

# ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16, RUE BONAPARTE – 75272 PARIS CEDEX 06

TÉL : 01 42 34 57 70 – FAX : 01 40 46 87 55

---

## RAPPORT

*au nom d'un Groupe de travail\*\**

### **Ostéopathie et Chiropraxie**

Louis AUQUIER, Georges CRÉMER, Paul MALVY, Charles-Joël MENKÈS, Guy NICOLAS\*

## (PREMIÈRE PARTIE)

### ÉTAT DES LIEUX ET DES PRATIQUES EN FRANCE ET EN EUROPE (Guy NICOLAS)

#### **Ostéopathie**

La profession est traversée par des courants d'origines diverses. Les médecins qui pratiquent l'Ostéopathie prennent souvent le nom d'ostéothérapeutes. Leur nombre se situe autour de 100Q, chiffre indiqué par le syndicat national.

Parmi les non-médecins, il existe 5000 Ostéopathes en France dont la moitié a une activité exclusive, les autres exerçant parallèlement la profession de kinésithérapeute. Ces chiffres sont indiqués par les organismes représentatifs. Ils ne prennent pas en compte un grand nombre d'Ostéopathes en formation surtout depuis la promulgation de la Loi du 4 mars 2002 (article 75).

La formation de médecins Ostéopathes est assurée actuellement dans 15 UFR de médecine dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire (DIU) de médecine manuelle, reconnue par le Conseil de l'Ordre depuis 1996. Intervenant à la fin du troisième cycle, il peut être suivi d'un enseignement post-universitaire assurant la formation continue. Les médecins formés ainsi sont pour la plupart des généralistes, des rhumatologues et des médecins de médecine physique et de réadaptation. A noter qu'il existe aussi des écoles privées pour médecins assurant une formation en 3 ans au cours de quatre stages annuels.

La formation des non médecins s'effectue dans des écoles privées d'Ostéopathies, au nombre d'au moins 30, regroupées au sein de la Collégiale Académique de France (1200 à 1500 diplômes chaque année). Dans ces écoles «officielles», l'enseignement dure six ans et compte 5000 heures de cours lorsque le candidat n'est ni médecin ni kinésithérapeute. Il est de 1500 heures lorsqu'il est médecin, de 2500 lorsqu'il est kinésithérapeute.

A côté de cette organisation «officielle» on dénombre de nombreuses formations plus ou moins improvisées.

#### **Chiropraxie**

Le nombre des chiropracteurs est d'environ 450. On compte peu de médecins ou de kinésithérapeutes dans ce groupe. La majorité de ces praticiens possèdent des diplômes d'origine anglosaxone. Il n'existe en France qu'une école qui dispense depuis 1983 un

---

\*\* Constitué de MM. AUQUIER (Président), CRÉMER, MALVY, MENKÈS, G. NICOLAS

\* Membres de l'Académie nationale de médecine

enseignement à temps plein sur 6 ans. Les élèves, bacheliers- scientifiques à l'origine, sont au nombre d'une trentaine chaque année. A la sortie de l'école, leur formation est complétée par un stage « d'assistantat ».

Au total, la situation en France est confuse depuis cinquante ans au moins. Il existe une grande hétérogénéité dans les conditions d'accès des étudiants et dans la formation des ostéopathes non médecins et des chiropracteurs. Il existe de plus en plus d'écoles privées qui délivrent un enseignement (fantaisiste) mais calqué sur l'enseignement médical et conduisant à des pratiques considérées jusqu'à la Loi de 2002 comme illégales et favorisées par une publicité permanente.

Il faut rappeler brièvement les positions dans notre pays sur ce problème qui s'est posé surtout après la guerre 39-45, concernant l'exercice de la chiropraxie et/ou de l'ostéopathie en France. 11 février 1953 : Décret demandant au Ministère de l'Education nationale d'enseigner la chiropraxie dans les facultés et écoles de médecine sous réserve de trouver un professeur compétent et responsable, ce qui n'a pas été possible à cette période.

6 janvier 1962 : Arrêté du ministre de la Santé et article 371 du Code de la Santé Publique, réservent aux seuls médecins le diagnostic et le traitement conduisant à la pratique des manipulations vertébrales et notamment la chiropraxie mais qui n'en fait ni une spécialité ni une compétence.

1987 : Sur demande du ministre de la Santé, l'Académie nationale de médecine est invitée à donner son avis sur l'ostéopathie, la chiropraxie et même sur l'étiopathie venant de Suisse (et qui semble avoir disparu). Le Conseil de l'Ordre a suivi l'avis de l'Académie nationale de médecine sur le caractère médical strict de la manipulation vertébrale chiropratique ou «ostéopathique ». Cette mise entre guillemets pour tenir compte d'un terme inapproprié mais qui s'est diffusé dans le public. Il n'est pas envisagé alors d'autres techniques manuelles dans le mot ostéopathie. Le premier enseignement hospitalier est fait à l'Hôpital Lariboisière en 1963 suivi de la création d'un D.U. de « médecine » ostéopathique en 1969 à l'Hôtel Dieu de Paris, rattaché à l'université Paris VI.

En 1996, se mettent en place des D.I.U. de médecine physique et de réadaptation dans 15 facultés de médecine.

Après l'adoption du 2<sup>ème</sup> rapport LANNOYE sur les « médecines alternatives », le 28 mai 1997 par le Parlement Européen, suivie en 1999 par une commission de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, la Loi d'avril 2002 (article 75) reconnaît une compétence s'exprimant par le titre d'ostéopathe et/ou de chiropracteur, le législateur ayant renoncé à en donner une définition. En Europe, seul à ce jour le Royaume Uni a reconnu l'ostéopathie et la chiropraxie en 1993 par l'Ostéopath's Act en mettant en place en 1997 quatre écoles d'ostéopathie et une de chiropraxie, en principe en dehors du N.H.S. Dans les autres pays européens la situation est confuse comme l'indique un rapport fait en 1997-98 par la Fédération des Académies de médecine dans 11 états européens \* et un document de travail plus récent fourni par l'Ordre des médecins sur l'ostéopathie.

