

ACCIDENTS VASCULAIRES
SURVENUS A L'OCCASION
DE MANIPULATIONS VERTÉBRALES
ET AYANT FAIT L'OBJET D'UNE RECLAMATION
AUPRES DU GAMM, DE GROUPAMA ET D'AXA
ENTRE 1988 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 VASCULAIRES SURVENUS A L'OCCASION DE MANIPULATIONS VERTEBRALES
ET AYANT FAIT L'OBJET D'UNE RECLAMATION AUPRES DU GAMM, DE GROUPAMA ET D'AXA
ENTRE 1988 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) de GROUPAMA et d'AXA, a permis de recenser, en France, de 1988 à 2003, à la suite d'un accident vasculaire survenu dans le cadre d'une manipulation vertébrale : six dossiers concernant des médecins vertébrothérapeutes qualifiés, • généralistes ou spécialistes libéraux ou hospitaliers, ayant fait l'objet d'une réclamation, dont un seulement a abouti à l'indemnisation du patient,

un • dossier concernant un ostéopathe libéral non médecin, diplômé en ostéopathie, membre du Registre des Ostéopathes de France, pratiquant l'ostéopathie de manière exclusive, qui évolue vers une décision de non lieu.

METHODOLOGIE

Grâce à l'amabilité des Médecins Conseils du SOU MEDICAL, de MEDI-ASSURANCES, de GROUPAMA et d'AXA ASSURANCES, nous avons obtenu des Compagnies assurant la responsabilité civile en 2002

d'environ mille → médecins vertébrothérapeutes (leur nombre est resté quasi inchangé depuis 1995) dont 15 % de spécialistes en rhumatologie et rééducation-réadaptation fonctionnelle et 85 % de généralistes,

d'environ huit cents ostéopathes → (leur nombre a doublé depuis 1995) Diplômés en Ostéopathie, membres du Registre des Ostéopathes de France,

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 1988 à 2003 à la suite d'un accident vasculaire survenu à l'occasion d'une manipulation vertébrale.

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

RAPPEL

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 fibrosées.

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

Syndrome de Wallenberg

Il s'agit d'un infarctus du tronc cérébral au niveau de la région bulbaire rétro-olivaire, territoire vertébro-basilaire. C'est l'infarctus le plus décrit dans la sémiologie vertébro-basilaire. Il résulte le plus souvent d'une occlusion de l'artère vertébrale ou de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure (pica), et exceptionnellement de la classique artère de la fossette latérale du bulbe, branche issue de l'artère cérébelleuse ou de l'artère vertébrale. L'infarctus détruit la région bulbaire rétro-olivaire. La sémiologie est représentée par l'installation brutale d'un grand vertige rotatoire associé à des troubles de l'équilibre et des vomissements.

Du côté de la lésion (i.e. homolatéral) :

paralysie des nerfs mixtes♣ (IX, X, XI) avec troubles de la phonation et de la déglutition en rapport avec une paralysie de l'hémivoile (la luette est déviée du côté sain), paralysie de l'hémilarynx : signe du rideau (caractérisé par le déplacement de la paroi postérieure du pharynx du côté de la lésion. Il est lié à la contraction unilatérale du constricteur supérieur du pharynx), hoquet incoercible,

♣ syndrome vestibulaire, avec nystagmus rotatoire (atteinte des noyaux vestibulaires)

atteinte du nerf trijumeau (V) : anesthésie thermo-algique♣ de l'hémiface et de la cornée (racine descendante du trijumeau), syndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER - myosis, ptosis, énoptalmie

syndrome cérébelleux♣ par atteinte du faisceau spino-cérébelleux et/ou du pédoncule cérébelleux inférieur

Du côté opposé à la lésion (i.e. controlatéral) :

Anesthésie thermo-algique de l'hémicorps épargnant la face, avec respect de la sensibilité profonde, par atteinte du faisceau spino-thalamique. Ce syndrome est classiquement d'évolution bénigne, mais pose le problème des troubles de déglutition initiaux et de la survenue de douleurs tardives du côté atteint. Il ne comporte pas de sémiologie pyramidale, la voie pyramidale étant située en avant de l'olive bulbaire. On décrit parfois un syndrome de WALLEMBERG dépassé, lorsque l'ischémie s'étend en hauteur ou en largeur affectant alors la partie dorsale du bulbe avec le risque de mort subite par atteinte des centres cardio-respiratoires.

Dissection artérielle cervicale : diagnostic et prise en charge

par B.GUILLON neurologue Sang Thrombose Vaisseaux – Vol.14 N°2 février 2002

« Les dissections artérielles cervicales sont une cause fréquente d'infarctus cérébral chez le sujet jeune. Elles peuvent se produire spontanément ou résulter d'un traumatisme franc. Cependant, les dissections spontanées sont souvent précédées d'un traumatisme mineur ou d'une activité énergique. Typiquement, le patient présente des céphalées et/ou des cervicalgies du côté de la dissection associées à un signe de Claude Bernard-Horner, puis, quelques heures ou jours plus tard, des symptômes d'ischémie cérébrale ou rétinienne. Le diagnostic peut être confirmé par des investigations non invasives facilement accessibles (ultrasons, scanner et imagerie par résonance magnétique), et le recours à l'artériographie conventionnelle est rare. En l'absence d'études contrôlées, le traitement des dissections artérielles cervicales repose habituellement sur l'anti-coagulation à la phase aiguë, avec un relais par anti-agrégant plaquettaire après cicatrisation du vaisseau. Les indications d'acte endovasculaire ou chirurgical sont exceptionnelles.

Les dissections artérielles cervicales sont définies par l'irruption de sang dans la paroi artérielle de l'un des axes vasculaires cervicaux, à l'origine d'un hématome clivant les feuillets pariétaux. Il en résulte une occlusion, une sténose ou une dilatation anévrysmale du vaisseau. Pendant longtemps, les dissections ont été considérées comme une cause rare d'infarctus cérébral. Depuis la fin des années 1980, grâce à une meilleure caractérisation de la sémiologie et à la diffusion de techniques d'investigations non invasives, les dissections sont reconnues comme la principale cause d'accident vasculaire cérébral (AVC) de l'adulte jeune. Cette revue a pour objectif de présenter les principales données épidémiologiques concernant les dissections artérielles cervicales, les circonstances du diagnostic, la place des différentes investigations complémentaires et les modalités de prise en charge

thérapeutique. »

L'incidence annuelle des dissections artérielles cervicales est d'environ 3 pour 100 000 habitants. Ce taux étant évalué d'après des registres d'AVC, il est probablement sous-estimé. En effet, il ne prend en compte que les dissections prouvées et dépistées à l'occasion d'une ischémie cérébrale. Les formes bénignes, limitées à des signes locaux, et les formes graves, à l'origine d'un décès précoce, peuvent ne pas être identifiées. Les dissections représentent une faible proportion de l'ensemble des infarctus cérébraux (2 %), tous âges confondus. Cependant, cette proportion atteint 20 % des causes d'infarctus du sujet jeune (45 ans) et en est, dans cette tranche d'âge, la première cause identifiée.

L'âge moyen des patients présentant une dissection artérielle cervicale est de 40-45 ans, mais les enfants et des personnes plus âgées peuvent aussi être concernés. Il n'y a pas de prépondérance de sexe.

Les dissections cervicales sont habituellement classées en traumatiques (c'est-à-dire survenant après un traumatisme cervical ou encéphalique franc) et spontanées. Les dissections traumatiques sont rares en pratique médicale. Dans les dissections spontanées, on retrouve, lors d'un interrogatoire précis des patients, la notion d'une activité énergique ou d'un traumatisme « mineur » au cours des heures ou jours précédant la survenue des premiers symptômes, impliquant des mouvements de rotation ou flexion-extension du cou. Un tel facteur déclenchant est identifié dans environ 50 % des cas. De même, une infection récente, notamment des voies aériennes supérieures, est un facteur de risque récemment identifié. La responsabilité de facteurs microtraumatiques tels que toux, éternuements, et/ou humoraux, a été avancée. Si les facteurs de risque vasculaire habituels (notamment l'hypertension artérielle) ne sont pas associés au risque de dissection cervicale, d'autres facteurs sont reconnus, qui pourraient traduire un terrain prédisposant à leur survenue : la migraine (présente dans 20 à 40 % des cas), l'hyperhomocystéinémie modérée, les maladies héréditaires du tissu conjonctif et certaines anomalies de la paroi artérielle (dysplasie fibromusculaire, tortuosités des artères cervicales, anévrisme intracrânien asymptomatique, dilatation du segment initial de l'aorte et anomalies cardiaques telles que prolapsus de la valve mitrale ou dystrophies valvulaires, augmentation de la distensibilité de l'artère carotide). L'hypothèse d'une anomalie sous-jacente du tissu conjonctif prédisposante est étayée, outre les associations sus-citées, par la fréquente mise en évidence d'une désorganisation ultrastructurale du collagène et de l'élastine sur des biopsies cutanées. Cependant, la nature de cette anomalie demeure pour l'instant inconnue et est probablement non univoque.

Les dissections cervicales concernent l'artère carotide interne trois fois plus souvent que l'artère vertébrale. L'artère carotide primitive est exceptionnellement atteinte. Au niveau carotidien, l'hématome est souvent localisé 1 à 2 cm après le bulbe, s'étendant fréquemment jusqu'à la pénétration de l'artère dans le canal carotidien, ou au niveau du segment pré-pétreux. Sur l'artère vertébrale, le segment V3 est plus souvent atteint que le V2, le segment V1 étant habituellement épargné. Les dissections impliquent simultanément plusieurs axes artériels cervicaux dans 20 % des cas.

Dissections post-traumatiques des artères à destination cervico-céphalique : aspects médico-légaux par P. DAVERAT 37^e congrès de la F.F.A.M.C.E.

« Les dissections des artères cervicales ont acquis une place de plus en plus importante en pathologie vasculaire cérébrale depuis une vingtaine d'années. Elles étaient jusqu'alors considérées comme rares. Elles surviennent le plus souvent chez des sujets jeunes ; leur fréquence est probablement nettement sous-estimée puisque l'on estime actuellement qu'elles représentent 20 % des accidents ischémiques cérébraux des sujets de moins de 45 ans. Il est très important de les dépister suffisamment tôt car elles représentent un danger potentiel d'ischémie cérébrale grave. Le pronostic est en général favorable grâce à un traitement anticoagulant. Les dissections des artères cervicales extracrâniennes représentent 90 % des dissections cervico-encéphaliques. L'artère carotide interne est atteinte environ 4 fois plus souvent que l'artère vertébrale. Les dissections sont multiples dans 15 à 20 % des cas.

Sur le plan médico-légal, elles méritent d'être connues dans la mesure où il n'y a pas de relation avec l'intensité du traumatisme et où on a pu mettre en évidence des circonstances particulières dans le cadre des accidents de la voie publique.

