

Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique

KCE reports 148B

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé

Présentation : Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé est un parastatal, créé le 24 décembre 2002 par la loi-programme (articles 262 à 266), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, qui est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Conseil d'administration

Membres effectifs : Pierre Gillet (Président), Dirk Cuypers (Vice président), Jo De Cock (Vice président), Frank Van Massenhove (Vice président), Yolande Avondtrootd, Jean-Pierre Baeyens, Ri de Ridder, Olivier De Stexhe, Johan Pauwels, Daniel Devos, Jean-Noël Godin, Floris Goyens, Jef Maes, Pascal Mertens, Marc Moens, Marco Schetgen, Patrick Verertbruggen, Michel Foulon, Myriam Hubinon, Michael Callens, Bernard Lange, Jean-Claude Praet.

Membres suppléants : Rita Cuypers, Christiaan De Coster, Benoît Collin, Lambert Stamatakis, Karel Vermeyen, Katrien Kesteloot, Bart Ooghe, Frederic Lernoux, Anne Vanderstappen, Paul Palsterman, Geert Messiaen, Anne Remacle, Roland Lemeye, Annick Poncé, Pierre Smiets, Jan Bertels, Catherine Lucet, Ludo Meyers, Olivier Thonon, François Perl.

Commissaire du gouvernement : Yves Roger

Direction

Directeur général Raf Mertens

Directeur général adjoint: Jean-Pierre Closon

Contact

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
Cité Administrative Botanique, Doorbuilding (10^{ème})
Boulevard du Jardin Botanique, 55
B-1000 Bruxelles
Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : info@kce.fgov.be

Web : <http://www.kce.fgov.be>

Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique

KCE reports 148B

TOM DE GENDT, ANJA DESOMER, MIEKE GOOSSENS, GERMAINE HANQUET,
CHRISTIAN LEONARD, FRANÇOIS MELARD, RAF MERTENS,
JULIEN PIERART, JO ROBAYS, OLIVIER SCHMITZ,
IMGARD VINCK, LAURENCE KOHN

KCE reports I48B

- Titre : Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique
- Auteurs : Tom De Gendt (De Gendt Advocaten), Anja Desomer (KCE), Mieke Goossens (De Gendt Advocaten), Germaine Hanquet (KCE), Christian Léonard (KCE), François Mélard (Ulg), Raf Mertens (KCE), Julien Piérart (KCE), Jo Robays (KCE), Olivier Schmitz (KCE) , Imgard Vinck (KCE), Laurence Kohn (KCE)
- Relecture : Pascale Jonckheer (KCE)
- Experts externes : Luc Ailliet (UBC-BVC), Axel Beernaert (Ugent), Barbara Cagnie (Ugent), Tim Daelemans (FICO), Simon D'Hooghe (Axxon), Eric Dobbelaere (SBO-BVO), Thyl Duhammeuw (UBC-BVC), Herman Nys (KUL), Paul Klein (ULB), Grégoire Lason (IAO), Jory Pauwels (FICO), Luc Peeters (IAO), Walid Salem (ULB), Emmanuel Simons (CEBAM), Patrick van Dun (GRNPO), Bart Vanthillo (Ugent).
- Remerciements : Carine Algoet (Mutualités Socialistes), Alex Boon (UVO), Michiel Callens (Mutualité Chrétienne), Philippe Cheval (ROB), Luc Detavernier (Mutualités Libres), Jacques De Witte (BELSO), Christian Gérard (SBO-BVO), Yves Lepers (ULB), Jo Parmentier (ROB), Jörgen Quaghebeur (UVO), Dominique Roberfroid (KCE), Karin Rondia, Maurits Roothoof (ABOC-BAKO), Bruno Ruebens (Mutualités Socialistes), Jean Ruwet (UBO et GNRPO), Dirk Segers (ABOC-BAKO), Ismail Tejeddine (UKO), Michel van den Abeele (UKO), Ann Van den Bruel (KCE), Thibault Voglaire (Mutualités Libres), Yves Warrinnier (ROB), Ghislain Weets (Mutualités Socialistes).
- Validateurs externes : Norbert Fraeyman (Ugent), Raymond Massé (Université Laval-Québec), Henri Nielens (UCL)
- Conflits d'intérêt : Luc Ailliet (UBC-BVC) a reçu une bourse en partie financée par l'Union Belge des Chiropractors. Norbert Fraeyman (Ugent) donne régulièrement des leçons sur la 'réflexion autour des médecines alternatives' et a publié un syllabus sous forme de livre.
- Disclaimer :
- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
 - **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
 - **Finalement, ce rapport a été approuvé à la majorité par le Conseil d'administration.**
 - **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Mise en Page : Ine Verhulst

Bruxelles, le 31 mars 2011 (3th print; 2nd print : 13 janvier 2011; 1st print: 13 janvier 2011)

Etude n° 2009-50

Domaine: Health Services Research (HSR)

MeSH: Chiropractic (education , legislation and jurisprudence , organization and administration , utilization) ; Manipulation, Osteopathic (education , legislation and jurisprudence , organization and administration , utilization) ; Treatment Outcome ; Qualitative Research ; Belgium

Classification NLM: WB 890

Langage: français

Format: Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal : D/2010/10.273/92

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/be/deed.fr>).

Comment citer ce rapport?

De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mélard F, Mertens R, Piérart J, Robays J, Schmitz O, Vinck I, Kohn L. Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre federal d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 148B. D/2010/10.273/92.



PRÉFACE

Lorsque la Ministre de Santé Publique a demandé au KCE de faire un état des lieux des médecines alternatives, nous pensions pouvoir nous acquitter de la tâche en réalisant un seul rapport. Mais bien vite, une évidence s'est imposée : chacun des sujets était sensiblement plus complexe que ce nous avions pressenti au départ.

Il paraissait évident en effet que l'analyse des médecines alternatives ne pouvait se limiter à leur éventuelle efficacité selon les schémas de l'*evidence-based medicine* familiers au KCE. Car, efficaces ou non, force est de constater que ces médecines sont populaires. Mais d'où vient le succès incontestable qu'elles connaissent auprès de la population ? Quels sont les concepts explicatifs mobilisés par les praticiens eux-mêmes ? Et quel cadre juridique est nécessaire afin de ne pas perdre toute cohérence avec le reste du système de santé ?

Ce premier rapport sur les médecines alternatives traite de l'ostéopathie et de la chiropraxie. Afin de cerner le sujet dans toutes ses dimensions, nous avons dû faire appel à quasi toutes les disciplines présentes au KCE. La collaboration entre médecin, kinésithérapeute, sociologue, anthropologue, épidémiologiste, économiste, analyste de données, juriste... fut un beau défi et une aventure passionnante. Nous nous sommes même aventurés aux frontières de l'historiographie et de la philosophie.

Vous voilà donc face au résultat. Celui-ci n'aurait pas pu être atteint sans la collaboration constructive de quelques milliers d'usagers et pratiquants de l'ostéopathie et de la chiropraxie, qui ont participé à nos enquêtes ou réunions. Nous les remercions pour leur apport fort apprécié.

Jean Pierre CLOSON
Directeur général adjoint

Raf MERTENS
Directeur général

Résumé

CADRE DE L'ÉTUDE

A la demande de la Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, le KCE a dressé un état des lieux des quatre thérapies non conventionnelles encadrées par la « loi Colla » depuis 1999 en Belgique, à savoir l'acupuncture, l'homéopathie, la chiropraxie et l'ostéopathie. On définit ces médecines comme un "groupe de divers systèmes médicaux et de soins de santé, de pratiques et de produits qui ne sont pas actuellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle". Ces thérapies sont qualifiées de 'complémentaires' lorsqu'elles sont utilisées conjointement avec des traitements conventionnels, et d'alternatives' lorsqu'elles le sont à la place d'un traitement conventionnel.

Le présent rapport concerne l'ostéopathie et la chiropraxie.

OBJECTIFS

Ce rapport a pour objectifs de répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est l'efficacité de l'ostéopathie et de la chiropraxie ? Quels sont les bénéfices et les risques ?
2. Comment ces médecines se définissent-elles elles-mêmes et comment ces médecines sont-elles utilisées par la population belge ?
3. Quel est le statut légal de ces médecines et comment sont-elles organisées en Belgique?
4. Comment les thérapeutes sont-ils formés ?