## **Commentaires**

La situation actuelle en France de l'ostéopathie et de la chiropratique pose au moins trois problèmes :

1° - il existe une grande hétérogénéité dans le mode d'accès à ces disciplines, à l'intérieur desquelles on retrouve des médecins, des auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes ou infirmiers) et des étudiants sans aucune formation médicale préalable. Malgré cette diversité, le mode d'exercice est le même, les spécificités revendiquées par certains n'étant pas très sérieuses.

---

\* AUQUIER L. et ANDRÉ A. – Méthodes thérapeutiques non conventionnelles. Fédération des Académies nationales de médecine, Mai 1998. Bibliothèque Acad. Natle Méd., Paris, cote 104158, [www.academie-medecine.fr](http://www.academie-medecine.fr)

2° - il existe également une grande hétérogénéité dans la formation. Certaines écoles délivrent des diplômes après six années de formation temps plein, d'autres se contentent de quelques week-ends. Quel que soit le lieu de formation, on note une très grande liberté voire un certain laxisme.

3° - Les écoles privées, de plus de en plus nombreuses, qui délivrent un enseignement pseudo médical dans sa durée seulement, mais ne reposant sur aucune base scientifique sérieuse, comme on le verra plus loin, sont onéreuses et conduisent leurs étudiants vers des débouchés aléatoires. Cette situation confine à l'absurde lorsque certains adeptes de l'ostéopathie ou de la chiropraxie prennent des positions inconciliables avec la médecine officielle enseignée dans les facultés et surtout dans les hôpitaux universitaires qui assurent une formation pratique solide et critique en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles. Ils demandent même à être consultés en premier avant le médecin !!

## **ÉVALUATION SCIENTIFIQUE DE L'OSTÉOPATHIE ET DE LA CHIROPRAxie**

Louis AUQUIER)

L'ostéopathie et la chiropraxie sont des méthodes manuelles de diagnostic et de thérapeutique.

Sur le plan diagnostique elles permettraient d'identifier par une palpation attentive des « lésions » qui sont à l'origine des maladies ou des malaises ressentis par le consultant. Les ostéopathes et les chiropracteurs utilisent des mots un peu différents, lésions ou dysfonctions pour les premiers, subluxations pour les seconds mais l'idée de base est la même ce qui explique que la Loi les rapproche dans son article I, mais sans donner de définition. Une première difficulté apparaît : la ou les lésions invoquées par les fondateurs \* de ces disciplines n'étaient pas démontrées à l'origine dans la seconde moitié du 19<sup>ème</sup> siècle. Elles ne le sont toujours pas malgré les progrès de nos connaissances et des moyens d'imagerie mis en œuvre en Europe et en Amérique du Nord. Et cependant ces lésions supposées étaient et sont toujours invoquées pour être à l'origine de malaises ou de maladies. Pour les chiropracteurs les choses semblent se limiter au système articulaire et surtout au rachis.

En ce qui concerne la sémiologie, une étude critique bien conduite et sur une longue durée par des chiropracteurs danois [1] a tenté d'évaluer des tests de « dysfonctions lombopelvienne » sur une population de 166 jumeaux bien portants et volontaires pour participer à cette étude. Certains d'entre eux ont ressenti une lombalgie le jour même où elle est survenue. Seul le test « douleur à la mobilisation lombaire » s'est révélé positif, ce qui est peu explicite, on en conviendra, quant à la lésion causale qui aurait provoqué la lombalgie et ne confirme pas la valeur sélective du test.

Pour les ostéopathes les mains peuvent déceler aussi des situations pathologiques sur les viscères appelées dysfonctions réversibles avec perte de mouvement mais sans préciser lequel...

Il existe enfin une ostéopathie utilisant des applications manuelles sur le crâne et le sacrum permettant d'autres diagnostics lésionnels que les mains de l'ostéopathe pourraient soulager. Pour conclure cette première partie concernant la base scientifique et même anatomique de ces pratiques, rien n'est venu confirmer ce diagnostic lésionnel. Ce sont les mêmes mots « dysfonction », « perte de mouvement », « subluxation » dont se servaient les fondateurs et auxquels il faut croire en les répétant. Cette attitude philosophique implique aussi une croyance à l'autoguérison dont l'ostéopathe s'attribue le mérite. Comment envisager un enseignement n'ayant pas de base scientifique ou même une preuve anatomique ?

Sur le plan thérapeutique les choses sont un peu différentes. Des résultats favorables ont été constatés de façon empirique sur certaines douleurs rachidiennes par diverses techniques manuelles et en particulier par les manipulations. Ce fait était connu longtemps, avant

---

\* On lira avec profit le rappel historique fait par Claude HAMONET sur Andrew Taylor STILL et la naissance de l'ostéopathie. *Rev. de Rhum.* 2003, 70, 91-96

l'ostéopathie, dans d'autres pays avec des appellations différentes (rebouteux en France, Heilpraktiker en Allemagne).

Pour aller plus loin et en avoir une confirmation scientifique, il faut tenir compte de deux éléments coïncidants, d'une part, l'évolution spontanée vers la guérison d'autre part, l'effet positif, analogue à un effet placebo, créé par la présence du soignant et l'application de ses mains, l'addition des deux facteurs pouvant compter pour un chiffre élevé d'excellents ou de bons résultats.

La preuve de l'efficacité et a contrario la survenue de complications éventuelles ne peuvent être établies que par des études contrôlées randomisées et par leurs méta-analyses. Il faut partir d'un groupe homogène de patients (et non d'un ensemble flou), il faut que la manœuvre thérapeutique soit unique et bien définie. Et de plus, se mettre en garde contre des biais possibles. Il faut aussi qu'il n'y ait pas trop de « perdus de vue » pour qu'une évaluation statistique soit possible.