Les dissections des artères cervico-encéphaliques résultent du clivage de la paroi artérielle par un hématome. Ce clivage est d'étendue variable et peut ou non communiquer avec la lumière artérielle.

Schématiquement, on classe les dissections cervico-encéphaliques traumatiques et spontanées. La distinction est facile lorsqu'il existe un traumatisme cervical ou cérébral franc : accident de la voie

publique, strangulation, manipulation cervicale, choc cervical direct. Néanmoins dans la majorité des cas, la dissection survient après un traumatisme mineur ou une activité un peu énergique impliquant des mouvements de rotation ou de flexion-extension du cou.

Sans vouloir être exhaustif, on retiendra :

- gestes médicaux (intubation trachéale, cathétérisme jugulaire)
- hyperextension de la tête (repeindre un plafond)
- rotation forcée de la tête (effectuer un créneau en voiture)
- « montagnes russes »
- conversation téléphonique prolongée avec un téléphone bloqué sur l'épaule
- sport sans traumatisme violent. »

[...] C'est lorsque le traumatisme est mineur que se posera le problème d'imputabilité médico-légale, En effet, la disposition des artères cervico-céphaliques contre les structures osseuses du rachis cervical supérieur font quelles peuvent être étirées ou comprimées lors de simples mouvements de flexion-extension forcés de la tête. Il importerait de rechercher un facteur favorisant sous-jacent. Il a été évoqué le rôle pathogène des infections des voies aériennes supérieures et la nature favorisante d'un terrain migraineux antérieur.

Le diagnostic différentiel le plus important, est représenté par les anomalies artérielles rentrant dans le cadre d'affections du tissu conjonctif. Certaines affections héréditaires sont bien connues (syndrome d'Ehlers-Danlos, syndrome de Marfan, ostéogénèse imparfaite). La dysplasie fibromusculaire est une anomalie artérielle présente chez 15 à 20 % des patients ayant une dissection cervicale. Le diagnostic en est difficile, souvent fait par l'artériographie seule qui montre une irrégularité pariétale avec aspect en « pile d'assiettes ». Les redondances ou tortuosités artérielles (boucles, plicature) représentent également un facteur favorisant et sont présentes chez 50 à 60 % des patients ayant fait une dissection et chez 10 à 20 % des témoins.

[...] Or même un traumatisme bénin peut avoir des conséquences dramatiques par un mécanisme de dissection vasculaire qui peut entraîner des tableaux d'hémiplégie grave.

[...] Il faut enfin insister sur son bon pronostic puisque dans 70 % d'entre elles récupèrent sans séquelle. »

La pratique des manipulations vertébrales : risques et accidents. Aspects médico-légaux. par G. PIGANOL M.D. Rev. franç. dommage corp., 1990, 16-2, 345-350.

« ...Elles (les complications) surviennent au cours des manipulations cervicales, surtout des cervicales hautes. Elles peuvent prendre un mode bénin (petit épisode de vertige passager), mais elles peuvent être plus graves, voire dramatiques ou même mortelles. Leur évolution est le plus souvent résolutive, mais elles peuvent laisser des séquelles importantes et graves. Elles sont dues à l'atteinte de l'artère cérébelleuse inférieure et les neurologues les rapprochent du syndrome de l'artère latérale du bulbe de Charles Foy. C'est en effet un mécanisme vasculaire qui est habituellement retenu. L'artère vertébrale est fixée en haut par les attaches atloïdo-axoïdiennes et dure-mériennes et en bas par la traversée des canaux transversaires. Les études anciennes de De Kleijn et Nieuwenhuys ont montré que l'inclinaison de la tête risque d'interrompre le flux vertébral du côté opposé. Des artériographies ont confirmé ce fait. Trente-sept cas ont été rapportés par Dumas et Guard, onze malades sont décédés. La gravité de ces manipulations est telle que certains ont proposé, à partir d'un certain âge, de faire systématiquement un examen au doppler des vaisseaux cervicaux, avant toute manipulation. Après l'accident, l'artériographie vertébrale précisera les lésions. Mais à côté de ces accidents dramatiques, il existe des modalités un peu moins graves mais simplement sérieuses, régressant progressivement. Il existe aussi des incidents bénins. La manipulation vertébrale, quel que soit son niveau, et surtout dans la région cervicale, entraîne un « orage » végétatif que les patients perçoivent souvent comme un état de fatigue mettant plusieurs jours à s'amender. Les effets secondaires bénins indésirables sont des courbatures, une aggravation temporaire de la symptomatologie précédant la guérison, des réactions végétatives immédiates sudation, chute tensionnelle, tremblements, etc. A partir de l'âge moyen de la vie, l'altération des artères vertébrales les rend plus vulnérables et rigides. Ces artères ont un trajet particulièrement surprenant, enfilant les apophyses transverses à partir de C6 et décrivant une courbe au-dessus de l'atlas qui donne du jeu pour permettre les mouvements du cou, mais la moindre malformation congénitale, en particulier l'existence d'un canal osseux au niveau de l'atlas ou d'une asymétrie des artères vertébrales qui est très fréquente, la moindre compression par une arthrose ou une ostéophytose, qui devient inévitable avec l'âge, la rendent vulnérable. Certaines précautions peuvent diminuer le risque de telles complications mais Védrinne, en 1968, signale cependant le décès d'un

homme de 39 ans par syndrome bulbaire au cours d'un simple examen clinique, sans aucune manœuvre forcée. Il existe aussi un observation d'accident vasculaire cérébral grave par une simple hyperextension de la tête, au cours d'un travail de peinture de plafond... »

Manipulations cervicales et principe de précaution
par P. VAUTRAVERS et J.Y. MAIGNE Rev. Rhum. 2000 67-5 349-354

« Les manipulations cervicales sont responsables d'accidents graves d'ordre neurologique. Ils sont rarissimes et le plus souvent imprévisibles. Pour répondre aux risques de prévention et de précaution, il est judicieux de diminuer le nombre de manipulations pratiquées.

Cinq recommandations consensuelles ont été proposées :

- recherche d'accidents même minimales lors d'une manipulation précédente qui contre- indiqueraient toute nouvelle manipulation
- examen clinique préalable, en particulier neurologique
- respect des contre-indications et indications reconnues
- exigence d'une compétence affirmée du médecin manipulateur
- prudence quant aux manipulations cervicales de première intention. »

DOSSIER N° 1

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 anévrisimal, 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 a permis à l'expert de considérer qu'elle a bénéficié d'une information satisfaisante concernant les complications éventuelles 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° 2

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 antinomie, 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° 3

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° 4

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 IRM 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° 5

Sujet âgé de 40 ans.

Motif de consultation : cervicalgie postérieure latéralisée à droite avec irradiation antérieure ascendante sus-orbitaire droite associée à une exacerbation algique lors des mouvements du cou, en particulier lors de l'hyperextension, invalidante et insomnante, à la suite d'un week-end de bricolage, traitée par infiltration pour une névralgie d'Arnold typique à droite, avec un bilan radiologique cervical normal et un scanner objectivant l'absence d'anomalie du canal rachidien et des vertèbres.

Traitement : seconde manipulation vertébrale en rotation gauche du rachis cervical, réalisée en position assise avec soulèvement par traction axiale, après première manipulation en rotation gauche du rachis cervical par un Médecin, suivie d'une exacerbation des douleurs, immobilisation par collier, traitement médical et physiothérapie.

Plainte : malaise une dizaine de minutes environ après la manipulation en relation avec une dissection vertébrale droite et syndrome de Wallenberg (dans son assignation, le patient fait état d'une thèse de Doctorat soutenue en 1984 par le Docteur Truchetet qui indique que les accidents dramatiques sont toujours le fait d'une erreur ou d'un défaut de diagnostic et/ou de technique et il est produit par la défense qui évoque l'existence de complications fortuites et rapporte l'avis du Professeur Piganiol qui a écrit : "La plupart de ces accidents sont liés à l'absence et à l'insuffisance de diagnostic, le non respect de la technique et des contre-indications, l'existence de manoeuvres brutales sans contrôle de sécurité. Dans ces conditions, en définitif, il n'est pas possible d'exclure absolument la survenue d'accidents au cours ou à la suite d'une opération de manipulations vertébrales convenablement préparées et menées.")

Jugement après expertise judiciaire : "Attendu, qu'il est constant que ce sont bien les manipulations vertébrales auxquelles s'est livré le praticien qui ont entraîné chez le patient une lésion de l'artère vertébrale droite dont les séquelles neurologiques sont considérables. Attendu, que le praticien ne peut pas être tenu responsable du préjudice corporel subi par son patient que pour autant qu'il est établi que le praticien a commis une faute soit dans la proposition du diagnostic et de la thérapeutique à employer, soit dans la préparation de la manipulation vertébrale, soit enfin dans la réalisation du geste médical. Attendu que dans le domaine de l'art médical, le Tribunal ne peut être éclairé que par les conclusions des experts qui ont discuté avec précision la nature articulaire des douleurs, la possibilité de faire appel aux manipulations vertébrales, la rareté de l'accident présenté par le patient, les précautions prises par le praticien antérieurement à ces manipulations et ont confirmé que le

praticien a procédé de façon consciencieuse, attentive et conforme aux données actuelle de science (en ce qui concerne la qualité du geste médical, les précautions habituellement exigées pour ce genre de manipulations ont été ici scrupuleusement respectées et même dépassées.) le praticien n'a pas commis de faute technique lors de l'accomplissement du geste médical.”

DOSSIER N° 6

Sujet âgé de 33 ans.

Motif de consultation : cervicalgie.

Traitement : seconde manipulation par un Médecin suivie d'un malaise grave justifiant une hospitalisation immédiate.

Plainte : syndrome de Wallenberg et syndrome de Claude-Bernard Horner avec d'importantes séquelles (entraînant une IPP de l'ordre de 20 %) pour lesquelles la victime fait état de la notion de "faute incluse" qui existe en cas de la gravité particulière du dommage en discordance avec la banalité et la bénignité de l'acte de soins.

Expertise judiciaire : il évoque l'existence d'un état antérieur (malformation congénitale avec dysplasie des deux artères vertébrales) il dit qu'il existe un lien certain entre la manipulation vertébrale cervicale et l'apparition d'une lésion neurologique déficitaire, mais ne retient pas la notion de faute médicale dans la manipulation (réalisée dans les règles de l'art avec les précautions habituelles) et constate l'absence d'indication médicale rendant obligatoire une artériographie préalable à toute manipulation d'autant qu'il s'agit d'une investigation présentant certains risques.