METHODOLOGIES

Pour appréhender ces médecines dans leur complexité, le KCE a opté pour une approche multidimensionnelle, à la fois médicale, sociologique, anthropologique, juridique et organisationnelle. Pour chacune de ces dimensions, le KCE a fait appel à des méthodes adaptées:

- une revue systématique de la littérature scientifique destinée à évaluer l'efficacité clinique et la sécurité des thérapies étudiées,
- une enquête par téléphone destinée à mesurer l'importance du recours à ces thérapies dans un échantillon représentatif de la population générale (n=2000),
- une enquête par entretiens de type socio-anthropologique destinée à appréhender les perceptions des usagers réguliers (n=17) et de thérapeutes (n=21),
- une enquête en ligne auprès des praticiens destinée à décrire leur profil et pratique (n=475/905 ostéopathes et n=73/101 chiropracteurs),
- une analyse détaillée du cadre juridique et organisationnel et de ses enjeux et, enfin,
- la consultation des unions professionnelles et d'experts permettant de décrire la manière dont ces professions s'organisent et dont les praticiens sont formés.

RÉSULTATS

L'ostéopathie et la chiropraxie sont deux thérapies manuelles qui présentent plusieurs points communs dont leur origine, les Etats-Unis, et le type de mécanismes qu'elles invoquent et qui sont non scientifiquement démontrables.

Nous présentons ici les définitions données par les professionnels eux-mêmes via leur « profil de compétence »^{2,3}.

Le Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie (GNRPO) définit l'objectif d'un **traitement ostéopathique**² comme le rétablissement du fonctionnement normal d'un tissu. La pratique clinique est limitée à l'usage des mains afin d'établir un diagnostic et de traiter des plaintes ou des douleurs relatives à l'appareil locomoteur. Le recours à des traitements médicamenteux ou des techniques invasives est donc exclu. Pour des plaintes autres, telles que problèmes digestifs ou de circulation sanguine, les connaissances actuelles sont jugées incomplètes et il est nécessaire d'approfondir les recherches.

Des divergences entre les ostéopathes existent quant à l'importance attachée à la philosophie sous-jacente à l'ostéopathie et quant à la place de l'utilisation des techniques viscérales et crânielles .

La chiropraxie est définie par l'European Chiropractors' Union comme un soin, incluant le diagnostic et le traitement³. L'attention est focalisée sur la relation entre la structure du corps du patient, principalement la colonne vertébrale, et la fonction des différentes parties du corps. Cette relation se réalise principalement via le système nerveux et serait liée à un certain état de santé, à la posture et la performance du corps.

Ces médecines s'opposent à la médecine classique ou conventionnelle en ce sens qu'elles se fondent sur une forme de 'vitalisme', non vérifiable par l'expérimentation scientifique. De même, les concepts diagnostiques des ostéopathes (lésion ostéopathique) et des chiropracteurs (subluxation) ne sont pas soutenus par les connaissances scientifiques actuelles.

Toutes deux recourent principalement à des manipulations, en ce compris des manipulation de type *high velocity, low amplitude* ('craquer'). Certaines de ces manipulations font également partie de l'arsenal thérapeutique des thérapies manuelles ou de la kinésithérapie. Les ostéopathes ont également recours à des manipulations crânio-sacrées et viscérales.

EFFICACITÉ CLINIQUE ET RISQUES

Il n'existe qu'un nombre limité d'études de qualité sur l'efficacité de certaines des manipulations utilisées lors du traitement ostéopathique ou chiropratique, même lorsque les études sont étendues à d'autres formes de thérapie manuelle.

Peu de preuves d'efficacité des manipulations utilisées

Les seules manipulations qui aient démontré actuellement une efficacité clinique sont celles visant à réduire la douleur en cas de lombalgies ou cervicalgies.

Pour les **lombalgies**, la plupart des effets sur la douleur rapportés se situent en dessous des seuils de pertinence clinique tels qu'ils ont été établis par le Cochrane Back Review Group (référence de la médecine basée sur les preuves).

Pour les **cervicalgies chroniques et subaiguës**, des preuves de haute qualité indiquent qu'une approche multimodale dont les manipulations et les mobilisations font partie (combinées à des exercices) est plus efficace que des exercices seuls pour les douleurs subaiguës et chroniques avec ou sans irradiation radiculaire en ce qui concerne le soulagement de la douleur sur le court terme.

Pour les autres indications il n'y a pas de preuve d'efficacité.

Risques peu documentés par manque de données

Les études mentionnent des effets indésirables bénins pour 30 à 60 % des cas. Ils se traduisent essentiellement par une aggravation passagère de la douleur et de la céphalée.

Des complications graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital sont documentées. Toutefois, les données ne permettent pas de fournir une estimation quantitative des risques.

En outre, le recours à un thérapeute non conventionnel présente toujours le risque de retard de diagnostic médical. Et le thérapeute consulté risque de ne pas être en mesure d'identifier des cas à risque ou des contre-indications au traitement s'il n'y a pas été formé.

SITUATION EN BELGIQUE

Cadre légal

L'établissement d'un diagnostic et la mise en place d'un traitement pour une affection physique ou psychique sont légalement réservés aux détenteurs d'un diplôme en médecine. Les ostéopathes et les chiropracteurs qui posent des diagnostics et instaurent des traitements dans le cadre de leur profession et qui ne sont pas médecins travaillent donc dans l'illégalité, à moins qu'ils n'effectuent un traitement qui tombe dans le champs de leurs compétences légales spécifiques, comme c'est par exemple le cas des traitements qui peuvent être réalisés par les kinésithérapeutes, mais sur prescription médicale. Hormis ce cas de figure, les patients qui consultent des ostéopathes ou des chiropracteurs qui ne sont pas médecins, ne peuvent donc bénéficier d'aucune garantie de la part du gouvernement en termes de qualité des soins reçus ou de sécurité. L'exécution de la loi « Colla » devrait pouvoir apporter plus de clarté à cette situation.

Cette loi « Colla » a été promulguée le 29 avril 1999. Afin de garantir que les patients reçoivent des soins de qualité, il y est entre autres prévu un système de double enregistrement : l'enregistrement des pratiques (disciplines) non conventionnelles et l'enregistrement de chaque praticien de ces pratiques.

Pour ce faire, une commission paritaire doit être constituée afin, entre autre, de rendre un avis sur les conditions générales s'appliquant à l'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles et les conditions auxquelles doivent satisfaire les praticiens d'une pratique non conventionnelle reconnue pour pouvoir être enregistrés individuellement, comme par exemple le fait d'être affilié ou non à une union professionnelle reconnue et des exigences de formation.

La loi prévoit que la commission paritaire soit constituée pour moitié de membres proposés par les facultés de médecine, et pour l'autre moitié de praticiens d'une pratique non conventionnelle proposés par les chambres qui doivent être mises en place, à raison d'une chambre par médecine non conventionnelle reprise dans la loi Colla.

Il n'apparaît pas dans l'article 5 que les praticiens membres de la commission paritaire doivent être enregistrés. Et la loi ne définit pas non plus ce qu'on entend par « praticien d'une pratique non conventionnelle ».

Par contre la loi précise bien dans son article 8 § 1 que nul ne peut exercer une pratique non conventionnelle sans avoir fait l'objet d'un enregistrement.

Cette situation imprécise devrait être clarifiée.

Consommation: surtout pour des plaintes relatives au système musculo-squelettique

En 2009, 7% des personnes interrogées (enquête téléphonique) avaient consulté un ostéopathe au cours des 12 derniers mois, et 2% un chiropracteur. Ils ne rejettent en général pas la médecine conventionnelle mais recourent à ces deux types de pratiques plutôt dans le cadre d'une démarche complémentaire, principalement sur base du bouche à oreille.

D'après les praticiens interrogés en ligne, outre une population adulte qui consulte l'ostéopathe ou le chiropracteur principalement pour des plaintes du système musculo-squelettique, les ostéopathes traitent aussi des bébés pour des problèmes de reflux gastro-œsophagien ou de bébés grincheux.