Les conditions ci-dessus n'ont pu être appliquées au niveau du rachis que sur la lombalgie commune et les cervicalgies comme le montre l'étude critique présentée en 1997-1998 devant la Fédération Européenne, déjà citée, concernant les manipulations vertébrales et les accidents de ces manipulations. Il a été possible d'évaluer ces thérapeutiques manuelles, les unes portant sur des manipulations, les autres non manipulatives intervenant en pathologie générale.

## **I- EVALUATIONS DES MANIPULATIONS VERTEBRALES OSTEOPATHIQUES ET/OU CHIROPRATIQUES**

Les premières remontent à une quinzaine d'année, les autres sont plus récentes.

- Une étude multicentrique BMJ [2] (11 sites), en Grande-Bretagne, a porté sur 741 patients de 18 à 65 ans. Les résultats étaient appréciés par questionnaire sur les caractères de la douleur (score d'Oswestry) et sur des signes d'examen appréciés par une infirmière. Ils montrent que le traitement manipulatif est plus efficace que le traitement externe hospitalier, à savoir un bénéfice de 7 % sur le d'Oswestry lequel évalue la lombalgie d'origine mécanique et ses conséquences. Ces résultats se confirment pendant la période de suivi évolutif [3] sur deux ans et même au-delà. Les auteurs pensent que l'introduction de la chiropraxie dans le Service National de Santé (N.H.S.) devrait être considérée. Cet important travail a été discuté par les auteurs eux-mêmes et contesté dès sa première parution et ses conclusions remises en question en particulier par ASSENDELFT [4]. Le bénéfice obtenu s'observe surtout chez les patients se plaignant d'une lombalgie chronique ou sévère sans qu'il soit fait allusion à la lombalgie aiguë. Bien qu'il y ait eu randomisation à partir des patients adressés par leur médecin généraliste et ayant accepté de participer à l'essai comparatif, il apparaît bien que les deux groupes de patients traités, l'un en consultation externe dans un hôpital général par diverses méthodes mais comprenant même des manipulations et l'autre en consultation externe dans une clinique chiropratique n'utilisant que la chiropraxie, ne sont pas comparables et ne permettent pas de vraiment considérer la chiropraxie comme un traitement de fond de la lombalgie malgré la publicité faite à partir de cette publication.

- Un article publié en 1994 [5] comparant deux sous-groupes de patients lombalgiques traités par chiropraxie ou par traitements médicaux usuels conclut à une efficacité au moins égale d'un traitement par rapport à l'autre.

- Deux méta-analyses en 1992 concluent, l'une [6] à une efficacité plus grande de la manipulation par rapport à la simple mobilisation, l'autre par SHEKELLE et coll. [7] analyse 58 articles dont 25 comportent une étude contrôlée. La manipulation donne dans la lombalgie aiguë ou subaiguë (de 2 à 4 semaines) un résultat satisfaisant dans 7 essais sur 9 avec un gain de 17% ce qui indique que le taux de récupération de 50 % correspondant à l'amélioration spontanée est porté par la manipulation à 67 %. Il n'est pas établi que la manipulation soit efficace si la lombalgie se complique de sciatique. Les documents sont insuffisants quant à l'efficacité sur la lombalgie prolongée dite chronique.

- Un travail (1995) [8] provenant d'une clinique chiropratique conclut en faveur de l'efficacité de la manipulation sur la lombalgie lorsque la durée de celle-ci est supérieure à 7 semaines mais les auteurs reconnaissent que le « temps est un allié puissant pour aider le lombalgique ». Il est curieux de noter que les patients estiment leur état amélioré aussi bien par une manipulation simulée ou non que par la gymnastique du dos...
- Une analyse comparative [9] a été faite par un groupe mixte de médecins et d'ostéopathes de CHICAGO sur 178 patients consultant pour lombalgie subaiguë suivis pendant 3 mois. Le traitement médical standard et le traitement ostéopathique donnent des résultats identiques mais le coût-bénéfice semble en faveur de l'ostéopathie.

### **Accidents des manipulations**

D'autres travaux insistent sur les accidents des manipulations vertébrales [10, 11] qui peuvent être graves d'abord en ce qui concerne le rachis dorsal et lombaire et conduire à des interventions chirurgicales pour libérer la moelle dorsale ou le cône terminal ou une racine du sciatique comprimés par une hernie discale post-manipulation. Ces accidents sont connus depuis longtemps [12].

Les accidents les plus graves [13] s'observent après les manipulations du rachis cervical (exemple du locked-in syndrom) [14]. Ils sont très rares mais ils ne sont pas tous publiés. Ils sont probablement favorisés par un état antérieur : anomalie anatomique d'une ou des deux artères vertébrales et du système vertébrobasilaire.

Peut-on prévoir et prévenir ce type d'accidents qui frappent surtout des sujets jeunes ? [15]. La survenue de vertiges ou de malaises dans les premières minutes après une manipulation est un indice mais il est inconstant. Certains [16] ont proposé d'interdire les manipulations en rotation et extension qui agissent surtout sur le rachis cervical supérieur (atlas-axis) et viennent traumatiser l'artère vertébrale mise ainsi en position extrême. Devant la quasi impossibilité de faire respecter cette mesure par tous les manipulateurs, d'autres [14, 17] sont partisans d'interdire totalement la manipulation du rachis cervical, surtout chez la femme avant 50 ans, d'autant plus qu'il existe d'autres moyens pour traiter les douleurs du cou et les céphalées postérieures le plus souvent bénignes qui constituent l'indication habituelle de ces manœuvres. Notons enfin que des travaux concordants [18] chiffrent respectivement à 56 % et à 73 % sur un total d'accidents survenus après manipulations cervicales les cas où le manipulateur responsable est médecin ou chiropracteur non médecin.