Tribunal : Il établit qu'aucune faute (consistant à ne pas avoir prodigué les soins appropriés et attentifs dans le respect des données actuelles de la science) ne peut être reprochée au praticien susceptible d'engager sa responsabilité civile (responsabilité de moyens et non de résultat) ce que conteste d'autant moins la patiente qui fait valoir la notion de faute incluse ainsi constituée : un acte médical nécessaire au traitement, un risque connu mais de réalisation exceptionnelle à l'origine d'un dommage gravissime sans rapport avec l'état antérieur et considère que le dommage actuel ne représente pas un caractère d'une extrême gravité puisqu'il ressort d'un examen fait à sa demande qu'elle reste atteinte d'une capacité permanente de l'ordre de 20 %, elle est déboutée de ses demandes.

DOSSIER N° 7

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 hémiplégie, de la constatation d'un hématome pariétal au niveau du bulbe carotidien gauche, nous devons considérer que l'hémiplégie 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, Lammie N, Biouesse V, Bousser MG. - Aortic root dilatation in patients with spontaneous cervical artery dissection. *Circulation* 1997 ; 95 : 2351-3.
9. Guillon B, Biouesse 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, Biouesse 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 I, Orberk E, et al. - Ultrastructural connective tissue abnormalities in patients with spontaneous cervicocerebral artery dissections. *Ann Neurol* 1998 ; 44 : 281-5.
12. Biouesse 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. Biouesse 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. Biouesse 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, Hélin 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 Cl., 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 Medecine 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. Falguières 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.

ACCIDENTS
DE MANIPULATIONS VERTÉBRALES
AYANT FAIT L'OBJET D'UNE RECLAMATION
AUPRES DU GAMM ET DE GROUPAMA
ENTRE 1988 ET 1995

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 DE GROUPAMA ENTRE 1988 ET 1995

par Michel de ROUGEMONT *

Les thérapeutiques manuelles sont de plus en plus pratiquées. Les incidents et les accidents, de plus en plus fréquents, sont susceptibles d'engager la responsabilité de ceux qui les utilisent. La recherche, auprès du GAMM (Sou Médical et Médi-Assurances) et de GROUPAMA Rhône-Alpes, a permis de recenser, en France, de 1988 à 1995, à la suite d'un accident dû à une manipulation vertébrale, dix neuf dossiers concernant des médecins vertébrothérapeutes qualifiés, généralistes ou spécialistes libéraux, ayant fait l'objet d'une réclamation de la part de leurs patients, dont quatre ont abouti à la condamnation du praticien à indemniser la victime, un dossier concernant un ostéopathe libéral non médecin, diplômé en ostéopathie, membre du Registre des Ostéopathes de France, pratiquant l'ostéopathie de manière exclusive, qui a abouti à un non lieu et cinq dossiers concernant des kinésithérapeutes libéraux dont deux ont vu leur responsabilité confirmée par la justice. L'analyse de ces dossiers a montré que la responsabilité des praticiens n'était habituellement retenue qu'en cas de faute médicale (erreur de diagnostic, faute de traitement ou de surveillance ou absence de consentement éclairé) dûment démontrée, de préjudice et de lien d'imputabilité entre le préjudice subi et la faute commise mais que la notion de perte de chance pouvait être prise en compte dans le cas où la faute médicale n'était pas évidente, et que l'instauration d'un dialogue avec la victime ou sa famille favorisait un traitement amiable des dossiers de plainte.

En ce qui concerne le consentement éclairé, il convient de rappeler que, depuis 1997, par un revirement de la jurisprudence, la Cour de Cassation fait incombler au seul praticien la charge de la preuve qu'il a bien informé son patient des risques de son intervention ce qui implique que tout praticien mis en cause doit pouvoir prouver qu'il a bien respecté son devoir d'information.

* 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 le Docteur Robert MAIGNE qui a établi la règle de "la non douleur et du mouvement contraire" ("Les manipulations vertébrales") : "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." (1)

- 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 Osteopathic Medicine New York Institute of Technology à New York U.S.A. ("An osteopathic approach to diagnosis and treatment") : "Thrusting Techniques : The best known of all manipulative techniques are the high-velocity, low amplitudes 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 skin. Treatment must be localized and applied to the specific joint. A "shotgun" approach to an entire area of the spine is inappropriated 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." (2)

. Selon Gérard SUEUR Ostéopathe D.O. ("L'ostéopathie" - Livre de Poche)

"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 vitesse..." 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." (3)

. Selon Lionelle et Marielle ISSARTEL D.O. ("L'Ostéopathie exactement" - Réponses Santé - Robert Laffont)

"Différences entre le thrust ostéopathique 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." (4)

METHODOLOGIE

Grâce à l'amabilité des Médecins Conseils du SOU MEDICAL, de MEDI-ASSURANCES, et de GROUPAMA, nous avons obtenu des compagnies assurant la responsabilité civile d'environ mille médecins dont 20 % de spécialistes en rhumatologie et rééducation-réadaptation fonctionnelle et 80 % de généralistes vertébrothérapeutes en 95 et d'environ trois cent non médecins ostéopathes diplômés en ostéopathie, membres du Registre des Ostéopathes de France, en 95, 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 1988 à 1995 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 ou à d'autres périodes concernant les deux professions étudiées.

Nous avons trouvé, parmi tous les dossiers qui nous sont parvenus, après une laborieuse recherche effectuée par les compagnies, tout comme le Docteur Serge BOUZCO dans sa thèse pour l'obtention de son doctorat en médecine en 1998 (5), un certain nombre de dossiers faisant état d'accidents consécutifs à des manipulations vertébrales pratiquées par des médecins vertébrothérapeutes et des kinésithérapeutes et nous avons trouvé un dossier évoquant un accident consécutif à une manipulation vertébrale pratiquée par un non médecin, ostéopathe diplômé en ostéopathie, membre du Registre des Ostéopathes de France, pratiquant l'ostéopathie de manière exclusive, qui en fait a abouti à une ordonnance de non-lieu.

Nous n'avons trouvé aucun dossier faisant état d'une erreur de diagnostic (un dossier a retenu notre attention car il paraissait de prime abord entrer dans le cadre de notre étude : en fait, ce n'a pas été le cas car il s'est agi d'une plainte, déposée en 91 pour un retard au diagnostic de tuberculose vertébrale, qui a été classée sans suite en 95).

RESULTATS

Les dix neuf dossiers trouvés étudiés pendant la période de 1988 à 1995 se répartissent en :

- dossiers classés sans suite sans expertise : 11
- dossiers classés sans suite après expertise amiable : 1
- dossiers classés sans suite après expertise judiciaire : 7
- dossiers avec responsabilité retenue sans expertise classés sans suite : 1
- dossiers avec responsabilité retenue après expertise judiciaire et classés sans suite : 1
- dossiers avec responsabilité retenue après expertise amiable et processus d'indemnisation : 2
- dossiers avec responsabilité retenue après expertise judiciaire et processus d'indemnisation : 2.

La responsabilité a été retenue six fois après expertise judiciaire et a concerné quatre médecins et deux kinésithérapeutes. Un processus d'indemnisation est intervenu six fois.

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

- la survenue d'une entorse C1-C2 d'évolution favorable (séquelles minimales) après une manipulation cervicale pratiquée sans bilan neurologique et radiologique et sans information préalable du patient
- la persistance d'une cervicalgie après une manipulation sans bilan radiographique préalable chez un patient souffrant d'une fracture-luxation récente en C6-C7 traitée secondairement chirurgicalement avec un effet favorable
- la survenue d'une luxation de l'épaule d'évolution favorable sans séquelle
- la survenue d'une sciatique après une manipulation lombaire avec la nécessité d'une intervention rapide en raison d'un conflit disco-radicaire avec une évolution favorable
- l'aggravation d'une sciatique après une manipulation lombaire avec la nécessité d'une intervention de dissection puis d'arthrodèse avec une évolution favorable
- la survenue d'une sciatique après une manipulation lombaire avec la nécessité d'une nucléolyse en raison d'un conflit disco-radicaire avec une évolution favorable .

Au terme de cette étude, il apparaît que :

- la fréquence des accidents par manipulations vertébrales est très faible
- les accidents graves sont rares
- le traitement amiable des dossiers de plainte est plus fréquent que le traitement judiciaire
- 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 oeuvre

.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 (si l'indication est bien portée, le risque thérapeutique n'a pas lieu d'être supérieur à la maladie).

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

-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 la notion de perte de chance est susceptible d'être prise en compte si l'atteinte fonctionnelle est consécutive à un acte médical nécessaire au traitement, si le risque, connu mais de réalisation exceptionnelle, est à l'origine d'un dommage gravissime sans rapport avec l'état antérieur et si la faute médicale n'est pas évidente.

PRESENTATION DES DOSSIERS

DOSSIER N°1

Sujet d'âge non connu

Motif de consultation : douleur dorsale d'origine accidentelle évoluant depuis plusieurs semaines

Traitement : trois séances de traitement ostéopathe et manipulation vertébrale par un ostéopathe non médecin D.O. M.R.O.F.

Plainte : aggravation de la douleur rachidienne

Expert Judiciaire : constate l'absence d'anomalie à l'examen clinique et radiologique et retient un lien de causalité entre les manoeuvres supposées et les douleurs du plaignant.

Ordonnance de non lieu ainsi libellée : « ... Cependant, l'Expert se réfère aux seules déclarations de Monsieur X et a estimé que la manoeuvre de l'ostéopathe, telle que décrite effectuée sur l'état antérieur potentiellement aggravant, avait pu être à l'origine des douleurs ressenties postérieurement, établissant ainsi un lien de causalité...Hors, en l'état de l'information et de la première expertise réalisée à partir des seules déclarations du plaignant en ce qui concerne le geste critique, il n'apparaît aucun élément déterminant établissant une manipulation intempestive et des blessures en lien causal avec la dite manipulation. Attendu, que dans ces conditions, il n'existe pas de charge suffisante contre les sus-nommés d'avoir commis les infractions visées ci-dessus, déclarons là, les personnes mises en examen, hors de cause. »

DOSSIER N° 2

Sujet âgé de 41 ans.

Motif de consultation : scapuloalgie gauche, boule para-vertébrale gauche de la taille d'une noisette douloureuse et irradiation dans le membre supérieur gauche.

Traitement : deux infiltrations de l'épaule gauche pour PASH et quatre manipulations de C4-C5 par un médecin.

Plainte : la patiente déclare avoir présenté dans les suites du traitement manuel une incapacité à se

servir de son bras en raison d'une intense douleur du bras et de la région de l'omoplate gauches, avec, à la myélographie cervicale, une petite saillie postérieure du disque C4-C5, un canal rétréci et surtout une compression radiculaire C7 gauche par hernie discale C6-C7 et avoir subi une intervention chirurgicale de dissectomie complète (avec le diagnostic nôté par le chirurgien de névralgie cervico-brachiale évoluant depuis deux ans et d'aggravation récente antérieure au traitement vertébrothérapeutique) un repos en decubitus de trois mois et un arrêt de travail d'un an et demi, et son avocat prétend que sa cliente n'aurait en aucun cas dû être manipulée

Expert judiciaire :

.il fait état des doléances (céphalées, douleurs sous-occipitales avec parfois nausées et vertiges, douleurs des deux membres inférieurs et du sein gauche, manque de force du côté gauche et douleurs des deux membres supérieurs plus fortes à gauche) constate à l'examen une nette atrophie du trapèze gauche et du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche

.il note : "La radiographie du 12.01.84 a été correctement interprétée par le praticien qui connaissait la patiente depuis plusieurs années. Il a été consulté pour ... un problème cervical de type névralgie C4-C5, qu'il a manipulé de manière douce et non douloureuse. L'évolution s'est faite vers une aggravation."