Les usagers interrogés par téléphone ont confiance en leur thérapeute non conventionnel (89%) et sont satisfaits des soins reçus (88%).

Des entretiens qualitatifs avec les usagers, il apparaît que la distinction entre les deux disciplines semble floue. De plus, il semble y avoir une méconnaissance des patients quant à la formation du thérapeute qu'ils consultent : d'après l'enquête téléphonique, 44% des usagers d'ostéopathie rapportent avoir consulté un médecin alors que l'enquête en ligne auprès des praticiens révèle que seulement 1% des thérapeutes possède ce diplôme.

Qui sont les thérapeutes ?

Un millier d'ostéopathes et une centaine de chiropracteurs affiliés à une union professionnelle exercent en Belgique en 2010.

Suivant l'enquête en ligne auprès des praticiens, les ostéopathes sont en grande partie kinésithérapeutes de formation (83%) alors que plus de la moitié des chiropracteurs ont étudié directement la chiropraxie (56%). Un très faible pourcentage est à la base docteur en médecine (respectivement 1% et 3%).

Plusieurs filières de formation en ostéopathie existent en Belgique, dont depuis peu un enseignement universitaire. Ce dernier ne concerne pas les techniques viscérales et crânielles. Les chiropracteurs sont quant à eux exclusivement formés à l'étranger. Aucune formation n'est contrôlée par un organisme officiel belge. Elles conduisent au titre de « Diplômé en Ostéopathie » (D.O.) ou de « Doctor in chiropractic » (D.C.), sans équivalence dans l'enseignement supérieur reconnu.

D'un point de vue organisationnel, les chiropracteurs se regroupent au sein d'une seule union professionnelle alors que les ostéopathes s'organisent en 6 unions, dont 5 se sont regroupées sous l'égide du GNRPO, qui revendique une pratique exclusive de l'ostéopathie, à l'opposé de la sixième, l'Union des diplômés en kinésithérapie et ostéopathie (UKO). Ces différentes associations sont affiliées aux différentes filières d'enseignements correspondantes, proposées en Belgique.

De manière générale, les ostéopathes et les chiropracteurs revendiquent le droit de pouvoir intervenir en première ligne, sans prescription médicale, ce qu'ils font actuellement en l'absence de législation. Par ailleurs, les chiropracteurs revendiquent le droit de pouvoir prescrire des examens d'imagerie médicale et des congés pour maladie.

Les consultations

Suivant les données de l'enquête en ligne auprès des praticiens, l'ostéopathie et la chiropraxie sont davantage exercées en Flandre (respectivement 58% et 79% des praticiens) qu'en Wallonie (29% et 12%) ou à Bruxelles (13% et 9%).

D'un point de vue pratique, par rapport à l'ostéopathie, la chiropraxie offre des consultations plus courtes, utilise moins de techniques différentes, et recourt à du matériel (table articulée, par exemple).

Aspects financiers

Nos différentes enquêtes indiquent que les consultations d'ostéopathie et de chiropraxie peuvent coûter jusqu'à 50 euros. Aucun remboursement par l'assurance maladie obligatoire n'est prévu. Toutefois, les mutualités, dans le cadre de leur assurance complémentaire, ainsi que certaines assurances privées interviennent sous certaines conditions.

CONCLUSION

En conclusion, l'ostéopathie et la chiropraxie sont deux thérapies non conventionnelles très semblables mais bien distinctes, la première étant plus marquée par l'hétérogénéité (en termes d'approches et de techniques) que la seconde.

Alors que des preuves scientifiques ne sont disponibles que pour le soulagement à court terme de cervicalgies chroniques et, en moindre mesure, pour les lombalgies, une partie non négligeable de la population fait appel à l'ostéopathie et la chiropraxie, et en est généralement satisfaite.

Les praticiens non-médecins pratiquent actuellement dans l'illégalité (à moins qu'ils n'effectuent des traitements qui sont confiés par la loi à certains professionnels, tels que les kinésithérapeutes) et les patients n'ont aucune garantie de la part de l'Etat quant à la sécurité ni à la qualité. L'exécution de la loi Colla devrait pouvoir apporter de la clarté à cette situation.

RECOMMANDATIONS^a

Compte tenu du caractère illégal de l'exercice de l'ostéopathie et de la chiropraxie par des praticiens non-médecins tant que la loi Colla n'est pas exécutée, il est urgent de prendre des dispositions pour régulariser la situation et garantir la sécurité des traitements en tenant compte des recommandations suivantes :

Diagnostic et prescription

- Il n'y a pas d'argument scientifique pour donner aux ostéopathes et aux chiropracteurs non-médecins plus de compétences qu'aux kinésithérapeutes en matière de diagnostic et de travail sans prescription.

Composition de la commission paritaire et des chambres:

- Les représentants des facultés de médecines devraient être désignés en fonction de leur compétence en lien avec les pathologies du système locomoteur. De plus, dès lors que la thérapie manuelle est également pratiquée par les kinésithérapeutes, il semble indiqué d'élargir la représentation académique aux facultés des sciences de la motricité et de réhabilitation.
- En outre, pour la représentativité, il faudrait veiller à prendre en compte les différentes orientations existantes dans la discipline concernée.

Formations, enregistrement et titre octroyé:

- Une attention particulière devrait être portée aux éléments permettant de veiller à la sécurité des patients (connaissance de la sémiologie notamment) dans les formations qui bénéficieront d'une reconnaissance officielle.
- L'enregistrement des praticiens devrait être conditionné notamment par la réussite d'une formation reconnue et conduire à l'obtention du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur dans le cadre de l'AR n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, en application de l'article 10 §2 de la loi Colla.
- L'enregistrement d'un praticien ne devrait pas être lié à son adhésion à une union professionnelle.
- Le titre octroyé devrait éviter toute confusion possible avec le titre de docteur en médecine.

Monitoring :

- Il serait nécessaire de mettre sur pied un système de monitoring des effets secondaires et accidents comme recommandé précédemment par le KCE.

Information des patients:

- Une fois la loi Colla mise en application, l'obligation d'information qu'elle contient va se superposer à celle prévue par la loi relative aux droits des patients et offrir un cadre juridique quant à l'information dont doivent disposer les patients. Il y aurait lieu d'informer tous les praticiens nouvellement reconnus sur cette loi et sur les obligations qu'elle implique.

Remboursement :

- Compte tenu du peu d'efficacité clinique clairement démontrée, il n'est pas recommandé de mettre à charge de l'assurance maladie obligatoire un remboursement de l'ostéopathie ou de la chiropraxie.

^a Le KCE reste seul responsable des recommandations faites aux autorités publiques

Scientific Summary

Table des matières

ABRÉVIATIONS	3
I INTRODUCTION	5
1.1 CADRE DU PROJET.....	5
1.2 OBJECTIFS ET MÉTHODES.....	6
1.3 CADRE HISTORIQUE.....	6
1.3.1 Aux Etats-Unis.....	6
1.3.2 En Belgique.....	9
2 EFFICACITÉ CLINIQUE ET EFFETS SECONDAIRES	11
2.1 REVUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE.....	11
2.1.1 Introduction.....	11
2.1.2 Etude de l'efficacité.....	14
2.1.3 Sécurité et risques.....	24
2.1.4 Conclusion et discussion générale.....	26
2.1.5 Observation finale.....	29
2.2 CONTROVERSE.....	29
2.2.1 Introduction.....	29
2.2.2 Méthode.....	30
2.2.3 Résultats.....	30
2.2.4 Discussion.....	30
3 CONSOMMATION EN BELGIQUE	31
3.1 ENQUÊTE AUPRÈS DE LA POPULATION.....	31
3.1.1 Recours aux médecines alternatives en général :.....	31
3.1.2 Recours à l'ostéopathie :.....	32
3.1.3 Recours à la chiropraxie :.....	32
3.2 COUVERTURE ASSURENCIELLE.....	33
3.2.1 Dans le cadre des assurances pour les frais ambulatoires.....	33
3.2.2 Dans le cadre des assurances pour les frais hospitaliers.....	33
3.2.3 Spécificités pour l'ostéopathie.....	34
3.2.4 Spécificités pour la chiropraxie.....	34
3.3 ASPECTS SOCIOLOGIQUES.....	35
3.3.1 Introduction.....	35
3.3.2 Objectifs.....	35
3.3.3 L'expérience des usagers.....	36
3.3.4 Le point de vue des praticiens.....	51
4 LA PRATIQUE	62
4.1 LA PRATIQUE DE L'OSTÉOPATHIE.....	62
4.1.1 Caractéristiques de l'échantillon.....	62
4.1.2 Résultats.....	62
4.2 LA PRATIQUE DE LA CHIROPRAxie.....	64
4.2.1 Caractéristiques de l'échantillon.....	64
4.2.2 Résultats.....	64
5 ASPECTS ORGANISATIONNELS ET LÉGAUX	67
5.1 CADRE LÉGAL BELGE ET EUROPÉEN.....	67
5.1.1 Introduction.....	67
5.1.2 L'exercice des soins de santé conventionnels en Belgique aux termes de l'Arrêté Royal n°78.....	67
5.1.3 L'exercice de la médecine non conventionnelle en Belgique.....	69
5.1.4 La relation entre la loi Colla et l'Arrêté Royal n°78.....	76
5.1.5 Les conséquences de l'exercice (non) conventionnel des soins de santé.....	78
5.1.6 L'exercice de la médecine non conventionnelle dans le contexte européen.....	84
5.1.7 Conclusion relative au cadre légal belge et européen.....	85
5.2 LA SITUATION AUX PAYS-BAS, EN FRANCE ET AU ROYAUME-UNI.....	87