### **Résultats récents inspirés des règles de l'« Evidence Based Medicine »**

- [19] Etude critique à partir de 39 essais contrôlés randomisés sur le traitement manipulatif de la lombalgie. Pour la lombalgie aiguë la manipulation a été supérieure seulement à la manipulation simulée. Il n'y a pas de données permettant de dire que la manipulation vertébrale est supérieure à d'autres traitements standard de la lombalgie aiguë ou chronique.
- [20] Travail effectué à partir de plus de 1200 patients provenant de divers sites du Royaume-Uni sur ce sujet difficile et toujours controversé. La manipulation vertébrale, surtout chiropratique, et divers exercices physiques, s'ils succèdent à la manipulation, améliorent la qualité de vie du lombalgique « chronique » mais représente une charge financière supplémentaire pour le NHS. Il s'agit là de manipulations répétées et non pas d'une manipulation concernant une lombalgie aiguë.

- [21] Les auteurs, à partir d'études contrôlées sur plusieurs centaines de patients, reviennent sur la question du traitement de la lombalgie commune dans les premiers jours après élimination des étiologies classiques (ostéoporoses, arthrites, etc.). Ils montrent qu'un traitement bref dans les premières semaines de la douleur par des techniques simple manuelles sans manipulations donnait les mêmes résultats que le même traitement physiothérapique auquel on aurait ajouté d'emblée des manipulations lombaires. Cet essai comparatif est remarquable par ses qualités scientifiques et sa rigueur et donne à penser que l'efficacité des manipulations paraît moins certaine qu'on ne le pensait au début.

Enfin une mise au point récente sur les manipulations vertébrales en pathologie rachidienne vient d'être présentée aux Journées de Rhumatologie (2005) par J. BEAUDREUIL et B. FAUTREL dans le cadre de la Fédération de Rhumatologie (Hôpital Lariboisière à Paris) [22]. Cette méta-analyse à partir d'une vingtaine de publications internationales récentes conclut à l'efficacité de ces techniques dans les lombalgies chroniques mais sans qu'il y ait de supériorité par rapport à d'autres techniques (exercices physiques ou physiothérapie diverse). L'effet de ces manipulations au cours des lombalgies aiguës ne serait pas confirmé. Les complications quoique rares sont graves. Ce rapport conclut sur la nécessité d'un encadrement médical strict de l'enseignement et de la pratique des manipulations vertébrales.

Certaines études contrôlées ont associé manipulation et mobilisation.

- Un travail de Britanniques et d'Australiens [23] comparant deux groupes de 94 patients traités en pratique de ville ou en milieu hospitalier montre un léger avantage en faveur du traitement manuel mais sans influence sur la longue durée.
- Une étude canadienne [24] de méta-analyse concernant des cervicalgies mécaniques montre que l'association semble efficace si elle est combinée à des exercices physiques mais aucune conclusion n'est possible lorsque la cervicalgie est associée à des douleurs radiculaires.
- Enfin, une étude comparative sur plusieurs groupes appartenant à l'Europe du Nord [25] conclue à un résultat satisfaisant sur des douleurs du cou et des lombes d'apparition récente mais s'interroge sur le nombre de ces traitements et leur coût-efficacité.

### **Que conclure concernant les manipulations vertébrales ?**

Les recherches doivent se poursuivre sur un plan théorique à savoir la micro-traumatologie rachidienne, et les lésions correspondantes si elles existent, et les mécanismes de la douleur rachidienne.

Il faut rappeler que sur le plan clinique la méthodologie des essais contrôlés est la seule possible mais elle est difficile à mettre en œuvre. Les biais sont multiples. Pour les limiter, le recrutement des patients devrait être strictement aléatoire à partir d'une population générale et non pas fait surtout chez les consultants des cliniques chiropratiques ou ostéopathiques. Malgré leur rareté, des accidents graves peuvent être observés.

Il est important de noter que les études critiques et contrôlées les plus récentes sont moins en faveur de l'efficacité des manipulations depuis que leur qualité méthodologique s'améliore, comme l'ont montré de récentes publications.

- Il faut rappeler encore l'évolution spontanée favorable en quelques jours des douleurs rachidiennes aiguës [26], le caractère imprévisible des récidives.
- [27] et [28] Et le fait que dans une population de lombalgies communes, il existe une proportion importante (40%) de troubles psychiatriques associés selon les critères de la DSM et donc que la lombalgie constitue un ensemble qui devrait être fractionné avec l'aide d'une sémiologie précise comme on le pense dans notre pays.

Il est donc indispensable que ces travaux soient effectués par un personnel de bon niveau scientifique. Un enseignement médical théorique et pratique répété et évalué est nécessaire pour savoir qui et comment manipuler afin d'éviter les indications erronées ou abusives et si possible les accidents. Enfin ne pas oublier que les manipulations, isolées ou associées à des mobilisations ne constituaient qu'un élément parmi d'autres traitements physique ou médicamenteux par voie générale ou locale sans omettre les succès obtenus en s'abstenant de toute thérapeutique.

- [29] Un autre exemple est celui du V.P.P.B. (Vertige Positionnel Parosystique Bénin) objectivé par un nystagmus torsionnel rotatoire (dit positionnel) durant de 10 à 30 secondes, quelques secondes après un brusque changement de position et dont le traitement, découvert par un kinésithérapeute, consiste dans une secousse brève et forte destinée à mobiliser les otolithes ayant migrés sous forme de boue à l'intérieur du canal semi-circulaire incriminé. Ce traitement manipulatif, limité à une ou deux séances, ne doit être entrepris qu'après un protocole exploratoire clinique comportant notamment un bilan cochléovestibulaire.