.il remarque qu'il est possible que la manipulation ait favorisé l'exclusion ou la déchirure d'une hernie préexistante, mais que, compte-tenu de l'antériorité des symptômes de hernie cervico-brachiale par rapport à la manipulation, il n'est pas absolument pas possible de dire qu'elle a créé l'affection d'autant que les manipulations cervicales douces font partie des traitements classiques de cette pathologie discale

.il conclut : "Pour n'avoir relevé aucune omission documentaire ou une insuffisance de diagnostic, les cinq manipulations effectuées par le praticien étaient compatibles avec le diagnostic de névralgie cervico-brachiale. Nous n'avons relevé aucune faute médicale. Dans ce cas, nous n'avons pas à en décrire les conséquences au plan des répercussions physiques et psychiques par l'intéressée."

DOSSIER N°3

Sujet âgé de 40 ans

Motif de consultation : cervicalgie postérieure latéralisée à droite avec irradiation antérieure ascendante sus-orbitaire droite associée à une exacerbation algique lors des mouvements du cou, en particulier lors de l'hyperextension, invalidante et insomnante, à la suite d'un week-end de bricolage, traitée par infiltration pour une névralgie d'Arnold typique à droite, avec un bilan radiologique cervical normal et un scanner objectivant l'absence d'anomalie du canal rachidien et des vertèbres.

Traitement : seconde manipulation vertébrale en rotation gauche du rachis cervical, réalisée en position assise avec soulèvement par traction axiale, après première manipulation en rotation gauche du rachis cervical par un médecin, suivie d'une exacerbation des douleurs, immobilisation par collier, traitement médical et physiothérapie.

Plainte : malaise une dizaine de minutes environ après la manipulation en relation avec une dissection vertébrale droite et syndrome de Wallenberg (dans son assignation, le patient fait état d'une thèse de Doctorat soutenue en 1984 par le Docteur Truchetet qui indique que les accidents dramatiques sont toujours le fait d'une erreur ou d'un défaut de diagnostic et/ou de technique et il est produit par la défense qui évoque l'existence de complications fortuites et rapporte l'avis du Professeur Piganiol qui a écrit : "La plupart de ces accidents sont liés à l'absence et à l'insuffisance de diagnostic, le non respect de la technique et des contre-indications, l'existence de manoeuvres brutales sans contrôle de sécurité. Dans ces conditions, en définitif, il n'est pas possible d'exclure absolument la survenue d'accidents au cours ou à la suite d'une opération de manipulations vertébrales convenablement préparées et menées.")

Jugement après expertise judiciaire : "Attendu, qu'il est constant que ce sont bien les manipulations vertébrales auxquelles s'est livré le praticien qui ont entraîné chez le patient une lésion de l'artère vertébrale droite dont les séquelles neurologiques sont considérables. Attendu, que le praticien ne peut pas être tenu responsable du préjudice corporel subi par son patient que pour autant qu'il est établi que le praticien a commis une faute soit dans la proposition du diagnostic et de la thérapeutique à employer, soit dans la préparation de la manipulation vertébrale, soit enfin dans la réalisation du geste médical. Attendu que dans le domaine de l'art médical, le Tribunal ne peut être éclairé que par les conclusions des experts qui ont discuté avec précision la nature articulaire des douleurs, la possibilité de faire appel aux manipulations vertébrales, la rareté de l'accident présenté par le patient, les précautions prises par le praticien antérieurement à ces manipulations et ont confirmé que le praticien a procédé de façon consciencieuse, attentive et conforme aux données actuelles de science (en ce qui concerne la qualité du geste médical, les précautions habituellement exigées pour ce genre

de manipulations ont été ici scrupuleusement respectées et même dépassées.) le praticien n'a pas commis de faute technique lors de l'accomplissement du geste médical.”

DOSSIER N° 4

Sujet âgé de 33 ans.

Motif de consultation : cervicalgie.

Traitement : seconde manipulation par un médecin suivie d'un malaise grave justifiant une hospitalisation immédiate.

Plainte : syndrome de Wallenberg et syndrome de Claude-Bernard Horner avec d'importantes séquelles (entraînant une IPP de l'ordre de 20%) pour lesquelles la victime fait état de la notion de "faute incluse" qui existe en cas de la gravité particulière du dommage en discordance avec la banalité et la bénignité de l'acte de soins.

Rappel concernant le Syndrome de Wallenberg :

Il s'agit d'un infarctus du tronc cérébral au niveau de la région bulbaire rétro-olivaire, territoire vertébro-basilaire. C'est l'infarctus le plus décrit dans la sémiologie vertébro-basilaire. Il résulte le plus souvent d'une occlusion de l'artère vertébrale ou de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure (pica), et exceptionnellement de la classique artère de la fossette latérale du bulbe, branche issue de l'artère cérébelleuse ou de l'artère vertébrale. L'infarctus détruit la région bulbaire rétro-olivaire.

La sémiologie est représentée par l'installation brutale d'un grand vertige rotatoire associé à des troubles de l'équilibre et des vomissements.

Du côté de la lésion (i .e. homolatéral) :

+paralysie des nerfs mixtes (IX, X, XI) avec troubles de la phonation et de la déglutition en rapport avec :

-paralysie de l'hémivoile (la luette est déviée du côté sain),

-paralysie de l'hémilarynx : signe du rideau (caractérisé par le déplacement de la paroi postérieure du pharynx du côté de la lésion. Il est lié à la contraction unilatérale du constricteur supérieur du pharynx),

-hoquet incoercible,

+syndrome vestibulaire, avec nystagmus rotatoire (atteinte des noyaux vestibulaires)

+atteinte du nerf trijumeau (V) : anesthésie thermo-algique de l'hémiface et de la cornée (racine descendante du trijumeau), syndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER - myosis, ptosis, énoptalmie,

+syndrome cérébelleux par atteinte du faisceau spino-cérébelleux et/ou du pédoncule cérébelleux inférieur.

Du côté opposé à la lésion (i.e. controlatéral)

Anesthésie thermo-algique de l'hémicorps épargnant la face, avec respect de la sensibilité profonde, par atteinte du faisceau spino-thalamique.

Ce syndrome est classiquement d'évolution bénigne, mais pose le problème des troubles de déglutition initiaux et de la survenue de douleurs tardives du côté atteint.

Il ne comporte pas de sémiologie pyramidale, la voie pyramidale étant située en avant de l'olive bulbaire.

On décrit parfois un syndrome de WALLEMBERG dépassé, lorsque l'ischémie s'étend en hauteur ou en largeur affectant alors la partie dorsale du bulbe avec le risque de mort subite par atteinte des centres cardio-respiratoires.

Selon Guy PIGANIOL (6) :

« ...Elles (les complications) surviennent au cours des manipulations cervicales, surtout des cervicales hautes. Elles peuvent prendre un mode bénin (petit épisode de vertige passager), mais elles peuvent être plus graves, voire dramatiques ou même mortelles. Leur évolution est le plus souvent résolutive, mais elles peuvent laisser des séquelles importantes et graves. Elles sont dues à l'atteinte de l'artère cérébelleuse inférieure et les neurologues les rapprochent du syndrome de l'artère latérale du bulbe de Charles Foy. C'est en effet un mécanisme vasculaire qui est habituellement retenu. L'artère vertébrale est fixée en haut par les attaches atloïdo-axoïdiennes et dure-mériennes et en bas par la traversée des canaux transversaires. Les études anciennes de De Klejn et Nieuwenhuys ont montré que l'inclinaison de la tête risque d'interrompre le flux vertébral du côté opposé. Des artériographies ont confirmé ce fait. Trente-sept cas ont été rapportés par Dumas et Guard, onze malades sont décédés. La gravité de ces manipulations est telle que certains ont proposé, à partir d'un certain âge, de faire systématiquement un examen au doppler des vaisseaux

cervicaux, avant toute manipulation. Après l'accident, l'artériographie vertébrale précisera les lésions. Mais à côté de ces accidents dramatiques, il existe des modalités un peu moins graves mais simplement sérieuses, régressant progressivement. Il existe aussi des incidents bénins. La manipulation vertébrale, quel que soit son niveau, et surtout dans la région cervicale, entraîne un « orage » végétatif que les patients perçoivent souvent comme un état de fatigue mettant plusieurs jours à s'amender. Les effets secondaires bénins indésirables sont des courbatures, une aggravation temporaire de la symptomatologie précédant la guérison, des réactions végétatives immédiates sudation, chute tensionnelle, tremblements, etc. A partir de l'âge moyen de la vie, l'altération des artères vertébrales les rend plus vulnérables et rigides. Ces artères ont un trajet particulièrement surprenant, enfilant les apophyses transverses à partir de C6 et décrivant une courbe au-dessus de l'atlas qui donne du jeu pour permettre les mouvements du cou, mais la moindre malformation congénitale, en particulier l'existence d'un canal osseux au niveau de l'atlas ou d'une asymétrie des artères vertébrales qui est très fréquente, la moindre compression par une arthrose ou une ostéophytose, qui devient inévitable avec l'âge, la rendent vulnérable. Certaines précautions peuvent diminuer le risque de telles complications mais Védrinne, en 1968, signale cependant le décès d'un homme de 39 ans par syndrome bulbaire au cours d'un simple examen clinique, sans aucune manœuvre forcée. Il existe aussi un observation d'accident vasculaire cérébral grave par une simple hyperextension de la tête, au cours d'un travail de peinture de plafond... »

Expert judiciaire : il évoque l'existence d'un état antérieur (malformation congénitale avec dysplasie des deux artères vertébrales) il dit qu'il existe un lien certain entre la manipulation vertébrale cervicale et l'apparition d'une lésion neurologique déficitaire, mais ne retient pas la notion de faute médicale dans la manipulation (réalisée dans les règles de l'art avec les précautions habituelles) et constate l'absence d'indication médicale rendant obligatoire une artériographie préalable à toute manipulation d'autant qu'il s'agit d'une investigation présentant certains risques.

Tribunal : Il établit qu'aucune faute (consistant à ne pas avoir prodigué les soins appropriés et attentifs dans le respect des données actuelles de la science) ne peut être reprochée au praticien susceptible d'engager sa responsabilité civile (responsabilité de moyens et non de résultat) ce que conteste d'autant moins la patiente qui fait valoir la notion de faute incluse ainsi constituée : un acte médical nécessaire au traitement, un risque connu mais de réalisation exceptionnelle à l'origine d'un dommage gravissime sans rapport avec l'état antérieur et considère que le dommage actuel ne représente pas un caractère d'une extrême gravité puisqu'il ressort d'un examen fait à sa demande qu'elle reste atteinte d'une capacité permanente de l'ordre de 20 %, elle est déboutée de ses demandes.