5.2.1	Structure du chapitre	87
5.2.2	Pays-Bas	87
5.2.3	France	89
5.2.4	Royaume-Uni.....	91
5.2.5	Conclusion sur la situation aux Pays-Bas, en France et au Royaume-Uni.....	93
5.3	ORGANISATION DE LA FORMATION.....	94
5.3.1	Ostéopathie.....	94
5.3.2	Chiropraxie	98
5.4	ORGANISATION DE LA PROFESSION.....	101
5.4.1	Ostéopathie.....	101
5.4.2	Chiropraxie	106
6	ASPECTS SÉMANTIQUES: HOLISME ET GLOBALITÉ	109
6.1	HOLISME ET GLOBALITÉ.....	109
6.2	LE HOLISME EN OSTÉOPATHIE ET EN CHIROPRACTIE.....	110
6.3	EN CONCLUSION.....	111
7	DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSIONS.....	112
7.1	INTRODUCTION.....	112
7.2	L'OSTÉOPATHIE ET LA CHIROPRACTIE EN BELGIQUE: LES UTILISATEURS, LES PRATICIENS, LES PRATIQUES	113
7.2.1	UN RECOURS TOUJOURS PLUS FRÉQUENT	113
7.2.2	Qui sont les patients ?.....	113
7.2.3	Qui sont les praticiens?.....	114
7.2.4	Itinéraire type d'un patient.....	115
7.2.5	Aspects financiers.....	116
7.2.6	Appréciations des patients	117
7.3	ORIGINES ET CONCEPTS DE L'OSTÉOPATHIE ET DE LA CHIROPRACTIE.....	119
7.3.1	L'histoire de l'ostéopathie.....	119
7.3.2	Histoire de la chiropraxie.....	122
7.3.3	La définition de la discipline via les profils de compétence.....	123
7.4	Y A-T-IL DES PREUVES D'EFFICACITÉ ?	125
7.4.1	Littérature scientifique : de trop rares preuves.....	125
7.4.2	Le point de vue des patients.....	127
7.4.3	Quels sont les risques?.....	127
7.5	COMMENT DEVIEN-T-ON OSTÉOPATHE OU CHIROPRACTEUR ?	128
7.5.1	Les ostéopathes : en majorité des kinés à l'origine.....	128
7.5.2	La chiropraxie : un choix dès le départ.....	129
7.6	CADRE LÉGAL	130
7.6.1	Historique.....	130
7.6.2	La « loi Colla ».....	130
7.6.3	Conséquences de l'exécution partielle de la loi Colla.....	131
7.7	EN CONCLUSION, QUELS SONT LES ENJEUX FUTURS ?	132
7.7.1	Les preuves scientifiques de l'efficacité clinique sont peu nombreuses.....	132
7.7.2	« Holistique » or « not holistique » ?	132
7.7.3	Exécuter la loi Colla	132
7.7.4	Garantir la Sécurité des patients.....	133
7.7.5	Faut-il augmenter l'accessibilité financière ?	133
7.7.6	Travail sur prescription ou pas ?.....	134
7.7.7	Les conséquences de l'académisation de la formation des ostéopathes.....	134
7.7.8	RECOMMANDATIONS.....	135
8	REFERENCES.....	136

ABRÉVIATIONS

ABOC/BAKO	Association Belge des Ostéopathes Classique / Belgische Associatie van Klassieke Osteopaten
ACA	America Chiropractic Association
AECC	Anglo-European College of Chiropractic
AMED	Allied and Complementary Medicine
AR	Arrêté Royal
BCA	Association des Chiropracticiens Belges
BELSO	Belgian School of Osteopathy
BIG (loi)	(Wet) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BMA	British Medical Association
CAM	Complementary and Alternative Medicine
CBO	Collège Belge d'Ostéopathie
CCE	Council of Chiropractic Education
CEN	Comité Européen de Normalisation European committee for Standardization
CINHAL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DB	Debategraph
DC	Doctor in chiropractic
DO	Diplomed in osteopathy (USA: Doctor in osteopathy)
EBM	Evidence Based Medicine
ECCE	European Council on Chiropractic Education
ESO	European School of Osteopathy
FICO	Flanders International College of Osteopathy
FNRS	Fonds National de la Recherche Scientifique
FPR	Facilitated Positional Release
GEP	Graduate Education Program
GNRPO	Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie/ Groepering, Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HVLA	High Velocity Low Amplitude
IAO	International Academy of Osteopathy
IC	Intervalle de confiance
ICA	International Chiropractors Association
IWGS	Institut William Gardner Sutherland
MB	Moniteur Belge
MET	Muscle Energy Techniques
MWD	Mean Weighted Difference
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NRO	Nederlands Register voor Osteopathie
NSAID	Non Steroidal Anti-inflammatory Drug
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCP	Profil de compétences professionnel
PEDro	Physiotherapy Evidence Database
PNF	Proprioceptive Neuromuscular Facilitation
RCT	Randomised Controlled Trial
RMDQ	Roland Morris Disability Questionnaire

ROB-ABRO	Registre des Ostéopathes de Belgique/ Register voor de osteopaten van België
SBO/BVO	Société Belge d'Ostéopathie/ Belgische Vereniging voor Osteopathie
SCOM	Sutherland College of Osteopathic Medicine
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SMD	Standardised Mean Difference
SMT	Spinal manipulation therapy
SPF	Service Public Fédéral
TENS	Transcutaneous Electric Nerve Stimulation
UBC/BVC	Union Belge des Chiropractors/ Belgische Vereniging van ChiropractorsBelgian Chiropractors' Union
UBO/BUO	Union Belge des Osteopathes / Belgische Unie van Osteopaten
UKO	Union des diplômés en kinésithérapie et ostéopathie / Unie voor gediplomeerden in de kinesitherapie en de osteopathie
ULB	Université Libre de Bruxelles
UPMO/BVOG	Union Professionnelle de Médecine Ostéopathique/ Beroepsvereniging Voor Osteopathische Geneeskunde
UVO	Unie van Osteopaten
VAS	Visual Analog Scale
WAD	Whiplash Associated Disorder
WUG	Wet op de Uitoefening der Geneeskunst

I INTRODUCTION

I.1 CADRE DU PROJET

L'acupuncture, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'homéopathie sont différentes modalités de traitement classées sous le label de médecines complémentaires et alternatives. Le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) du National Institute of Health (US) définit en 2007 ces médecines comme un "groupe de divers systèmes médicaux et de soins de santé, de pratiques et de produits qui ne sont pas actuellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle"^{b*}. Les thérapies sont qualifiées de 'complémentaires' lorsqu'elles sont utilisées conjointement avec des traitements conventionnels et d'alternatives' lorsqu'elles le sont à la place d'un traitement conventionnel.