## II. EVALUATION DES TECHNIQUES NON MANIPULATIVES EN PATHOLOGIE GENERALE

Ici l'ostéopathie semble seule en cause. L'ostéopathe examine et traite avec ses mains tout le corps du patient. Celui-ci doit donc être déshabillé. L'ostéopathe commente d'abord le résultat de son « diagnostic » manuel qui a permis de déceler une anomalie, la « dysfonction » avec perte de mouvement. A partir de là c'est une palpation douce, prolongée sur tout le corps y compris le crâne et le sacrum. Le sujet se détend peu à peu. On lui fait remarquer que cela présage un bon résultat. Si la séance est un succès, une ou deux autres seront peut-être nécessaires. Il ne faudra pas poursuivre dans l'immédiat si le patient estime que le résultat n'est pas obtenu.

En dehors de l'effet sédatif, y a-t-il autre chose que cette psychothérapie manuelle ? Aucune étude contrôlée ne permet de répondre à cette question, qu'il s'agisse d'ostéopathie dite viscérale ou d'ostéopathie crâno-sacrée.

Il faut se reporter à une longue revue critique générale faite par un ostéopathe américain en 1999 [30]. L'auteur qui est un D.O. (docteur en ostéopathie) indique que les techniques manuelles sont très nombreuses et demandent une longue expérience. Il s'efforce d'en faire une étude objective. Il rappelle les essais faits aux Etats-Unis surtout et sans aucun résultat sur l'atelectasie post-opératoire, le syndrome du canal carpien, la pancréatite, la grippe endémique, les hypertendus chez qui on aurait trouvé une « dysfonction » somatique à l'étage cervico-thoracique et enfin un effet « transitoire » sur la raideur dans la maladie de Parkinson\*. Il en revient cependant à la fin sur la notion de « dysfonction » touchant une partie du corps et limitant le mouvement (lequel ?). Cette anomalie, dit-il, peut être associée, ou ne pas l'être, à une maladie organique. Il y a là une allusion à ce qu'on appelle en France les « fonctionnels » c'est-à-dire des patients se plaignant de malaises multiples qui guérissent spontanément au bout d'un temps variable de quelques jours à quelques mois et qui sont revendiqués pour ce motif par les ostéopathes (cf. la liste abondante ci-jointe dont la lecture n'a pas besoin de commentaires...)

L'auteur de la revue générale souligne enfin que le contact des mains de l'ostéopathe peut avoir un effet psychologique....

Il existe encore une « ostéopathie » appliquée aux nouveau-nés dans certains services hospitaliers [31]. L'opérateur effectue des manœuvres très douces sur tout le corps de l'enfant et obtient vite un effet sédatif évident, l'enfant s'endort. Mais il en est de même dans le programme dit de « Bien traitance » dans un hôpital de la région parisienne depuis une quinzaine d'années dans lequel un opérateur, qui n'est pas un ostéopathe, effectue des

---

\* On peut ajouter que parmi les affections non rachidiennes et après méta analyse COCHRANE, l'asthme, le dysménorrhée, l'otite ne sont pas modifiées par ces thérapeutiques manuelles et que les affections rhinospiratoires, les colite, cystite et prostatite n'ont pas permis d'aboutir à des études contrôlées positives.

massages apaisants, avec l'accord et sous la responsabilité du Chef de service de gynécologie-obstétrique, sur des nouveau-nés en difficulté avant que les parents prennent le relais [32].

Pour conclure, on doit donc noter que beaucoup, sinon toutes, de ces techniques manuelles non manipulatives sont celles utilisées par les kinésithérapeutes dans notre pays et qu'il paraît raisonnable de les leur confier à partir d'un diagnostic médical sérieux fait par un généraliste et/ou un spécialiste et sur prescription de celui-ci.

## RAPPORT

au nom d'un Groupe de travail\*\*

### Ostéopathie et Chiropraxie

Louis AUQUIER, Georges CRÉMER, Paul MALVY, Charles-Joël MENKÈS, Guy NICOLAS\*

## (DEUXIEME PARTIE)

### PENSÉES PHILOSOPHIQUES SOUS-TENDANT LES PRATIQUES DE L'OSTÉOPATHIE (Paul MALVY)

La *Philosophie de l'Ostéopathie* est le titre même de l'ouvrage d'Andrew STILL, son fondateur, publié en 1899, deux années après son *Autobiographie*.

« L'ostéopathie a connu, et connaît encore, un succès incontestable aussi bien auprès du public qu'auprès des professions de santé, principalement des Kinésithérapeutes, mais aussi de certains médecins. »\*

Il convient de s'interroger sur les circonstances qui ont présidé à la naissance de cette doctrine, sur sa signification, sur son évolution, et sur les raisons qui expliquent l'engouement dont elle est actuellement l'objet.

#### **L'origine de l'ostéopathie.**

Il faut d'abord se représenter le contexte et l'Amérique profonde au début de la deuxième moitié du 19<sup>ème</sup> siècle.

En 1850, STILL a 22 ans. Il est le fils d'un pasteur méthodiste, occasionnellement guérisseur, installé dans le nord du Missouri. Il est attiré par l'activité « médicale » de son père. Encore enfant, il « disséquait des écureuils ». Adolescent, chaque fois qu'il souffrait d'un torticolis, il s'allongeait sur le sol, la nuque en extension sur une corde tendue. Il expliquait le soulagement obtenu par cette manœuvre comme le résultat d'une action sur *les grands nerfs occipitaux* et sur la répartition des *flux entre les courants veineux et artériels*. Il ira jusqu'à imaginer que des déplacements anormaux des os, même minimes, (dont il a le secret de la perception) entraînent une dysharmonie, source de toutes les pathologies. D'où le terme d'**ostéopathie** créé, selon STILL lui-même, en 1855.

L'Amérique vit alors une période troublée. Le Missouri et le Kansas sont des lieux d'affrontement de courants divers, politiques, culturels et religieux.