DOSSIER N°5

Sujet âgé de 37 ans.

Motif de consultation : coxalgie droite surtout en position assise, ne gênant pas la course, avec bilan radiographique ne montrant qu'une discrète hypertrophie bilatérale du bourrelet cotyloïdien, avec constat clinique d'une dysfonction L4-L5 droite et L5-S1 gauche et d'un déséquilibre pelvien d'environ 10 mm confirmé par la radio, et avec diagnostic de douleur projetée sur la hanche droite d'origine rachidienne

Traitement : après une première manipulation suivie de la prescription d'une talonnette et d'un repos sportif strict de sept jours non suivi, seconde manipulation par un médecin, à l'origine d'une douleur lombaire vive puis infiltration au niveau de la hanche droite (avec le diagnostic de bursite).

Plainte : lombalgie persistante qui entraîne une consultation auprès d'un professeur qui constate un examen clinique sans particularité avec une mobilité de la hanche droite et du rachis lombaire normale, sans signe évoquant une pathologie péri-articulaire, avec, sur les radiographies du bassin, une calcification péri-cotyloïdienne droite, qui hésite entre une pathologie tendineuse et une pathologie liée à la calcification péri-cotyloïdienne et qui conclue à des lombalgies secondaires à une manipulation vertébrale pour une douleur de hanche et préconise l'ablation de la talonnette et l'abstention thérapeutique, après une IRM de la hanche droite qui montre l'absence de toute anomalie ostéo-articulaire de la coxo-fémorale et une zone en hyper-signal pouvant traduire un aspect inflammatoire au niveau de la bourse trochantérienne, un nouveau contrôle radiographique du rachis lombaire sur lequel il est mentionné un spina bifida occulta de L5 et un scanner qui n'objective pas de hernie discale ni de spondylolisthésis et révèle des gaines radiculaires normales.

Expert judiciaire :

.il considère que, pour les deux premières manipulations, le patient a été relativement informé par le praticien du mécanisme des manifestations douloureuses, de la technique et de ce qu'il pouvait attendre comme résultat de la manipulation et qu'en ce qui concerne la troisième manipulation, il

existe une différence entre les dires des parties et qu'il ne peut trancher.

.il note qu'en l'absence d'efficacité de l'infiltration dans le diagnostic de tendinite de hanche, compte-tenu des antécédents de dorso-lombalgies et compte-tenu de l'échec du traitement antérieur de kinésithérapie, il était licite d'avoir recours à des séances de manipulations vertébrales même si après leur échec, il était logique de revenir au diagnostic de tendinite du moyen fessier.

.il déclare qu'en ce qui concerne le mécanisme de la réaction douloureuse que le patient a noté au décours de la manipulation, celle-ci a peut-être réveillé la pathologie discale invoquée par le scanner pratiqué ultérieurement.

.il ne fait pas mention d'un traitement qui n'aurait pas été conforme aux données acquises de la science médicale et, il ne se prononce pas sur l'origine des symptômes ressentis au décours de la troisième séance de vertébrothérapie, qui peuvent-être soit liés à la manipulation elle-même soit constitués du réveil des lombalgies pour lesquelles il avait consulté.

.il ne fait pas état d'une faute du praticien.

DOSSIER N°6

Sujet âgé de 50 ans.

Motif de consultation : lombalgie irradiant dans la cuisse gauche.

Traitement : après bilan radiographique objectivant au niveau du rachis cervical une dysharmonie de courbure à titre d'ébauche de cyphose en C4-C5, une arthrose marquée caractérisée par de gros becs ostéophytiques antérieurs et latéraux et par des discopathies dégénératives étagées C5-C6, C6-C7 et C7-D1 et une discrète arthrose inter-apophysaire postérieure et, au niveau du rachis lombaire, une diminution de hauteur des deux derniers disques inter-vertébraux L4-L5 et L5-S1, trois séances de traction cervicale et de percussion para-cervicale droite par un médecin.

Plainte : après survenue à la suite de la seconde séance de sensations de perte d'équilibre et de mouvements oculaires en position couchée non signalés au praticien, survenue à la suite de la troisième séance d'acouphènes, de nausées et de vertiges aux changements de position, banalisés par le praticien alerté, avec nécessité d'un traitement médical, d'une consultation auprès d'un ORL et d'une hospitalisation pour un nouveau traitement médical, avec persistance par la suite d'acouphènes droits dans un contexte de baisse de 30 décibels de l'acuité auditive droite sur la fréquence 8000, de sensations vertigineuses intermittentes, de céphalées occipitales, de troubles du sommeil, de cervicalgies avec gêne à la rotation droite et irradiation dans le membre supérieur droit, de lombalgies avec irradiation à la face postérieure de la cuisse gauche et de douleurs du talon gauche.

Expert judiciaire :

.il note qu'il s'agit d'un tableau douloureux qui devrait progressivement s'améliorer hormis sur le plan des acouphènes qui devraient être définitifs et que les soins du praticien ont été consciencieux et attentifs, qu'ils ont été pratiqués après un examen clinique et une lecture des radiographies cervicales, que le traitement réalisé dans le but de récupérer une liberté articulaire du rachis cervical dans la manoeuvre en traction axiale est conforme aux données acquises de la science.

.il souligne qu'il n'existe pas de relation entre le traitement et l'apparition du syndrome de Ménière apparu 48 heures après la troisième manipulation, la littérature ne retenant un lien temporel que de quelques heures seulement entre une manipulation d'une manoeuvre rotatoire forcée et les premiers signes neurologiques habituellement décrits dans les dissections post-traumatiques survenant dans de telles circonstances.

.il déclare "Si on admet par ailleurs une origine vasculaire à un syndrome neurologique, la tension provoquée sur les vaisseaux, en particulier les artères vertébrales, par une traction axiale du cou est inférieure du fait de la résistance ligamentaire à un étirement provoqué par la simple rotation physiologique du cou, c'est la raison pour laquelle une traction axiale n'est pas une manoeuvre agressive." et en déduit qu'il n'existe donc pas de corrélation entre le rachis cervical et les acouphènes dont il est dit qu'aucune manoeuvre cervicale ne peut améliorer l'existence antérieure.

.il conclue que le praticien n'a pas commis de faute susceptible d'engager sa responsabilité professionnelle.

Commentaire du médecin de siège : "Les tractions cervicales sont, en principe, réservées à des situations très précises de pathologie discale, sans conflit disco-radiculaire, elles ne doivent et ne devraient être réalisées qu'en milieu spécialisé. Dans le cas présent l'indication peut être discutée. Les acou-phènes présentés secondairement peuvent être en outre le fait d'un déséquilibre vasculaire de l'oreille moyenne ou interne à partir de l'âge moyen de la vie, peuvent survenir spontanément par sclérose vasculaire et naturellement être favorisés par toute agression loco-régionale notamment au niveau des artères vertébrales. De ce fait, l'imputabilité est donc possible mais non certaine."

DOSSIER N°7

Sujet âgé de 43 ans.

Motif de consultation : cervicalgie consécutive à une atteinte traumatique qualifiée par l'hôpital d'entorse bénigne du rachis cervical traitée par une immobilisation au moyen d'un collier en mousse pendant dix jours sans bilan radiographique hospitalier.

Traitement : après diagnostic d'une dysfonction cervicale (dont l'origine ne peut être précisée) au palper-rouler d'une pathologie portant sur les racines C8, C6 et C3 droites, en l'absence d'atteinte neurologique par l'appréciation de la force musculaire et des réflexes ostéo-tendineux des membres supérieurs, sans vérification toutefois de la sensibilité superficielle, profonde ou thermique, traitement manuel par un médecin par une forme de pressothérapie associée à un massage musculaire relaxant, sans manipulation ni mobilisation, chez une patiente prétendant avoir déjà été bilantée.

Plainte : persistance de la cervicalgie malgré plusieurs manipulations vertébrales avec, après bilan radiographique cervical objectivant une fracture luxation en C6-C7, un aspect de fracture du massif articulaire supérieur gauche, un arrachement du bord supérieur de l'arc postérieur de C6 et une discopathie en C6-C7, une position vicieuse des articulaires postérieures avec une fusion du côté gauche, nécessité d'une greffe osseuse et d'une ostéo-synthèse.

Expert judiciaire : il reproche au praticien :

.d'avoir fait preuve de négligence en ne demandant pas de bilan radiographique à la recherche d'une entorse ou d'une éventuelle fracture dans les suites immédiates de l'accident en admettant toutefois qu'il existe depuis peu une économie imposée des pratiques radiologiques en traumatologie d'urgence lorsqu'il n'existe pas de signe clinique neurologique.

.d'avoir fait des manipulations vertébrales (même si elles se sont limitées à des gestes anodins) sans diagnostic précis tant clinique (il n'a pas vérifié la mobilité cervicale pour des raisons de doctrine personnelle) que radiographique qui constitue donc une obligation de sécurité et de prudence. il déclare :

.que les données cliniques, l'absence de lésion médullaire radiologique et la stabilité de la fracture sur les radiographies pré-opératoires avec la présence d'un cal osseux, conduisent à penser que l'intervention chirurgicale n'avait qu'un but antalgique.

.que l'absence de réduction de la luxation sur les radiographies en flexion et en extension du rachis cervical et l'existence de ponts osseux entre certaines vertèbres traduisant une fracture consolidée sur le compte-rendu opératoire, permettent de conclure que la fracture avait un minimum d'ancienneté de deux mois et un maximum non datable

.qu'aucun élément formel ni à la lecture radiologique ni à la lecture du compte-rendu opératoire ne permet d'affirmer que cette fracture date effectivement de l'accident et qu'à contrario, il n'existe pas d'élément permettant d'éliminer cette relation de cause à effet direct

.que l'intervention chirurgicale ne doit pas être rattachée à l'absence de diagnostic initial mais bien à une fracture luxation rachidienne dont la date de survenue n'est pas établie

.que l'opération n'avait aucun caractère d'urgence, que son opportunité reste discutable puisqu'il n'y a avait pas d'instabilité rachidienne (la fracture étant consolidée) de syndrome radiculaire ni de signe d'aggravation d'un éventuel syndrome médullaire et qu'elle n'est pas imputable à un défaut de diagnostic initial.

Mise en examen du praticien pour blessures involontaires.

DOSSIER N°8

Patiente âgée de 37 ans

Motif de consultation : torticolis à la suite d'un faux mouvement pour lequel sont prescrites six séances de massages et rééducation par un kinésithérapeute

Traitement : lors de la quatrième séance, manipulation vertébrale par kinésithérapeute

Plainte : exacerbation temporaire des douleurs cervicales avec examen clinique normal par un neurologue treize jours plus tard.