Avant lui, en 1993, la British Medical Association⁴ les définissait comme «ces formes de traitements qui ne sont pas largement utilisées par les professions de la santé orthodoxes, et dont les compétences ne sont pas enseignées comme faisant partie du curriculum des cours en soins de santé (medical et paramédical) »*

L'OMS quant à elle les définissait comme : « un large éventail de pratiques de santé qui ne font pas partie des traditions du pays, ou ne sont pas intégrées dans son système de soins de santé dominant »⁵.

En Belgique, poser un diagnostic et mettre en place un traitement pour une affection physique ou psychologique sont légalement réservés aux détenteurs d'un diplôme en médecine qui a été visé par la commission médicale compétente (A.R. 78)⁶. En principe, ils sont les seuls à pouvoir utiliser des CAM (Complementary and Alternative Medicine) pour soigner les patients. Il y a bien un certain nombre de traitements qui peuvent légalement être réalisés par des kinésithérapeutes – toutefois sur prescription médicale – et qui peuvent se retrouver dans un traitement non conventionnel.

En 1999, une loi relative aux médecines non conventionnelles a été promulguée. La loi encadre l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture, et prévoit la possibilité de reconnaître également d'autres modalités thérapeutiques alternatives ou complémentaires. Le but de la loi est de permettre aux praticiens de ces pratiques de pouvoir s'enregistrer comme tels et de pratiquer légalement les médecines non conventionnelles concernées. Pour ce faire, les pratiques non conventionnelles doivent également être enregistrées. La loi établit la création d'une commission paritaire (une pour les 4 pratiques) et de quatre chambres (une par médecine non conventionnelle) afin de conseiller le Ministre de la Santé publique quant à la pratique des médecines complémentaires et alternatives. Il y sera question entre autre des conditions d'enregistrement des praticiens et des pratiques-mêmes, des traitements non-autorisés pour les praticiens qui ne sont pas médecins, de l'affiliation au sein d'unions professionnelles reconnues, etc.

Depuis 1999 la loi Colla est à peine exécutée. Ainsi, ont été publiés un arrêté royal et un arrêté ministériel par lesquels sont décrites la procédure de reconnaissance et les conditions de reconnaissance des unions professionnelles des pratiques non conventionnelles. En outre un certain nombre d'unions professionnelles sont reconnues par cet AR.

Dix ans plus tard, la loi de 1999 n'a été implémentée que partiellement puisque ni la commission ni les chambres n'ont été établies. Aujourd'hui (fin 2010), un certain nombre d'initiatives ont été prises afin d'exécuter la loi.

La Ministre de la santé et des affaires sociales a demandé entre temps au Centre d'expertise des soins de santé de dresser un état de la situation de ces pratiques, afin de revoir ou d'implémenter la loi de 1999.

^b * Traduit de l'anglais

Le projet médecines alternatives se décline dès lors en la publication de 3 rapports : le premier étant consacré à l'ostéopathie et à la chiropraxie. Ces deux thérapies ont été rassemblées dans un même rapport premièrement parce qu'elles consistent toutes deux en des 'médecines manuelles' et deuxièmement parce qu'au cours de notre recherche, il est apparu clairement que le grand public les confond et n'en connaît pas les différences. Il était dès lors important de produire un document éclairant leurs différences et convergences.

1.2 OBJECTIFS ET MÉTHODES

Chaque rapport vise à répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est l'efficacité de chaque médecine alternative ? Quels sont les bénéfices et effets nocifs ?
2. Comment ces médecines se définissent-elles elles-mêmes et comment ces médecines sont-elles utilisées par la population belge ?
3. Quel est le statut légal de ces médecines et comment sont-elles organisées en Belgique ?
4. Comment les thérapeutes sont-ils formés ?

Pour ce faire, nous avons eu recours à différentes méthodologies, toutes détaillées en annexe: une analyse de la littérature destinée à évaluer l'efficacité clinique et la sécurité des thérapies étudiées, une enquête par téléphone auprès de la population générale destinée à mesurer l'importance de la consommation de ces thérapies dans la population générale, une enquête par entretiens de type socio-anthropologique destinée à appréhender les perceptions d'usagers réguliers et de thérapeutes, une enquête en ligne auprès des praticiens destinée à décrire les praticiens et les pratiques, une analyse détaillée du cadre juridique et organisationnel destinée à aider à comprendre la loi Colla, ses impasses et ses enjeux et, enfin, la consultation des unions professionnelles et d'experts permettant de décrire la manière dont ces professions s'organisent et dont les praticiens sont formés.

Le présent rapport concerne spécifiquement l'ostéopathie et la chiropraxie, deux pratiques de manipulation corporelle.

1.3 CADRE HISTORIQUE

Afin de comprendre l'utilisation actuelle de ces deux thérapies en Belgique, il est important de faire un détour par leurs origines, les concepts sous-jacents auxquels elles se réfèrent et la manière dont elles se sont progressivement implantées et organisées au cours du temps.

1.3.1 Aux Etats-Unis

1.3.1.1 Histoire de l'ostéopathie

Le père de l'ostéopathie est A.T. Still (1828-1917), un médecin de campagne issu d'une famille de pasteurs méthodistes du Mid-West des Etats-Unis. Après le décès de trois de ses enfants – probablement suite à une méningite, maladie que la médecine de l'époque ne pouvait guérir – A.T. Still se mit en quête d'une nouvelle forme de médecine. Il s'opposa principalement à l'utilisation de médicaments toxiques et aux interventions telles que les saignées pratiquées à l'époque. Ses idées ont été fortement influencées par celles de J. Wesley, le fondateur du méthodisme. Selon J. Wesley en effet, une médecine pour les pauvres devait se baser sur les remèdes naturels utilisés par les peuples « primitifs » et les animaux et ne devait en aucun cas avoir recours à des médicaments, de quelle que forme que ce soit. A.T. Still reprit également les idées sur le corps, créé parfait par Dieu, et la capacité d'auto-guérison de l'être humain évoquées par Wesley. Il se référa par ailleurs aux techniques de manipulation d'un groupe de guérisseurs appelés « bonesetters » (les redresseurs d'os) ainsi qu'à certaines techniques utilisées par les Indiens Shawnee⁷. Il emprunta également le concept de « magnétisme » au médecin autrichien F.A. Mesmer.

C'est en 1874, en traitant un patient souffrant de dysenterie par des manipulations du dos qu'il arriva aux principes de ce qu'il baptisa « ostéopathie ». Selon ces principes, la cause de la plupart des maladies se situe au niveau des déviations de la colonne vertébrale, car elles entravent la circulation du sang et de la lymphe. C'est ce qu'on appelle en ostéopathie la « law of the arter » (loi de l'artère). Il se qualifiait d'« enlightened bonesetter » (redresseur d'os éclairé).

Pour lui, la circulation du sang et la circulation de la lymphe devaient être vues comme les supports d'une « force vitale ». Il s'inscrivait ainsi dans la conception courante aux XVIII^e et XIX^e siècle selon laquelle toutes les formes de vie possèdent une « force vitale » spéciale qui rend la vie unique. Cette conception est appelée « vitalisme ». Ces idées se heurtèrent à une vive opposition dans les milieux médicaux, mais trouvèrent un accueil favorable dans la population⁸.

En 1892, il fonda la première école américaine d'ostéopathie à Kirksville. De nombreuses écoles s'ouvrirent sur son exemple.

En 1905, le rapport Flexner fit une évaluation critique de l'enseignement ostéopathique et engendra certaines réformes. Une plus grande attention fut notamment accordée à l'enseignement des branches biomédicales comme la physiologie et la chimie. Ces réformes jetèrent les bases d'une reconnaissance de l'ostéopathie en tant que forme de médecine aux Etats-Unis, mais elles la firent aussi se rapprocher de la médecine conventionnelle: en effet, les ostéopathes fonctionnèrent de plus en plus comme des médecins généralistes de première ligne, tandis que les manipulations spinales et les théories de Still se retrouvaient progressivement reléguées au second plan.

Aujourd'hui encore, l'identité véritable de l'ostéopathie et son rapport avec la science font l'objet de débats animés qui ont donné naissance à plusieurs courants au sein de l'ostéopathie:

W.G. Sutherland, un élève d'A.T. Still, a mis l'accent sur la mobilité des os du crâne et a développé l'ostéopathie crânienne mais ses idées ne font pas l'unanimité, même au sein des ostéopathes⁸.