La famille de STILL a été durement éprouvée. Sa première épouse est décédée en 1859 et, cinq ans plus tard, trois de ses enfants meurent au cours d'une épidémie de méningite. L'impuissance de la médecine, et le ressentiment qui en résulte à l'égard des médecins, l'inciteront à poursuivre ses réflexions, à la recherche, comme il l'écrit lui-même, d'une « autre voie ». Cette recherche durera dix ans et aboutira à la conception de ce qu'il convient d'appeler une « **anti-médecine** ». L'ostéopathie d'aujourd'hui a conservé cette caractéristique fondamentale, même si la médecine n'a plus rien à voir avec ce qu'elle était il y a 150 ans.

#### **L'ostéopathie, actuellement.**

L'ostéopathie a, en effet, évolué au cours du temps. La meilleure définition est probablement celle qui a été donnée par les ostéopathes eux-mêmes, lors de la « Convention Européenne d'Ostéopathie », en 1987.

« *La médecine ostéopathique est une science, un art et une philosophie des soins de santé, étayée par des connaissances scientifiques en évolution.* »

---

\*\* Constitué de MM. AUQUIER (Président), CRÉMER, MALVY, MENKÈS, G. NICOLAS

\* Membres de l'Académie nationale de médecine

\* C. HAMONET. *Rev. de Rhum.*, 2003, 70, 91-96

*Sa philosophie englobe le concept de l'unité de la structure de l'organisme vivant et de ses fonctions. Sa spécificité consiste à utiliser un mode thérapeutique qui vise à réharmoniser les rapports de mobilité et de fluctuation des structures anatomiques.*

*Son art consiste en l'application de ses concepts à la pratique médicale dans toutes ses branches et spécialités.*

*Sa science comprend notamment les connaissances comportementales, chimiques, physiques et biologiques relatives au rétablissement et à la préservation de la santé, ainsi qu'à la prévention de la maladie et au soulagement du malade.*

*Les concepts ostéopathiques mettent en évidence les principes suivants :*

*-le corps, par un système d'équilibre complexe, tend à l'auto-régulation et à l'auto-guérison face aux processus de la maladie.*

*-le corps humain est une entité dans laquelle la structure et la fonction sont mutuellement et réciproquement interdépendantes.*

*Un traitement rationnel est fondé sur cette philosophie et ses principes. Il favorise le concept Structure/Fonction dans son approche diagnostique et thérapeutique par des moyens manuels. »*

### **La doctrine, au regard de la médecine contemporaine.**

On trouvera sur le Web une profusion de sites consacrés à l'ostéopathie, sans commune mesure avec ceux qu'occupent les diverses « médecines parallèles ». Ce prosélytisme très organisé laisse entrevoir des moyens importants.

Parmi les *connaissances scientifiques* exposées, certaines (par exemple, la mobilité des os du crâne chez l'adulte) sont totalement fantaisistes. Beaucoup d'autres, qui se rattachent à des notions plus classiques, sont teintées d'imaginaire. Comment peut-on, sur de telles bases, fonder une *approche diagnostique* ?

L'Union Fédérale des ostéopathes de France précise que « *en aucun cas les patients ne doivent se dispenser des bilans et examens médicaux conventionnels* » et que, « *après un interrogatoire et un examen approfondi des bilans radiologique et biologique, l'ostéopathe déterminera les indications et contre-indications de sa thérapie.* » Comment peut-on, si l'on n'est pas médecin, conduire une telle démarche, d'autant que l'ostéopathie se veut de portée très générale ? Elle ne se limite pas aux manipulations vertébrales. *Son art consiste en l'application de ses concepts à la pratique médicale dans toutes ses branches et spécialités.*

Que de nombreuses affections, même organiques, guérissent spontanément, c'est un fait indéniable. Mais ériger en dogme qu'un *système d'équilibre complexe tend à l'auto-régulation et à l'auto-guérison*, sans préciser que, malheureusement et dans bien des cas, ce « *système* » reste inopérant, c'est mettre en péril la santé d'autrui.

Il y a dans tout cela une intention affirmée d'occuper tout le champ de la médecine conventionnelle et, à la fois, une certaine prudence en considération de ses progrès incontestables. L'ostéopathie ne les nie pas. Elle a gardé le caractère d'anti-médecine de ses débuts, et s'est seulement adaptée.

### **L'engouement actuel pour l'ostéopathie s'explique facilement.**

L'ostéopathie utilise un **langage simple**, aisément compréhensible par tous. Les patients dotés d'un esprit plus critique lui trouvent même un charme apaisant, qui contraste avec la sècheresse scientifique du langage médical dont l'assimilation demande un réel effort.

L'ostéopathe établit avec son patient un **contact physique**, en principe non traumatisant (sauf lorsqu'il s'agira de mettre en œuvre une manipulation.) Le geste est très important. Il est perçu comme la recherche attentive d'une cause obscure, fut-elle imaginaire, qui nécessite un don particulier.

En médecine conventionnelle, surtout depuis qu'elle dispose de moyens diagnostiques et thérapeutiques efficaces, le colloque singulier se réduit trop souvent à un interrogatoire orienté, l'examen au strict nécessaire, et la prescription à un automatisme, mais il faut se garder de généraliser.

Or l'homme malade, même s'il n'ignore rien des progrès de la médecine, même s'il ne perçoit plus, ou plus toujours, la maladie comme une injustice ou une malédiction, ressent encore, confusément, un besoin certain d'irrationnel.

Cependant, on ne pardonne pas au médecin d'ignorer les « données actuelles de la science », et on exige qu'il en informe son patient ; lequel d'ailleurs ne retient que ce qu'il peut, ou veut bien retenir et, très souvent, en l'interprétant.