Le kinésithérapeute déclare avoir eu entre les mains des radiographies du rachis cervical antérieures à l'accident avec un compte-rendu qui mentionnait, selon lui, l'existence d'un anté-lysthésis de C3-C4. Il précise qu'il a utilisé des techniques tout à fait traditionnelles de rééducation rachidienne et considère ne pas avoir procédé à des manipulations.

Selon le médecin conseil de la compagnie,

-les trois premières séances se sont déroulées sans problème, mais à partir de la quatrième séance sont apparues des douleurs importantes que la victime a imputé à des manipulations effectuées par

le kiné

-par la suite, la victime a consulté plusieurs médecins dont son médecin traitant et un neuro-chirurgien
-à aucun moment, il n'est toutefois apparu de troubles importants pouvant comporter un quelconque préjudice

-la victime a par la suite bénéficié d'autres séances de kinésithérapie chez un autre praticien et elle a porté un collier pendant quatre mois

-onze mois plus tard, il ne subsistait que des douleurs à l'effort lors du port de charges lourdes et lors du jardinage

-le kinésithérapeute a signalé que lors de la séance incriminée, la victime n'a pas signalé de phénomène douloureux aiguës lors de la réalisation des gestes de kinésithérapie, qu'elle n'a pas non plus fait part de l'existence de douleurs aiguës ni de gêne particulière lors de son passage au cabinet le lendemain pour régler les séances

Expert judiciaire : il fait état des déclarations de la victime qui affirme que, lors de la quatrième séance à l'occasion d'une manœuvre d'étirement et de rotation du rachis cervical, elle a ressenti comme un craquement, elle est repartie avec son collier et que ses douleurs se sont exacerbées dans le courant de la nuit, qui déclare que quinze jours plus tard, elle a été examinée par un autre praticien, d'un service à orientation neurologique et rhumatologique, qui a noté un examen clinique normal, retrouvant un rachis souple sans contracture musculaire et a demandé un bilan radiographique qui a montré une discrète sub-luxation de C3-C4 en flexion, qu'elle a alors consulté un neurochirurgien qui a noté : "il n'y a aucune radiculalgie, l'examen neurologique est normal. Les radiographies montrent une discrète sub-luxation C3-C4 qui n'a en fait pas de caractère inquiétant. On peut reprendre les séances de massage."

L'expert note au niveau des antécédents :

-en cours d'adolescence de nombreuses séances de rééducation du rachis pour une attitude cyphotique

-douze ans et un an avant l'affaire, un syndrome dépressif suivi par psychothérapeute

-trois ans avant l'affaire, par le même kiné, quinze séances de rééducation du rachis dorso-lombaire

L'expert note dans sa discussion "La responsabilité du kiné n'apparaît nullement engagée dans l'existence des doléances et des maux dont a souffert la victime, en effet le kinésithérapeute a dix ans d'expérience de cabinet libéral. Aucune radio n'avait été prescrite par le médecin traitant. Il connaissait bien les antécédents de la patiente pour l'avoir déjà soignée. Tous ces éléments incitaient à la plus grande prudence. La description des manœuvres effectuées est conforme au décret du 26.08.85 régissant les actes autorisés au kinésithérapeutes. La majoration de la douleur ressentie par la patiente a été différée par rapport à l'acte dans la nuit et au lendemain. Il n'y pas de vertige qui aurait pu témoigner d'un trouble vasculaire complication réputée d'une manipulation vertébrale intempestive effectuée sur un rachis arthrosique par dérangement vertébral. Le rachis n'est d'ailleurs pas arthrosique et donc non sujet à cette complication. Il n'y a pas non plus eu de manifestation neurologique. Deux semaines après le début de l'affaire, il a été constaté un rachis souple et sans contracture et il a été envisagé de la renvoyer au psychiatre. Un mois après le début de l'affaire, après avoir éliminé toute atteinte neurologique, le neurochirurgien a conseillé la reprise d'une rééducation. Il n'en reste pas moins qu'une majoration des douleurs s'est produite après la quatrième séance de rééducation dans la nuit et le lendemain. Une majoration ces douleurs est possible après une simple kinésithérapie sans faute thérapeutique et nécessiterait leur arrêt momentané."

DOSSIER N° 9

Patient âgé de 29 ans

Motif de consultation : lombalgie pour laquelle sont prescrites dix séances de massages et rééducation par un kinésithérapeute.

Traitement : Les cinq premières séances se déroulent sans problème à raison d'une par semaine. A la sixième séance, le patient se retrouvant bloqué, il est revu par le kinésithérapeute qui pratique une séance d'étirements et un bandage par élastoplaste et qui note des signes de type sciatique sans atteinte sensitive motrice. Une nouvelle séance du même genre est effectuée sans résultat. Le patient est renvoyé au médecin traitant qui constate une sciatique L5 avec abolition de l'achilléen droit et diminution de la force musculaire du releveur des orteils, prescrit un arrêt de travail et des AINS. En l'absence d'amélioration, il est fait un scanner qui objectivait une petite hernie discale L4-L5 droite refoulant la racine et une autre hernie SI gauche non compressive. Quatre mois plus tard, il est effectué une chimio-nucléolyse en l'absence d'amélioration.

Plainte : il est reproché au kiné d'avoir procédé à des manipulations ayant entraîné les hernies discales. Expertise du 10.04.96 du médecin du recours qui fait état de manipulations. Il considère qu'il

existait chez un sujet jeune une raideur constitutionnelle des muscles ilio et ischio-jambiers qui ont entraîné une dégénérescence discale se manifestant par des lombalgies basses posiflonnelles, justifiant initialement parfaitement des étirements des muscles ischio-jambiers, que ces troubles fonctionnels ne pouvaient pas être améliorés par une manipulation lombaire, que dès l'accentuation des phénomènes douloureux lombaires, le kinésithérapeute aurait dû arrêter toute manipulation lombaire et adressé le malade auprès de son médecin traitant. Il déclare que la troisième manipulation a vraisemblablement eu pour effet de décompenser une pathologie lombaire en entraînant deux hernies discales.

Expert judiciaire : « Il s'agit donc d'un patient lombalgique depuis des années de façon modérée et intermittente, menant une vie normale, qui s'est vu prescrire à la suite d'une poussée de lombalgie de la rééducation. Cette rééducation a été prescrite de façon simple. Après cinq séances sans effet, il a été pratiqué d'autres techniques qui s'apparentent très nettement à des manipulations malgré les allégations du kinésithérapeute. Le patient était à l'évidence informé qu'il s'agissait de manipulations puisqu'il est difficile de ne pas s'en rendre compte. Dans la discussion, il faut préciser que la rééducation de la lombalgie commune est un acte habituel nécessitant une démarche diagnostic précise. Le principe thérapeutique de la rééducation doit passer par l'indolence, il y a plusieurs type de rééducation possible pour les patients. Parmi ceux-ci, la rééducation de type Mézière est la plus bénigne s'apparentant à des étirements et également à des méthodes d'éducation vertébrale et de renforcement musculaire. Les thérapeutiques manuelles manipulatoires sont rarement indiquées. Elles ne peuvent être envisagées que dans des conditions particulières en présence de lombalgies récidivantes en respectant le principe de la non douleur. La législation française réserve d'ailleurs les manipulations vertébrales aux docteurs en médecine capables d'établir un diagnostic précis. Il y a donc eu à l'évidence un dépassement de la prescription qui n'était pas nécessaire. Selon les termes demandés dans la mission, les actes pratiqués n'étaient pas pleinement justifiés ni conformes aux données acquises de la science médicale. Il n'y a pas, par contre, eu de négligence dans la prise en charge ultérieure de ces actes, le patient ayant été revu en temps utile. Il est par contre difficile de dire formellement s'il y a une imputabilité directe entre la sciatique et ces manipulations. Il existait en tout cas en L5-S1 une lombalgie sans doute ancienne avec une protrusion discale banale. En L4-L5, il y a par contre sûrement eu un facteur de décompensation d'un disque instable ce qui est sans doute le facteur favorisante de la sciatique L5 droite. Le patient ayant été traité à deux étages, on ne peut cependant considérer que toutes les lésions sont directement consécutives aux manipulations, mais simplement à la moitié de celles-ci. Il n'est d'ailleurs pas habituel de traiter deux étages à la fois et les difficultés de diagnostic l'expliquait peut être dans ce cas précis. Dans cette affaire, il ne semble pas qu'il y ait eu un descriptif très précis des manoeuvres pratiquées par le kiné. Il ne semble pas avoir été interrogé directement. En effet, le kiné déclare qu'il n'y a pas eu de manipulations, les séances ayant consisté en des massages, étirements posturaux et pose de bandes élastoplaste. La victime est toujours sortie du cabinet sans reproches ni réclamations et sans douleur aggravée selon le kiné. »
Affaire en cours

DOSSIER N°10

Patient âgé de 22 ans

Motif de consultation : sciatalgie à bascule, suspicion de hernie discale avec douleur à l'effort, à la défécation, à l'éternuement, résistance aux AINS dans un contexte de radiographie de la colonne lombaire mettant en évidence une inégalité de longueur du membre inférieur gauche de 13 mm entraînant une bascule du bassin, une attitude scoliotique du rachis lombaire, l'absence de pincement discal et d'anomalie de la structure osseuse vertébrale, un anal lombaire un peu limite en L5, pour laquelle sont prescrites des séances de massages et rééducation par un kinésithérapeute.

Traitement : manipulation lors de la première séance.

Plainte : le patient déclare que lors de cette première séances il a ressenti une douleur dans le membre inférieur droit accompagnée d'une sensation de malaise avec nausées, que lors de la deuxième séance, il a bénéficié d'un massage et que la douleur initiale a augmenté, et qu'il n'est pas allé au troisième rendez-vous.

Expert judiciaire : il note que selon les déclarations de l'intéressé, le kinésithérapeute a effectué une manipulation vertébrale qui n'était pas prescrite par le médecin traitant, que la victime a dû subir une dissectomie L4-L5 et une arthrodèse, que les douleurs lombaires ont persisté malgré la kinésithérapie et ont nécessité de nouveaux examens complémentaires, une thermo-lyse puis une dissectomie L4-L5 qui a été suivie d'une amélioration sans permettre toutefois une reprise professionnelle, que la kinésithérapie a été poursuivie, qu'un EMG trois ans après les faits a montré des signes d'atteinte

radiculaire L5, qu'il a été pratiqué l'ablation du matériel résiduel et une arthrodèse L4-L5 avec une greffe postéro-latérale qui l'a considérablement amélioré, qu'une activité professionnelle a pu être reprise à mi-temps pendant six mois puis à temps plein.

Il considère que la prescription du médecin traitant était tout à fait correcte et conclut (commentaire : apparemment sans avoir interrogé le kinésithérapeute...) à la responsabilité du kinésithérapeute du fait de sa manipulation vertébrale.