J.M. Littlejohn, un médecin écossais émigré aux Etats-Unis en 1892, enseigna à l'école de Still. Il rentra ensuite au Royaume-Uni, vraisemblablement après un conflit avec Still à propos de l'ostéopathie « véritable » et fut un des grands promoteurs d'un autre courant de l'ostéopathie⁸.

1.3.1.2 *Histoire de la Chiropraxie.*

Le père de la chiropraxie est D.D. Palmer (1845-1913), un magnétiseur américain. Il appliqua pour la première fois le principe de la chiropraxie sur un concierge pour le guérir d'une surdité vieille de 17 ans au moyen d'une manipulation spinale. Les avis divergent quant à la question de savoir si le traitement fut une réussite. Selon la théorie développée par D.D. Palmer, les maladies apparaissent lorsque la colonne vertébrale comprime les nerfs, bloquant ainsi la circulation de ce qu'il appelait l'« Innate Intelligence » (l'intelligence innée), une force qui organise, préserve et guérit toutes les formes de vie, phénomène qui, selon lui, permettait d'expliquer la plupart des maladies. Il appelait ces anomalies des subluxations⁸.

Le rôle prédominant accordé ici au système nerveux contraste avec les théories de Still et est parfois appelé « the law of the nerve » (la loi du nerf)⁸. Palmer fonda la Palmer School of Chiropractic, reprise plus tard par son fils B.J. Palmer.

La chiropraxie a 20 ans de moins que l'ostéopathie, et très vite il y eut concurrence et lutte entre les deux modes thérapeutiques, les ostéopathes accusant Palmer d'avoir volé leur ostéopathie pour la présenter sous un nouvel emballage⁹.

Au début du XX^e siècle, l'American Medical Association fit voter aux Etats-Unis une loi stipulant que toute personne prétendant exercer la médecine devait être en possession d'un diplôme de médecin. C'est sur cette base que D.D. Palmer fut condamné en 1906 pour exercice illégal de la médecine et de l'ostéopathie.

Quelques 15 000 plaintes et condamnations suivirent mais la profession finit par être légalisée aux Etats-Unis. En 1930, la chiropraxie était devenue le numéro un de la médecine alternative. Au départ, l'emploi d'instruments était prohibé par le père comme par le fils Palmer mais la radiographie fut introduite vers 1910. Plus tard, B.J. Palmer se mit à utiliser un instrument très controversé, le neurocalomètre, une sorte de thermomètre de son invention destiné à détecter les subluxations et dont il détenait un brevet et un monopole⁹. Cet instrument fut considéré par beaucoup de chiropracteurs comme une duperie et de l'escroquerie parce qu'il essayait de convaincre les chiropracteurs de louer cet instrument à un prix exorbitant. B.J.Palmer est décédé en homme riche.

Des conflits internes ont donné naissance à deux grands courants en chiropraxie : celui des « straights » (les orthodoxes) et celui des « mixers » (les mélangeurs). Le désaccord entre ces deux courants remonte aux premiers jours de la chiropraxie, le terme (péjoratif) de « mixer » ayant été inventé par D.D. Palmer lui-même.

La raison du désaccord porte principalement sur le degré de « pureté » que la chiropraxie doit garder en tant que doctrine. L'acceptation d'éléments et de concepts issus de la médecine et de la science moderne peut en effet se faire à différents degrés. Ce processus est d'ailleurs à maints égards comparable à celui de l'ostéopathie. En chiropraxie, les points de controverse sont, entre autres, le rôle exclusif des manipulations comme moyen thérapeutique, le rôle des micro-organismes dans le processus pathologique (en ce compris le rôle de la vaccination) et l'acceptation de méthodes scientifiques telles que les Randomized Control Trials (essais contrôlés randomisés) comme mode d'évaluation des traitements⁹.

Les « straights » représentent le courant qui se base davantage et met davantage l'accent sur les concepts originaux de Palmer & fils comme la subluxation en tant que (seule) cause de maladie et les manipulations en tant que seul moyen thérapeutique acceptable. Ils constitueraient une minorité actuellement et sont rassemblés aux Etats-Unis au sein de l'International Chiropractors Association (ICA).

Les « mixers » mélangent les manipulations spinales avec d'autres moyens thérapeutiques, issus de la médecine conventionnelle comme de la médecine alternative, et auraient davantage tendance à chercher le rapprochement avec la médecine conventionnelle et à rejeter bon nombre des concepts « vitalistes » initiaux. Aux Etats-Unis, ils sont réunis au sein de l'America Chiropractic Association (ACA), fondée dans les années vingt pour contrer les campagnes entreprises par B.J. Palmer contre la profession des « mixers ». Ils représentent actuellement la majorité des chiropracteurs là-bas⁹.

1.3.2 En Belgique

La chiropraxie et l'ostéopathie arrivent toutes les deux en Belgique bien après leur apparition aux Etats-Unis. Leur implantation dans le paysage médical belge suit une destinée quelque peu originale dont nous allons tenter de retracer ici les principales étapes.

1.3.2.1 Brève histoire de la chiropraxie en Belgique

L'histoire de la chiropraxie en Belgique débute dans les années 1920. En 1923, Jules Gillet installe son cabinet à Bruxelles après avoir suivi une formation à la *Palmer School of Chiropractic*. Quelques années plus tard, deux autres praticiens, E. D'Arras et H. Poeck, s'installent à leur tour à Anvers. Le nombre de praticiens exerçant la chiropraxie augmente ensuite régulièrement en Belgique, sans toutefois dépasser la dizaine (en 1939, on en compte 11). Ceux-ci se regroupent néanmoins en 1932 sous une première association professionnelle, *l'Association des Chiropracticiens Belges (BCA)*, qui est officiellement reconnue à titre d'association professionnelle en 1946¹⁰. Henri Gillet, le fils de Jules Gillet, en assumait la fonction de premier président.

L'implantation de la chiropraxie en Belgique ne s'est toutefois pas faite sans certains problèmes, notamment en raison de la réglementation nationale de *l'Art de guérir*, qui confère le droit de prescrire, de diagnostiquer et de traiter des malades aux seuls docteurs en médecine. Plusieurs vagues de procès pour exercice illégal de la médecine marquent ainsi cette histoire belge, atteignant son point culminant à la fin des années 1970. En 1977, les cabinets de 28 praticiens exerçant à Bruxelles et ses environs font l'objet de perquisitions orchestrées par la police nationale, qui cherche les preuves matérielles d'une pratique illégale. La Belgique compte alors une septantaine de praticiens enregistrés auprès de la BCA.

Paradoxalement, c'est au cours de cette même période que s'enclenche un véritable processus de quête de reconnaissance de la chiropraxie en Belgique, orchestré par Frank Van Eeckhoven et Michel Fossé, successivement présidents de la BCA, et dont l'aboutissement sera la fameuse « loi Colla » de 1999 (Cf. *infra*).

Bien que le contexte ait quelque peu changé aujourd'hui, des réminiscences de ce climat défavorable restent perceptibles, notamment à travers une série d'articles ou d'émissions télévisées dénonçant les risques de la chiropraxie.

1.3.2.2 Histoire parallèle de l'ostéopathie en Belgique

En Belgique, comme dans le reste de l'Europe, l'ostéopathie est restée essentiellement en dehors de la médecine conventionnelle et s'est développée d'une autre manière qu'aux Etats-Unis avec, entre autres, un accent plus marqué sur les manipulations. L'ostéopathie en Europe demeure très diversifiée et les tentatives entreprises pour arriver à un consensus sur ce qu'est effectivement l'ostéopathie restent infructueuses, comme l'illustre le rejet du document « scope of practice » (champ d'application de la pratique) du General Osteopathic Council britannique par une grande partie des ostéopathes britanniques.

L'importation de l'ostéopathie, quant à elle, est d'une cinquantaine d'années plus tardive que la chiropraxie. C'est au cours des années 1960, qu'une poignée de kinésithérapeutes belges se rendent à Maidstone, dans le Kent, grand institut de formation européen de l'ostéopathie.

