain in non-traumatic carotid artery dissection: a series of 65 patients. *Cephalalgia* 1994 ; 14 : 33-6.
13. Silbert PL, Mokri B, Schievink WI. - Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissections. *Neurology* 1995 ; 45 : 1517-22.
14. Biousse V, d'Anglejan-Chatillon J, Touboul PJ, Amarenco P, Bousser MG. - Time course of symptoms in extracranial carotid artery dissections. A series of 80 patients. *Stroke* 1995 ; 26 : 235-9.
15. Biousse V, Touboul PJ, d'Anglejan-Chatillon J, Lévy C, Schaison M, Bousser MG. - Ophthalmologic manifestations of internal carotid artery dissection. *Am J Ophthalmol* 1998 ; 126 : 565-77.
16. Schievink WI, Mokri B, O'Fallon MW. - Recurrent spontaneous cervical artery dissection. *N Engl J Med* 1994 ; 330 : 393-7.
17. Lucas C, Moulin T, Deplanque D, Tatu L, Chavot D. - Stroke patterns of internal carotid artery dissection in 40 patients. *Stroke* 1998 ; 29 : 2646-8.
18. Srinivasan J, Newell DW, Sturzenegger M, et al. - Transcranial doppler in the evaluation of internal carotid artery dissection. *Stroke* 1996 ; 27 : 1226-30.
19. Mas JL, Hénin D, Bousser MG, Chain F, Hauw JJ. - Dissecting aneurysm of the vertebral artery and cervical manipulation: a case report with autopsy. *Neurology* 1989 ; 39 : 512-5.
20. Sturzenegger M, Mattle HP, Rivoir A, Baumgartner RW. - Ultrasound findings in carotid artery dissection: analysis of 43 patients. *Neurology* 1995 ; 45 : 691-8.
21. De Bray JM, Lhoste P, Dubas F, Emile J, Saurnet JL. - Ultrasonic features of extracranial carotid dissections: 47 cases studied by angiography. *J Ultrasound Med* 1994 ; 13 : 659-64.
22. Lévy C, Laissy JP, Raveau V, et al. - Carotid and vertebral artery dissections: three-dimensional time-of-flight MR angiography and MR imaging versus conventional angiography. *Radiology* 1994 ;

190 : 97-103.

23. Leclerc X, Godefroy O, Sahli A, Lucas C, Leys D, Pruvo JP. - Helical CT for diagnosis of extracranial internal carotid artery dissection. *Stroke* 1996 ; 27 : 461-6.
24. Leys D, Moulin T, Stojkovic T, Begey S, Chavot D, Donald Investigators. - Follow-up of patients with history of cervical artery dissection. *Cerebrovasc Dis* 1995 ; 5 : 43-9.
25. Guillon B, Brunereau L, Biousse V, Djouhri H, Lévy C, Bousser MG. - Long-term follow-up of aneurysms developed during extracranial internal carotid artery dissection. *Neurology* 1999 53 : 117-22.
26. Brandt T, Caplan L. - Spontaneous arterial dissection. *Curr Treat Options Neuroi* 2001 ; 3 463-9.
27. Schievink WI. - Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. *N Engl J Med* 2001 ; 344: 898-906.
28. Molina CA, Alvarez-Sabin J, Schonewille W, et al - Cerebral microembolism in acute spontaneous internal carotid artery dissection. *Neurology* 2000 ; 55 : 1738-40.
29. Djouhri H, Guillon B, Brunereau L, et al. - MR angiography for the long-term follow-up of dissecting aneurysms of the extracranial internal carotid artery. *Am J Roentgenol* 2000 ; 174 27-34.
30. Derex L, Nighoghossian N, Turjman F, et al. - Intravenous tPA in acute ischemic stroke related to internal carotid artery dissection. *Neurology* 2000 ; 54 : 2159-61.