Dossier sans suite.

DOSSIER N°11

Sujet de 40 ans.

Motif de consultation : "impatiences" avec tendance à la chute spontanée vers la gauche chez un sujet spasmophile.

Traitement : manipulation cervicale non précédée d'examen radiographique ou neurologique, ni semble-t-il de notion de consentement préalable parfaitement établi dans un contexte de scoliose dorsale nette sensible à la pression à la base de C5-C6.

Plainte : la patiente déclare ne pas être venue consulter pour une symptomatologie cervicale, avoir donc été manipulée par surprise alors qu'elle venait consulter un médecin homéopathe et avoir présenté une entorse cervicale bénigne C1-C2, avec à l'IRM une arthrose C5-C6, traitée par collier pendant un an avec un arrêt de travail de trois semaines à temps plein et de six mois à mi-temps.

Praticien : il admet qu'il n'a pas prévenu sa patiente qu'il allait la manipuler, considérant qu'étant connu comme manipulateur vertébral, il ne la prenait pas par surprise et déclare en outre avoir été très prudent.

Expert amiable :

il constate qu'il subsiste un syndrome cervical résiduel modéré dominé par des nuqualgies épisodiques aux changements de temps avec une discrète limitation des mouvements en particulier de la rotation cervicale vers la gauche et que ces manifestations se sont constituées sur un état antérieur et note : "L'indication de manipulation cervicale, dans le cas précis de cette patiente, n'était ni impérative ni même évidente. Ces manipulations cervicales n'ont été précédées d'aucun examen neurologique ni radiologique. La notion de consentement éclairé, dans le cas précis, n'est pas établie puisque le praticien s'est fié en quelque sorte à sa notoriété." et conclut à ce que la responsabilité du praticien est directement engagée sur le plan médico-légal

DOSSIER N°12

Sujet de 53 ans.

Motif de consultation : dorsalgie.

Traitement : manipulation dorsale par vertébrothérapeute.

Plainte : luxation postérieure de l'épaule gauche réduite sous AG avec une bonne récupération.

Classement sans suite.

DOSSIER N°13

Sujet de 29 ans.

Motif de consultation : lombalgie droite aiguë consécutive à une chute sur les fesses avec à l'examen un rachis lombaire bloqué.

Traitement : après contrôle radiographique lombaire, manipulation lombaire de L3 à droite sans effet ni positif ni négatif et prescription de radiographies du rachis cervical.

Plainte : la patiente déclare que le praticien l'a manipulée au niveau cervical sans aucune préparation musculaire préalable et en l'absence de radiographie cervicale et qu'elle a ressenti des nausées et de violents maux de tête ainsi qu'un engourdissement de l'hémi-face gauche et que son état a nécessité un repos de huit jours et soins en raison d'une entorse cervicale et un bilan radiographique qui a montré une discopathie C4-C5 et un bâillement latéral droite l'espace discal C3-C4 avec une rotation inter-vertébrale qui a fait suspecter une lésion ligamentaire à ce niveau

Classement sans suite.

DOSSIER N°14

Sujet de 51 ans.

Motif de consultation : lombalgie chronique et douleurs des racines des deux cuisses, sensation de pieds morts au niveau des deuxième orteils avec à l'examen, douleur sacro-iliaque droite, raideur vertébrale lombaire modérée, sans signe de sciatique dans un contexte d'arthrose articulaire postérieure et de protrusion discale lombaire au scanner trois ans plus tôt.

Traitement : manipulations lombaires avec amélioration transitoire.

Plainte : trois jours après la dernière manipulation, douleur de la région inguinale et trochantérienne gauche, de survenue brutale à la marche sans signe objectif à l'examen.

Classement sans suite

DOSSIER N°15

Sujet de 40 ans.

Motif de consultation : lombalgie apparue au cours d'une secousse de toux et s'aggravant progressivement.

Traitement : manipulation vertébrale.

Plainte : apparition secondaire de fourmillements au niveau de la jambe droite, de dysesthésies avec de petits troubles moteurs au niveau du pied droit et d'une anesthésie en selle, et nécessité d'une intervention sur une très grosse hernie discale avec un arrêt des activités pendant onze mois .

Expert amiable :

il déclare "Sur le plan médico-légal, il apparaît qu'il ne faut retenir qu'une certaine responsabilité du praticien dans les conditions de son intervention et de ses réactions après l'accident thérapeutique. Cependant, le mode d'évolution de la sciatique ne suggère pas une énucléation de la hernie instantanée et une paralysie d'apparition brutale au cours de la manipulation, et correspond certainement à la sortie progressive de la hernie. Les lombo-sciatiques hyper-algiques comme chez ce patient évoluent fréquemment sur un mode paralytique. De toute façon, une intervention chirurgicale aurait été indispensable. La nécessité de l'intervention était due à l'existence de la hernie discale et à son mode d'évolution et non au geste manipulatif. Il est bien évident que le patient n'aurait pas demandé d'urgence en fin de semaine un traitement médical dans les conditions où il a été sollicité, s'il n'avait pas présenté une très importante douleur. Tout au plus peut-on reprocher au praticien d'avoir peut être accéléré cette évolution par le geste manipulatif et surtout de ne pas avoir pris immédiatement des mesures nécessaires devant l'apparition de complications pour adresser le patient immédiatement en neurochirurgie pour le faire opérer. Il faut reconnaître, cependant, que la responsabilité du médecin dans le retard opératoire est exonérée pour une part que le fait que le neurochirurgien n'a pas considéré qu'il s'agissait d'une intervention d'urgence et a attendu plus de 24 heures pour l'acte opératoire. Nous retiendrons donc dans l'état pathologique du patient, une certaine responsabilité du médecin manipulateur. C'est donc dans la prolongation de la période d'incapacité temporaire totale et des soins que résident les responsabilités du praticien. "

DOSSIER N°16

Sujet âgé de 49 ans.

Motif de consultation : lombalgie aiguë chez un sujet aux antécédents de fracture tassement de D12 à l'origine de quelques lombalgies épisodiques.

Traitement : manipulation vertébrale à visée décontracturante et antalgique, immédiatement suivie d'effet bénéfique.

Plainte : survenue secondaire d'une paralysie du pied traitée chirurgicalement par une cure de hernie discale L4L5.

Expert amiable :

il déclare que l'intervention est sans rapport direct et certain avec les gestes effectués par le praticien dont les soins dispensés ont été consciencieux, attentifs, conformes aux données actuelles et modernes de la science.

Classement sans suite.

DOSSIER N°17

Sujet âgé de 33 ans.

Motif de consultation : lombalgie évoluant depuis plusieurs mois et rebelle à tout traitement, quasi permanente, avec au scanner une hernie discale médiane L4-L5 et hypertrophie du ligament jaune G sans image compressive, à la radiographie lombaire un pincement postérieur de L5-S1 et à l'examen

un syndrome articulaire postérieur L5-S1 droit qualifié de dérangement intervertébral mineur (DIM) chez un sujet en invalidité pour raison psychiatrique aux antécédents de disjonction acromio-claviculaire opérée.

Traitement : manipulation vertébrale (avec information préalable) non douloureuse.

Plainte : quelques temps plus tard, apparition d'une sciatique bilatérale avec une discordance car le praticien n'a travaillé en étirement que sur le côté droit et la sciatique est bilatérale, avec au scanner, pratiqué postérieurement à la manipulation, aucun changement et notamment aucune image radiculaire compressive pouvant expliquer le symptôme, avec une absence de modification des douleurs deux ans après la manipulation alors que rien ne comprime les racines.

Classement sans suite.

DOSSIER N°18

Sujet agé de 29 ans

Motif de consultation : cervicalgie après avoir été tiré par les pieds par un ami avec, à l'examen, raideur cervicale.

Traitement : manipulation non douloureuse au niveau du bassin et de la colonne dorsale pour détendre les chaînes musculaires puis au niveau de la deuxième cervicale avec craquement cervical qui effraie la patiente avec aggravation le lendemain du traitement, après un période d'amélioration transitoire.

Plainte : réapparition d'une cervicalgie accompagnée de vertiges et de nausées, sans anomalie à la radiographie, à l'échodoppler cervical, à la scintigraphie (uniquement hyperfixation au niveau de l'épineuse de C2) et au scanner et traitement par collier.

Classement sans suite.

DOSSIER N°19

Sujet agé de 43 ans.

Motif de consultation : cervicalgie à la suite d'un choc au niveau de l'arcade sourcilière gauche.

Traitement : manipulations cervicales après bilan radiographique n'objectivant pas de lésion osseuse traumatique mais une diminution de la lordose avec une angulation en cyphose au niveau de C5-C6 et bilan clinique faisant état d'une cervicalgie gauche, d'une raideur en rotation gauche, d'une contracture para-vertébrale et d'un point douloureux en C2-C3 gauche, d'une intolérance aux AINS du fait de douleurs gastriques, avec première manipulation en rotation droite, après des tests de postures négatifs, suivie de l'apparition de douleurs des trapèzes, deuxième manipulation suivie de troubles visuels pendant 24 heures.

Plainte : 1h30 après la troisième manipulation : vertige rotatoire, douleur occipitale gauche et vomissement, puis quadranopsie supérieure gauche, avec à l'IRM une zone d'ischémie occipitale gauche intéressant aussi la partie haute du tronc cérébral, sans anomalie au doppler cervical et au doppler trans-crânien ne permettant pas d'affirmer l'existence d'une dissection de l'artère vertébrale gauche chez une femme présentant des antécédents de migraines ophtalmiques

Expert amiable : il ne met pas en cause la technicité du praticien, mais établit une relation entre l'épisode de vertiges et la quadranopsie et la manipulation vertébrale.

DOSSIER N° 20

Sujet agé de 27 ans.

Motif de consultation : cervicalgie aiguë sous-occipitale irradiant vers la voûte crânienne d'apparition récente chez une patiente ayant été plusieurs fois manipulée un an plus tôt, avec constat de dérangements inter-vertébraux mineurs, un examen neurologique normal et des radiographies objectivant une dysharmonie de courbure en C4-C5.

Traitement : deux séances de manipulation, traitement médical et port d'un collier dans l'intervalle.

Plainte : syndrome cérébelleux gauche avec, à l'angiographie, dissection de l'artère vertébrale gauche au niveau d'une dilatation anévrysmale en C1 (à noter un anévrysme également en C5 sur la vertébrale droite) à l'IRM des lésions d'ischémie cérébelleuse assez diffuses, suivi d'une récupération des troubles sous anti-coagulant et normalisation secondaire du lit artériel des vertébrales.

Commentaire du médecin de siège : Il existe une relation directe et certaine mais partielle et non exclusive entre l'accident vasculaire qui s'est produit et la manipulation cervicale qui a favorisé la fissuration artérielle du fait de l'existence imprévisible d'une malformation constitutionnelle de la paroi des artères vertébrales.