### **Conclusion.**

Peut-être vaudrait-il mieux enseigner la médecine en tenant un plus grand compte de sa composante « humaniste », essentielle mais insuffisamment donnée en exemple, plutôt que d'officialiser des pratiques qui cherchent à s'en éloigner en s'appuyant sur des a priori d'inspiration, en grande partie, purement philosophique.

**PROJET DE RÉPONSE**, complétant le communiqué adopté par l'Académie nationale de médecine en mars 2004 relatif aux applications de la Loi du 4 mars 2004, article 75 \*

L'Académie nationale de médecine s'inquiète des conséquences possibles de la loi du 4 mars 2002, article 75, relatif à « l'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur ».

Elle souligne que les méthodes manuelles à visée diagnostique et thérapeutique prônées par l'ostéopathie et la chiropraxie s'appuient, comme beaucoup d'autres d'ailleurs, sur des a priori conceptuels dénués de tout fondement scientifique.

L'Académie sait très bien que ces méthodes sont, depuis toujours, pratiquées. Mais elle ne saurait les cautionner.

Elle rappelle que de nombreuses U.F.R. (14 actuellement) dans le cadre d'un D.I.U. de Médecine Physique et de Réadaptation dispensent en troisième cycle un enseignement des pratiques manuelles, et en particulier des manipulations vertébrales, pratiques ayant fait l'objet d'une évaluation et reposant sur une formation préalable rigoureuse, fondamentale et clinique (conduisant au titre de médecin ostéopathe.)

1- Les manipulations vertébrales exigent un diagnostic médical préalable, en dehors de tout contexte philosophique. Elles engagent la responsabilité du médecin manipulateur en raison des accidents possibles, en particulier en manipulant le rachis cervical chez la femme jeune. L'ostéopathie ne saurait avoir en elle-même aucune valeur scientifique et certainement pas préventive, notamment chez le nouveau-né.

2- Les autres techniques manuelles utilisées seulement dans un but thérapeutique sont nombreuses mais sont proches de celles enseignées dans les écoles de kinésithérapie (dont la qualité et la rigueur sont reconnues en France) et qui devraient assurer cette formation de kinésithérapeute compétent en ostéopathie ou en chiropraxie mais agissant sur prescription médicale.

### **Personnes invitées :**

Professeur CHATAING (Lyon), Professeur Claude HAMONET - Professeur de médecine physique et de rééducation fonctionnelles (C.H.U. Henri Mondor - Créteil), Docteur Jean-Yves MAIGNE – Service de rééducation fonctionnelle (Hôtel-Dieu – Paris), Professeur Christian ROQUES (Toulouse), Docteur Johann BAUDREUIL (hôpital Lariboisière – Paris), Professeur Jean-Pierre DIDIER – Centre de Convalescence et de rééducation (C.H.U. de

---

\* AUQUIER L. – A propos des chiropracteurs et ostéopathes. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2004, 188, n° 3, 523.

Dijon), Professeur Philippe VAUTRAVERS – Chef de Service de Médecine Physique et de Réadaptation (C.H.U. de Strasbourg), Professeur Bertrand LUDES – Doyen de la faculté de médecine de Strasbourg, Docteur Jean-Louis GARCIA (Nancy).

## BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Charlotte LEBOEUF, YDE D.C. and OHM KYRIC Kirsten – Is it possible to differentiate people with or without low-back pain on the basis of tests of lumbopelvic dysfunction? *JMPT*, 2000, 23, 160-167.
- [2]. MEADE T.W., DYER S., BROWNE W., TOWNSEND J., FRANCK A.O. – Low back pain of mechanical origin : randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment. *BMJ*, 1990, 300, 1431-1437.
- [3]. MEADE T.W., DYER S., BROWNE W., FRANCK A.O. – Randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient management for low back pain : results from extended follow up. *BMJ*, 1995, 311, 349-351.
- [4]. ASSENDELFT W.J., BOUTER L.M., KESSELS A.G.H. – Effectiveness of Chiropractic and Physiotherapy in the Treatment of Low Back Pain : A Critical Discussion of the British Randomized Clinical Trial. *J. Manipulative Physiol. Ther.*, 1991, 14, 281-286.
- [5]. HURWITZ E.L. – The relative impact of chiropractic vs. medical management of low back pain on health status in a multispeciality group practice. *J. Manipulative Physiol. Ther.*, 1994, 17 (2), 74-82.
- [6]. A meta-analysis of clinical trials of spinal manipulation. *J. Manipulative Physiol. Ther.*, 1992, 15 (3), 181-194.
- [7]. SHEKELLE P.G., ADAMS A.H., CHASSIN M.R., HURWITZ E.L., BROOK R.H. – Spinal Manipulation for Low Back Pain. *Annals of Internal medicine*, 1992, 117, 590-598.
- [8]. TRIANO J.J., MCGRECO R.M., HONDRAS M.A., BRENNAN P.C. – Manipulative Therapy Versus Education Programs In Chronic Low Back Pain. *Spine*, 1995, 20, 948-955.
- [9]. GUNNAR B. and coll. - A comparison of osteopathe spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. *New England J. of Med.*, 1999, 4, 1425-1431.
- [10]. HALDEMAN S., RUBINSTEIN S.M. – Cauda equina syndrome in patients undergoing manipulation of the lumbar spine. *Spine*, 1992, 17 (12), 1469-1473.
- [11]. ASSENDELFT W.J., BOUTER L.M., KNIPSCHILD P.G. – Complications of spinal manipulation : a comprehensive review of the literature. *J. Fam. Pract.*, 1996, 42 (5), 475-480.
- [12]. OGER J. – Accidents des manipulations vertébrales. *Rev. Rhum.*, 1966, 33, 494-504.
- [13]. VAUTRAVERS Ph., LECOCQ S. – Fréquence des accidents vasculaires après manipulations vertébrales cervicales. Facteurs de risque. *La Rev. Méd. Orthop.*, 1998, 52, 8-11
- [14]. KPONKTON A., HAMONET C., MONTAGNE A., DEVAILLY J.P. – Complications de la manipulation cervicale. Une observation de « locked-in syndrom ». *Presse Méd.*, 1992, 21, 2050-2052.
- [15]. MAIGNE J.Y., BERLINSON G., JOSEPH P., MEZZANA M., RIME B. – Is it possible to prevent vertebrobasilar accidents complicating cervical manipulations ? *La Rev. Méd. Orthop.*, 1998, 52, 12-13.
- [16]. VAUTRAVERS Ph. Et MAIGNE J.Y. – Cervical spine manipulations and the precautionary principle. *Joint Bone Spine*, 2000, 67, 272-276.
- [17]. AUQUIER L. – Les complications neurovasculaires des manipulations du rachis cervical. Point de vue d'un expert judiciaire. *La Rev. Méd. Orthop.*, 1998, 52, 14-15.
- [18]. HURWITZ E.L., AKER P.D., ADAMS A.H., MEEKER W.C., SHEKELLE P.G. – Manipulation and mobilisation of the cervical spine. *Spine*, 1996, 21, 1746-1760.
- [19]. ASSENDELFT W.J., MORTON S.C., SUTTON M.J., SHEKELLE P.G. – Spinal manipulative therapy for low-back pain, COCHRANE DATABASE, *Syst. Rev.*, 2004 (I), CD 000447 and DUTCH COLLEGE of general practioners, P.O. Box 3231 UTRECHT, Netherlands
- [20]. UNITED KINGDOM, Back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial : COST effectiveness of physical treatments for back pain in primary care, *BMJ*. 2004 (29 nov.), 329, 1381.