31. Schellehaas K.P., Latchavv R.E., Wendling L.R. et Gold L.H.A. - Lésions vertébro-basilaires survenant après manipulation cervicale. *JAMA*, 1980, 2-21, 877-882
32. Dupont C., Poirot I., Boisson D. et Eyssette M. - Locked-in syndrome après manipulation cervicale. A propos de deux cas. *Ann. réadapt. méd. Physique*. 1992, 35-2, 101-104
33. Hponkton A., Hamonet C., Montagne A. et Devaillay J.P. - Complications de la manipulation cervicale. Une observation de "locked-in syndrome. *Presse méd.* 1992, 21-42, 2050-2052
34. Chopard J.L., Moulin T., Lannuzel A., Crepin-Leblond T. et Cotte L. - Aspects médico-légaux des dissections des vaisseaux à destinée encéphalique après manipulations cervicales. A propos de 5 observations. *J. méd. lég.* 1993, 36-5-6, 355-365
35. Rosa A., Klein J., Penisson-Besnier L. et Dubas F. - Hématome cérébelleux après manipulations cervicales chez un homme de 48 ans. *Rev. neurol.* 1995, 151-12, 739-743
36. Vautravers P. et Lecocq J. - Traitement par manipulations vertébrales cervicales, Fréquence des accidents vasculaires. *Ann. méd. trafic* 1998, n 50, 35-42
37. Vautravers P. et Maigne J.Y. - Manipulations cervicales et principe de précaution. *Rev. rhum.* 2000, 67-5, 349-354
38. Vautravers P., Lecacheux J., Goussard J.C. - Principe de précaution et manipulations cervicales. - Principes de base des manipulations cervicales, - Accidents des manipulations du rachis cervical. *Journées de médecine orthopédique et de rééducation* 2001, 87-100
39. Hamonet C.I., Kponton-Akpabie A., Staub H., Keravel Y. et Bard-Frenot L. - Faut-il interdire les manipulations cervicales ? Aspects cliniques et médico-légaux. *Réadaptation*, 2002, n 489, 41-42
40. Hamonet C., Kponton-Akpabie A., Staub H., Keravel Y. et Bard-Frenot L. - Goussard J.C. - Faut-il interdire les manipulations cervicales ? Aspects cliniques et médico-légaux. - Pourquoi (et à qui) interdire les manipulations cervicales ? *Lettre méd. physique réadapt.* 2002, n 63, 44-47
41. Dupeyron A., Vautravers P., Lecocq J. et Isner-Horobeti M.E. - Evaluation de la fréquence des accidents liés aux manipulations vertébrales à partir d'une enquête rétrospective réalisée dans quatre départements français. *Ann. réadapt. méd. physique* 2003, 46-1, 33-40
42. Lemmens B., Kouyoumdjian L., Cotty P., Kieffer A. et Lavandier M. - Paralysie phrénique après manipulation vertébrale cervicale. *Presse méd.* 1992, 21-35, 1685-1686
43. Lecocq J. médecin de médecine physique - Indications et contre-indications des manipulations vertébrales » *La Lettre du Rhumatologue* - mars 2001 n°270
44. Guillon B. neurologue - Dissection artérielle cervicale : diagnostic et prise en charge – *Sang Thrombose Vaisseaux* - février 2002 Vol.14 N°2
45. Maigne R. M.D.- Les manipulations vertébrales. Expansion Scientifique Française Editeur, Paris, 1960
46. Digiovanna E.L. D.O. Professor and Chairperson et Schiowitz S. D.O. Distinguished Professor and Former Chairperson au New York College of Ostéopathe Medicine New York Institute of Technology à New York U.S.A. - An osteopathic approach to diagnosis and treatment. Lippincott-Raven Publishers New-York, 1997, p. 92.
47. Sueur G. Ostéopathe D.O. - L'ostéopathie. La santé au bout des mains. *Le Livre de Poche Pratique*, Jacques Grancher Editeur, Paris, 1992, p. 120
48. Issartel L. et M. Ostéopathes D.O. - L'Ostéopathie exactement. Collection Réponses Santé, Robert Laffont Editeur, Paris, 1983, p. 216
49. Bouzco S. M.D. - Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Paris, 1998

50. Piganiol G. M.D. - La pratique des manipulations vertébrales : risques et accidents. Aspects médico-légaux. Revue française du dommage corporel, 1990, 16-2, 345-350
51. Piganiol G. et collaborateurs. Les manipulations vertébrales. Bases théoriques, cliniques et biomécaniques. GEMABFC éd.1 vol, 432 p., Dijon 1988.
52. Derieu Alain - Aspects médico-légaux des thérapeutiques manuelles. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etudes relatives à la Réparation du Dommage Corporel 1986-1987.
53. Rolland A., Chiris M. et Piganiol G. - Manipulations vertébrales et mise en cause de la responsabilité du médecin. Rev. Inst. méd. lég. Champagne, 1990, 12, 29-34.