Classement sans suite.

DOSSIER N° 21

Sujet âgé de 23 ans.

Motif de consultation : lombalgie avec petite douleur à la face externe de la cuisse droite, avec, à l'examen, douleur L4-L5 exprimée en cyphose et latéro-flexion droite, absence de déficit neurologique et épreuve de Lasègue négative, depuis un accouchement survenu sept semaines auparavant chez une patiente déjà traitée pour des troubles dépressifs et des problèmes vertébraux une fois en D12-L1 et une autre fois en C6-C7.

Traitement : manipulation lombaire.

Plainte: vingt quatre heures plus tard après cette manipulation pratiquée sans bilan radiographique préalable, apparition d'une sciatique droite hyperalgique nécessitant un bilan radiographique objectivant un état dégénératif évolué du disque avec une importante réduction de l'espace L5-S1 et une lyse isthmique bilatérale en L5, une intervention sur une volumineuse hernie discale en L5-S1 droite extra-ligamentaire avec des suites favorables.

Classement sans suite après rejet de la plainte par le Conseil de l'Ordre des médecins, le praticien n'ayant pas manqué à la déontologie.

Commentaire : L'absence d'examen radiologique préalable à la manipulation a constitué une imprudence, mais les anomalies vertébrales observées secondairement ne contre-indiquaient pas l'acte réalisé, et l'aggravation de la hernie discale préexistante sous forme d'un conflit disco-radicaire n'a pas été liée à cette carence. Il s'est agi d'une complication thérapeutique parfaitement connue qui fait partie des aléas des manipulations vertébrales. Le seul problème qui pourrait se poser, bien qu'il n'ait pas été soulevé, est celui du consentement éclairé de la patiente.

Le praticien précise que le protocole préliminaire à une manipulation vertébrale comporte un examen clinique complet, que c'est en fonction de ce dernier que sont demandés d'éventuels examens complémentaires, qu'il n'existe aucun consensus rendant l'obligation de prescrire un bilan radiologique systématique préalable à toute manipulation vertébrale.

DOSSIER N° 22

Sujet âgé de ... (âge non mentionné).

Motif de consultation : aggravation progressive d'une cervicalgie irradiée vers la région trapézienne droite, à type de névralgie cervico-brachiale tronquée, non améliorée par le traitement symptomatique, avec à l'examen clinique initial en station assise une raideur douloureuse en rotation inflexion droite, sans anomalie neurologique décelable au repos et en décubitus des amplitudes de mobilité dans les différents plans conservées, chez un sujet présentant un antécédent de même nature.

Traitement : compte-tenu de l'absence de bilan radiographique déjà programmé pour les jours à venir, limitation de la thérapeutique manuelle à de simples mobilisations respectant la non douleur, préférentiellement en rotation inflexion gauche selon la technique de Maigne par des mouvements répétés, lents et rythmés élastiques, initialement bien supportée.

Plainte : quelques heures plus tard, aggravation brutale des troubles avec survenue d'une névralgie cervico-brachiale droite hyperalgique l'amenant à une consultation en urgence en milieu hospitalier et à une corticothérapie, avec une évolution progressive vers la guérison en un mois, dans un contexte radiologique ne révélant qu'un trouble statique par attitude antalgique sans anomalie spondylo-discale associée.

Classement sans suite.

Commentaire du Médecin Conseil : L'aggravation des troubles, à savoir la survenue d'un syndrome hyperalgique au décour d'une manipulation vertébrale est une complication rare mais classique parfaitement connue dont le patient doit être préalablement prévenu. La manipulation pouvait être considérée comme imprudente car elle n'a pas été précédée d'un bilan radiographique permettant de faire le bilan exacte de l'affection.

Commentaire du Praticien Traitant : "Lors de toute manipulation j'informe mes patients d'une possibilité d'accentuation transitoire des douleurs rachidiennes car il s'agit d'un phénomène relativement fréquent. En revanche l'accentuation franche d'une radiculalgie est un événement beaucoup plus rare, aléatoire, ne pouvant être distingué de l'évolution naturelle de la pathologie discale ou du conflit disco-radicaire qu'elle génère et c'est pourquoi je n'en informe pas automatiquement mes patients. Une information claire, honnête et compréhensible ne concerne que les effets secondaires dont la fréquence est de 1 à 3 %."

DOSSIER N° 23

Sujet âgé de 20 ans.

Motif de consultation : dorso-lombalgie.

Traitement : manipulation vertébrale sans radiographie préalable.

Plainte : persistance de la douleur avec consultation d'un autre médecin qui demande un bilan radiographique dorso-lombaire qui objective une fracture du plateau supérieur de L1 ne paraissant pas récente accompagnée d'un pincement discal D12-L1.

Classement sans suite

Commentaire du médecin conseil : il y a négligence du patient qui n'a consulté qu'un mois après l'accident ; la responsabilité du médecin, qui n'a pas fait pratiquer de radiographies avant de manipuler, est susceptible d'être retenue pour ne pas avoir rempli ses obligations de moyen; par contre, il n'est pas certain que son absence de diagnostic ait pu entraîner une aggravation des séquelles.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Robert MAIGNE M.D. "Les manipulations vertébrales" Expansion Scientifique Française Editeur Paris, 1960
- 2 - 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. : "An osteopathic approach to diagnosis and treatment" Lippincott-Raven Publishers New-York, 1997, p. 92.
- 3 - Gérard SUEUR Ostéopathe D.O. "L'ostéopathie. La santé au bout des mains." Le Livre de Poche Pratique Jacques Grancher Editeur Paris, 1992, p. 120
- 4 - Lionelle et Marielle ISSARTEL Ostéopathes D.O. : "L'Ostéopathie exactement" Collection Réponses Santé, Robert Laffont Editeur Paris, 1983, p. 216
- 5 - Serge BOUZCO M.D. "Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine" Paris, 1998
- 6 - Guy PIGANOL M.D. La pratique des manipulations vertébrales : risques et accidents. Aspects médico-légaux. Rev. franç. dommage corp., 1990, 16-2, 345-350

AUTRES OUVRAGES

- Les manipulations vertébrales. Bases théoriques, cliniques et biomécaniques. (L'ouvrage contient un chapitre sur les aspects médico-légaux.) PIGANOL G. et collaborateurs. 1 vol, 432 p., Dijon 1988, GEMABFC éd.
- Aspects médico-légaux des thérapeutiques manuelles" Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etudes relatives à la Réparation du Dommage Corporel DERIEU Alain 1986-1987
- Manipulations vertébrales et mise en cause de la responsabilité du médecin. ROLLAND A., CHRIS M. et PIGANOL G. Rev. Inst. méd. lég. Champagne, 1990, 12, 29-34
- Locked-in syndrome après manipulation cervicale. A propos de deux cas. DUPONT C., POIROT I., BOISSON D. et EYSSETTE M. Ann. réadapt. méd. physique, 1992, 35-2, 101-104
- Complications de la manipulation cervicale. Une observation de "locked-in syndrome". HPONKTON A., HAMONET C., MONTAGNE A. et DEVAILLY J.P. Presse méd., 1992, 21-42, 2050-2052
- Accidents lors des manipulations vertébrales. Aspects clinique et juridique. DUCHEFDELAVILLE F. Mémoire D.C., Paris 1992, 52 p.
- Les complications des manipulations vertébrales. PIGANOL G. in Traumatismes dorso-lombaires, Bruxelles 1992, Juridoc éd., 109-120
- Aspects médico-légaux des dissections des vaisseaux à destinée encéphalique après manipulations cervicales. A propos de 5 observations. CHOPARD J.L., MOULIN T., LANNUZEL A., CREPIN-LEBLOND T. et COTTE L. J. méd. lég., 1993, 36-5-6, 355-365
- La responsabilité pénale du médecin lors des manipulations vertébrales. A propos d'une observation. GOUSSARD J.C. Mémoire D.C., Paris 1993, 98 p.
- Les manipulations vertébrales. VAUTRAVERS P. J. méd. Strasbourg, 1994, 25-1-2, 57-61
- Les manipulations vertébrales (ostéopathie, chiropraxie, vertébrothérapie, etc.). Législation française et européenne. BOUQUILLON J.P. Mémoire D.C., Grenoble 1992, 30 p.
- Complications des manipulations vertébrales. Fréquence, aspects cliniques, pathogéniques et

- thérapeutiques. Prévention. LECOCQ J. et VAUTRAVERS P. Ann. réadapt. méd. physique, 1995, 38-2, 87-94
- Atteinte grave des artères vertébrales après manipulation. FOURNIER C. Rev. franç. D.C., 1988, 14-1, 77-79.
- Intérêt et place des manipulations vertébrales dans le traitement des algies rachidiennes.
- MAISONNAVE J.P. Bordeaux méd., 1981, 14-16, 1073-1076.
- Les manipulations vertébrales (A. Mottin). Traitement physique des lombalgies post-traumatiques (J.N. Heuleu). Rev. franç. dommage corp., 1990, 16-1, 75-85
 - A propos d'un cas de syndrome de la queue de cheval, dans les suites d'une manipulation vertébrale et d'une infiltration cortisonée. BUFFET J.J. Mémoire D.C., Lyon 1989, 30 p.
 - Lésions vertébro-basilaires survenant après manipulation cervicale. SCHELLHAS K.P., LATCHAW R.E., WENDLING L.R. et GOLD L.H.A. JAMA, 1980, 2-21, 877-882
 - Etude médico-légale des manipulations vertébrales. BUGNARD M. Mémoire D.C., Lyon 1981, 49 p.
 - Les manipulations cervicales peuvent être dangereuses. Concours méd., 1981, 103-3, 234.
 - Etude médico-légale des manipulations vertébrales. ROMAN J.P. Mémoire D.C., Marseille 1982, 35 p.
 - Etude sur les manipulations vertébrales : techniques, incidents, accidents, problèmes de réparation médico-légale des séquelles. FALGUIERES M. Mémoire D.C., Montpellier 1984, 72 p.
 - Les manipulations vertébrales. Indications et résultats. DUCAS M. Mémoire D.C., Lyon 1985, 32 p.
 - Accidents vertébro-basilaires de la chiropractie. POLYDOR J.P. et BEBELSKI B. J. réadapt. méd., 1986, 6-3, 106-107.
 - Aspects médico-légaux des thérapeutiques manuelles. DEURIEU A. Mémoire D.C., Marseille 1987, 54 p.
 - Incidences médico-légales des manipulations vertébrales. FILLAUDEAU G. Mémoire D.C., Paris 1989, 44 p.
- Médecine et ostéopathie. NARAT J.C. Mémoire D.C., Paris 1990, 44 P.
- Qu'attendre et que redouter des manipulations vertébrales ? MAIGNE R. Médicorama, 1978, 231, 1-44
 - Problèmes médico-légaux posés par la pratique des manipulations vertébrales. CANIOT D. Mémoire D.C., Marseille 1978, 42 p.