- [21]. HAY E.M. and coll. – Comparison of physical treatments versus a brief pain management program for back pain in primary care : a randomised clinical trial in physiotherapy practice. *LANCET* , 2005 june 28, 365, 2024-2030, KEELE University, STAFFORDSHIRE, U.K.  
And comment : TREATING LOW BACK PAIN by Paul SHEKELLE, Anthony DELITTO, *LANCET*, 2005 (17 june), 1987-1989.
- [22]. BEAUDREUIL J., FAUTREL B. – Manipulations vertébrales et pathologie rachidienne. Actualité Rhumatologique, 2005, ELSEVIER éd., 1 vol., 328-340.
- [23]. JAYSON M.I.V. et coll. – Mobilization and manipulation for Low-Back Pain. *Spine*, 1981, 6: 409-416.
- [24]. GROSS A.R., HOVING J.L., HAINES T.A., GOLDSMITH C.H., KAY T., AKER P., BRONFORT G. – A Cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. *Spine*, 2004 Jul, 15; 29 (14) : 1541-8.
- [25]. BRONFORT G., HAAS M., EVANS R.L., BOUTER L.M. – Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain : a systematic review and best evidence synthesis. *Spine*, 2004 May-Jun, 4 (3) : 335-56.
- [26]. COSTE J., DELECOEUILLERIE G., COHEN DE LARA A., LE PARC J.M., PAOLAGGI J.B. – Clinical course and pronostic factors in acute low back pain : an inception cohort study in primary care practice. *B.M.J.*, 1994, 308, 577-580.
- [27]. COSTE J., PAOLAGGI J.B., SPIRA A. – Classification of non-specific low-back pain I. Psychological involvement in low-back pain. *Spine*, 1992, 17 : 1028-1037.
- [28]. COSTE J., PAOLAGGI J.B., SPIRA A. – Classification of non-specific low-back pain II. Clinical diversity of organic forms of low-back pain. *Spine*, 1992, 17:1038-1042.
- [29]. TRAN BA HUY P. – Problèmes de la réhabilitation vestibulaire. A paraître.
- [30]. EMIL P. LESHIO, DO - An overview of osteopathic medicine. *Arch Fam Med.* 1999, 8 : 477-484.
- [31]. Information parue dans la grande presse et dans une émission d'informations télévisée à 20 H.
- [32]. Association Bien Traitance – 142, rue du faubourg Saint Denis – 75010 PARIS.

**Annexe bibliographique.** Rapport (en 1998) de l'AREDOE (Association de recherche et d'étude pour le développement de l'ostéopathie en Europe) COST B4 auprès de la Commission européenne. Lecture critique par un groupe d'ostéopathes franco-allemand à partir de 393 textes publiés dont 15 étaient des études contrôlées mais 5 seulement de bonne qualité.

Publié sur Internet le 3 février 2005. Le texte distingue nettement thérapeutiques manipulatives et l'ostéopathie. Les premiers font partie des traitements courants d'une lombalgie aiguë à titre complémentaire ou alternatif. L'efficacité est moins nette sur les lombalgies prolongées et les cervicalgies. Les traitements ostéopathiques autres que les manipulations sur des symptômes ou des pathologies autres que le rachis ne sont pas convaincants. Le concept clé de la chiropraxie à savoir la subluxation n'a pas été démontré. La définition du concept ostéopathique a été difficile à trouver entre les groupes ostéopathiques français et allemand. L'ostéopathie a été présentée comme une thérapeutique non symptomatique utilisant des moyens manuels selon les règles édictées par les fondateurs afin de permettre le processus d'autogénération.

Il faut rappeler qu'en 2003 (14 octobre) l'ANAES a effectué une recherche documentaire sur dix ans à partir de 1993. Les données disponibles concernent surtout le système locomoteur et l'effet clinique repose le plus souvent sur des cas cliniques et sans double aveugle. Aucun élément scientifique n'est disponible sur le système viscéral et encore moins sur le système dit crâno-sacré.

Pour copie certifiée conforme,  
Le Secrétaire perpétuel,  
Professeur Jacques-Louis BINET