54. Dupont C., Poirot I., Boisson D. et Eyssette M. - Locked-in syndrome après manipulation cervicale.
55. Hponkton A., Hamonet C., Montagne A. et Devailly J.P. - A propos de deux cas. Ann. réadapt. méd. physique, 1992, 35-2, 101-104
56. Duchef Delaville F. Mémoire D.C. - Accidents lors des manipulations vertébrales. Aspects clinique et juridique., Paris 1992, 52 p.
57. Piganiol G. Les complications des manipulations vertébrales. - Traumatismes dorso-lombaires. Juridoc éd., Bruxelles, 1992, 109-120
58. Chopard J.L., Moulin T., Lannuzel A., Crepin-Leblond T. et Cotte L. - Aspects médico-légaux des dissections des vaisseaux à destinée encéphalique après manipulations cervicales. A propos de 5 observations. J. méd. lég., 1993, 36-5-6, 355-365
59. Goussard J.C. - La responsabilité pénale du médecin lors des manipulations vertébrales. A propos d'une observation. Mémoire D.C., Paris 1993, 98 p.
60. Vautravers P. - Les manipulations vertébrales. J. méd. Strasbourg, 1994, 25-1-2, 57-61
61. Bouquillon J.P. - Les manipulations vertébrales (ostéopathie, chiropraxie, vertébrothérapie, etc.). Législation française et européenne. Mémoire D.C., Grenoble 1992, 30 p.
62. Lecocq J. et Vautravers P. - Complications des manipulations vertébrales. Fréquence, aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques. Prévention Ann. réadapt. méd. physique, 1995, 38-2, 87-94
63. Fournier C. - Atteinte grave des artères vertébrales après manipulation. Rev. franç. D.C., 1988, 14-1, 77-79
64. Maissonnave J.P. - Intérêt et place des manipulations vertébrales dans le traitement des algies rachidiennes. Bordeaux méd., 1981, 14-16, 1073-1076.
65. Mottin A. - Les manipulations vertébrales / Heuleu J.N. - Traitement physique des lombalgies post-traumatiques Rev. franç. DC., 1990, 16-1, 75-85
66. Buffet J.J. - A propos d'un cas de syndrome de la queue de cheval, dans les suites d'une manipulation vertébrale et d'une infiltration cortisonée. Mémoire D.C., Lyon 1989, 30 p.
67. Schellhas K.P., Latchaw R.E., Wendling L.R. et Gold L.H.A. - Lésions vertébro-basilaires survenant après manipulation cervicale. JAMA, 1980, 2-21, 877-882
68. Bugnard M. - Etude médico-légale des manipulations vertébrales. Mémoire D.C., Lyon 1981, 49 p.
69. Roman J.P. - Etude médico-légale des manipulations vertébrales. Mémoire D.C., Marseille 1982, 35 p.
70. Falguieres M. - Etude sur les manipulations vertébrales : techniques, incidents, accidents, problèmes de réparation médico-légale des séquelles. Mémoire D.C., Montpellier 1984, 72 p.
71. Ducas M. - Les manipulations vertébrales. Indications et résultats. Mémoire D.C., Lyon 1985, 32 p.
72. Polydor J.P. et Bebeliski B. - Accidents vertébro-basilaires de la chiropraxie. J. réadapt. méd., 1986, 6-3, 106-107
73. Deurieu A. - Aspects médico-légaux des thérapeutiques manuelles. Mémoire D.C., Marseille 1987, 54 p.
74. Fillaudeau G. - Incidences médico-légales des manipulations vertébrales. Mémoire D.C., Paris 1989, 44 p.
75. Narat J.C. - Médecine et ostéopathie. Mémoire D.C., Paris 1990, 44 P.
76. Maigne R. - Qu'attendre et que redouter des manipulations vertébrales ? Médicorama, 1978, 231, 1-44
77. Caniot D. - Problèmes médico-légaux posés par la pratique des manipulations vertébrales. Mémoire D.C., Marseille 1978, 42 p.
78. Hartman L. S. - Manuel des techniques ostéopathiques. OMC Editeur, 1990.
79. Korr I. M. - Bases physiologiques de l'ostéopathie. Éditions Frison-Roche, 1993.
80. Kapandji I.A. - Physiologie articulaire. Tome 3 « Tronc et rachis ». Maloine, 1996.