Les premiers ostéopathes se sont installés au début des années 70' et ont étudié au Royaume-Uni ou en France. Au cours du temps, un certain nombre d'écoles se sont érigées, la plupart du temps en correspondance avec une association professionnelle, représentant également diverses conceptions et divers courants de l'ostéopathie, sans que le rôle respectif des conflits interpersonnels et des différences idéologiques ne soit toujours clair. La plupart des associations se sont regroupées sous la coupole du Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie (GNRPO).

Une organisation resta cependant en dehors, l'Union des diplômés en kinésithérapie et ostéopathie (UKO), en raison du fait que ses membres tiennent à la pratique combinée de la kinésithérapie, alors que le GNRPO préconise une pratique exclusive de l'ostéopathie.

Ayant ouvert leur premier cabinet dans les années 70, les ostéopathes sont d'abord confrontés à des procès pour exercice illégal de la médecine (AR 78). Le titre d'ostéopathe « D.O. » qui qualifie de « diplômé en ostéopathie » celui qui a complété sa formation par la présentation d'un travail de fin d'étude est obtenu à la même époque. Les batailles juridiques entre ostéopathes et médecins se poursuivront durant quinze ans dans le champ de la reconnaissance des unions professionnelles. Les unions professionnelles naissantes devront également affronter les rapports de comités scientifiques (Académie Royale de Médecine, FNRS, etc.) qui évoquent régulièrement des problèmes possibles de sécurité pour les patients. Ceux-ci seraient dus entre autres à l'absence de régulation relative aux compétences requises. En matière de reconnaissance de la profession par les mutuelles, les débats se déroulent davantage au niveau européen. Le parlementaire belge P. Lannoye y réclame notamment dès 1994 une prise en charge des actes des médecines non conventionnelles par les systèmes d'assurance maladie nationaux.

L'acceptation de l'ostéopathie par le monde médical évolue. Les relations se sont apaisées. Ainsi on assiste en Europe à la naissance de l'UPMO (Union Professionnelle de Médecine Ostéopathique), dans laquelle médecins et ostéopathes s'associent. Après plus de dix ans cependant, la Loi Colla n'a toujours pas été suivie de l'ensemble des arrêtés d'exécution prévus puisque seuls les arrêtés de reconnaissance des organisations professionnelles ont été publiés. Un procès contre l'Etat intenté en 2010 à la fois par une école (IAO -International Academy of Osteopathy) et une organisation professionnelle (ROB-ABRO - Registre des Ostéopathes de Belgique) attestent d'ailleurs d'une certaine lassitude de la profession.

2 EFFICACITÉ CLINIQUE ET EFFETS SECONDAIRES

2.1 REVUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

2.1.1 Introduction

L'objectif de la présente étude est d'apporter une réponse à la question du Cabinet du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à propos de l'efficacité et de la sécurité de l'ostéopathie et de la chiropraxie en synthétisant l'essentiel de la littérature sur le sujet. La problématique est complexe : d'une part, l'ostéopathie et la chiropraxie sont peu circonscrites, les praticiens se prévalent de diverses manières de la doctrine, de la philosophie ou des principes de leurs fondateurs. D'autre part, tant au niveau national qu'international, il n'existe pas d'organes de coordination centralisés dotés d'une autorité suffisante pour définir la pratique de l'ostéopathie et de la chiropraxie. Enfin, on dénombre différents courants et traditions.

2.1.1.1 Méthodes

Les méthodes sont décrites en détail en annexe et nous n'en faisons ici qu'un bref résumé. Nous avons adopté une stratégie de recherche itérative se limitant aux revues systématiques et aux rapports Health Technology Assessment (HTA). Les bases de données suivantes ont été utilisées : Medline ; Embase ; Cochrane Database of Systematic Reviews ; CRD ; CINAHL ; PEDRO ainsi que la base de données pour la médecine alternative, AMED. De même, les sites des agences HTA ont été passés en revue. Dans un premier temps, nous avons fait une recherche sur les termes osteopath*, Osteopathic Medicine Manipulation, Osteopathic. Cela étant, dans la littérature, il est malaisé de faire la distinction entre les manipulations ostéopathiques et les autres formes de manipulation. Par ailleurs, nous nous sommes rendu compte que les études portant sur les autres formes comprenaient également les études relatives aux manipulations et aux procédés ostéopathiques. Pour ces raisons, nous avons par la suite élargi notre recherche aux mots-clés Manipulation, Orthopedic/ ou exp Manipulation, Chiropractic/ ou exp Manipulation, Spinal/ ou exp Manipulation, Osteopathic/ et le terme chiropract*. Ce choix est justifié plus loin dans le document. En conséquence, nous avons considéré comme intervention toutes les formes de thérapie manuelle quelles que soient les indications. Tous les types de populations-témoins ont été intégrés de même que tous les types de résultats, essentiellement la douleur, l'amélioration fonctionnelle et la satisfaction du patient. Nous nous sommes limités à la revue des publications en néerlandais, anglais, allemand, français, espagnol et portugais. Les critères d'inclusion étaient l'étude méthodique de RCT ainsi que les essais contrôlés, sauf pour le volet portant sur la sécurité et les risques dans lequel toutes les études ont été retenues puisqu'il n'est pas possible d'estimer les risques sur la base des RCT qui ne sont pas prévus à cet effet. Les études ont été évaluées sur la base du formulaire Va : appréciation de l'étude méthodique des RCT du Centre Cochrane néerlandais^c, sauf pour le volet portant sur la sécurité et les risques qui ne se fonde pas sur des RCT et des essais contrôlés. La recherche électronique a produit 1551 publications qui ont été sélectionnées sur le titre et le résumé et auxquelles ont été ajoutées 13 publications recherchées manuellement. Le texte complet de 132 publications a été évalué et en bout de course, 66 publications ont été retenues (voir flow chart en annexe méthodologique). Nous présentons d'abord, par indication, les résultats de la revue principale, ensuite ces résultats sont comparés à toutes les revues qui ont satisfaits aux critères. Les différences éventuelles font l'objet de commentaires.

^c <https://www.cebp.nl/media/m242.pdf>

2.1.1.2 *Qu'est-ce que l'ostéopathie ?*

La réponse à cette question de prime abord banale est pourtant essentielle pour pouvoir déterminer ce qu'il convient précisément d'évaluer.

Le GNRPO, la principale organisation professionnelle faîtière de l'ostéopathie utilise une définition qui est généralement acceptée par les membres de ce groupement professionnel :

« L'ostéopathie est une approche manuelle, diagnostique et thérapeutique pour traiter les troubles fonctionnels de la mobilité des articulations et des tissus en général, ainsi que pour déterminer la contribution de ces troubles fonctionnels dans la survenue des symptômes pathologiques. »

Cette définition ne permet toutefois pas de spécifier en quoi consiste cette approche ni en quoi elle se démarque des autres formes de thérapie manuelle. L'ostéopathie se considère au premier chef comme une philosophie et un mode de pensée qui remontent à son fondateur, A.T. Still (1828–1917). Le concept thérapeutique se fonde dans un premier temps sur les principes d'Hippocrate et par la suite sur la conviction selon laquelle une irrigation sanguine inadéquate et une innervation inefficace affectent la physiologie normale (d'après Dun, *Réflexions à propos des MCA: L'ostéopathie 2008*). Par ailleurs, l'ostéopathie insiste fortement sur ce qu'elle appelle l'aspect holistique du traitement que l'on ne peut pas réduire à un certain nombre de techniques. Dans quelle mesure la philosophie est-elle toujours pertinente pour la pratique ostéopathique ? La question fait l'objet d'intenses débats dans les diverses publications ostéopathiques, dont 5 sont indexées dans Medline. Il est malaisé de juger la teneur scientifique de cette philosophie sous-jacente, d'abord parce qu'elle est en mouvance permanente et ensuite, parce qu'elle est alimentée de multiples manières par les différentes écoles et courants ostéopathiques qui vont d'une interprétation très traditionnelle proche du concept original de Still à une récusation pratiquement en bloc de toute philosophie sous-jacente, en ne conservant que le principe holistique.

En ce qui concerne les techniques de l'ostéopathie, Still avait effectué une sélection sur base d'études et d'expériences. En fait, l'homme était un thérapeute éclectique qui a petit à petit mis en place un système reposant sur des thérapeutiques de diagnostic et de traitement qu'il avait personnellement démontrées. Dans ses choix, il se fondait exclusivement sur la pratique¹¹.

L'utilisation des techniques manuelles par les ostéopathes a évolué au fil des années grâce aux échanges intenses avec les physiothérapeutes et leur sous-spécialisation, les thérapeutes manuels, les chiropraticiens et les autres praticiens de thérapies manuelles. En conséquence, il existe un chevauchement très important entre les différents types de prestataires de soins.

2.1.1.3 *Qu'est-ce que la chiropraxie.*

L'OMS reprend la définition suivante de la chiropraxie¹²: 'A health care profession concerned with the diagnosis, treatment and prevention of disorders of the neuromusculoskeletal system and the effects of these disorders on general health. There is an emphasis on manual techniques, including joint adjustment and/or manipulation, with a particular focus on subluxations'.

Les concepts de 'subluxation' et 'd'intelligence innée' sont centraux dans la philosophie de la chiropraxie. La 'subluxation' constitue une anomalie 'fonctionnelle' de la colonne vertébrale qui est la cause de divers syndromes. Ces subluxations sont très différentes de celles considérées par la médecine conventionnelle, et ne sont pas toujours associées à des signes visibles.

L'intelligence innée est la capacité d'autoguérison du corps qui devrait être libérée par des manipulations. Il n'existe aucune preuve scientifique de ces principes et l'importance de ces concepts est sujet à d'intenses débats entre les chiropracteurs.

2.1.1.4 *Implications pour la revue de littérature*

Les reviewers ne font en général pas de distinction entre les différents prestataires de thérapies manuelles. Un certain nombre d'études primaires mélangent les différents dispensateurs et s'efforcent parfois de normaliser la pratique par les ostéopathes, les chiropraticiens et les thérapeutes manuels, la principale étant l'étude BEAM, un essai pragmatique de grande envergure portant sur l'efficacité des manipulations spinales¹³⁻¹⁵.

En conséquence, nous n'avions pas d'autre choix que de tenter d'apprécier conjointement l'effet des diverses formes de thérapies manuelles reprises dans les études.

2.1.1.5 *Les thérapies manuelles*

Bien que les ostéopathes et les chiropracteurs insistent sur le fait que l'on ne peut pas réduire leurs disciplines à un certain nombre de techniques, la sphère évaluée par les études concerne malgré tout essentiellement les différentes formes de manipulations et de mobilisations.

Par manipulations spinales, on entend surtout une force localisée de faible amplitude et une vitesse élevée (HVLA, High Velocity Low Amplitude), exercées sur un segment spinal spécifique.

Le vocable 'mobilisation' recouvre essentiellement une technique de mobilisation passive appliquée avec une fréquence/vitesse lente et une faible ou grande amplitude ou encore les techniques neuromusculaires pratiquées dans l'amplitude de mouvement normale du patient et exécutées sous son contrôle¹⁶. Toutefois, derrière ces termes, se cache une multitude d'approches thérapeutiques qui ne sont pas toujours très bien délimitées : par exemple, l'Organisation Mondiale de la Santé considère une définition beaucoup plus large de la manipulation spinale, pour laquelle elle prend en compte quasi toutes les formes de thérapie manuelle, massage inclus¹².

2.1.1.6 *Effet clinique et pertinence clinique.*

Chaque type d'effet présenté dans les revues sélectionnées ont été repris. Les principaux sont discutés ici brièvement.

En ce qui concerne la douleur, la plupart des études utilisent l'une ou l'autre forme de l'échelle VAS (Visual Analog Scale) par laquelle on demande au patient d'indiquer visuellement sur une échelle le niveau de douleur qu'il ressent¹⁷. Les différentes échelles VAS sont dans la plupart des cas ramenées à une échelle allant de 0 à 100 mm.

Le Roland Morris Disability Questionnaire est le questionnaire le plus utilisé pour évaluer la capacité fonctionnelle du patient souffrant de mal de dos.

Seules les études primaires s'attachent à mesurer la satisfaction du patient ou l'usage de médicaments.

Pour les méta-analyses, les différences de moyenne pondérées sont utilisées quand les effets peuvent être ramenés sur une seule échelle. Les différences de moyenne standardisées (SMD), par la statistique 'Cohen' ou une technique semblable, permettent de comparer ou pooler les différentes échelles de douleur ou de fonctionnement. La SMD est sans dimension, une SMD de 0,2 est considérée comme faible ; 0,5 comme moyenne ; et 0,8 comme élevée¹⁷.

Pour les lombalgies, il existe des critères de pertinence clinique proposés par le groupe de travail « mal de dos » de la Cochrane Collaboration. Pour les maux de nuque et de tête, les critères sont proposés directement par les auteurs eux-mêmes. Aucun effet statistiquement significatif n'a été trouvé ni discuté pour évaluer la pertinence clinique des résultats.

2.1.2 Etude de l'efficacité

2.1.2.1 Lombalgie

Messages clés

- **Pour les lombalgies aiguës aspécifiques, les manipulations et mobilisations spinales ont un petit effet à court terme, comparé à l'absence de traitement ou des traitements qui ne sont pas considérés comme efficaces (traction, alitement), en termes de soulagement de la douleur et de l'amélioration fonctionnelle.**
- **Pour les lombalgies chroniques aspécifiques, les manipulations et mobilisations spinales ont un effet faible à modéré à court et long terme, comparé à l'absence de traitement ou des traitements qui ne sont pas considérés comme efficaces (traction, alitement), en termes de soulagement de la douleur et de l'amélioration fonctionnelle.**
- **Il n'y a pas assez d'études pour tirer des conclusions sur l'hernie discale**
- **L'importance moyenne de la plupart des effets rapportés se situe en dessous des valeurs-seuil de la pertinence clinique pour la lombalgie basse comme défini par le Cochrane Back Review Group.**
- **Il n'y a pas de preuve indiquant que les manipulations ou les mobilisations spinales sont meilleures ou moins bonnes que les autres méthodes thérapeutiques qui ont également une faible efficacité dans la lombalgie basse aiguë et chronique,.**
- **Il n'y a pas de preuve indiquant la supériorité d'une forme de thérapie manuelle par rapport à l'autre.**

Argumentaire

La majorité des études ont évalué les manipulations et les mobilisations sans faire la distinction entre les chiropraticiens, les ostéopathes et les thérapeutes manuels.

Pour les lombalgies aiguës et chroniques, nous présentons d'abord la revue Cochrane réalisée par Assendelft¹⁸, une revue de grande qualité à laquelle presque toutes les autres revues et guidelines font référence. Ensuite, par soucis de complétude, nous parlerons des autres revues qui, en substance, parviennent aux mêmes conclusions.

Résultats d' Assendelft et al.¹⁸

Lombalgie aiguë

Les manipulations effectuées chez les patients souffrant de lombalgie aiguë induisent une amélioration à court terme par rapport à la thérapie placebo^d en ce qui concerne la douleur (10 mm de différence pour la douleur sur l'échelle VAS^e de 100 mm; IC 95%: 2 à 17 mm). En revanche, la différence au niveau de l'amélioration fonctionnelle n'était pas statistiquement significative (2,8-points de différence sur le RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire)^f); IC 95%: -0,1 à 5,6).

En comparaison avec d'autres thérapies, les manipulations spinales ont affiché une efficacité supérieure uniquement dans le cas des thérapies jugées inefficaces (l'auteur a poolé les études qui utilisaient une intervention-contrôle semblable comme un onguent topique, un alitement ou une traction), mais la différence n'était pas cliniquement pertinente (2,1 point de différence sur le RMDQ; IC 95%: -0,2 à 4,4).

^d Thérapie Placébo : (fausse) thérapie simulée dont on considère qu'elle n'a pas d'effet. Elle sert de contrôle dans les études cliniques afin de limiter les biais d'observation.

^e Echelle VAS (Visual Analog Scale) : échelle de la douleur sur laquelle le patient indique visuellement le degré de la douleur qu'il ressent.¹⁷ déjà dit plus haut

^f (Roland Morris Disability Questionnaire) : questionnaire très utilisé qui indique la fonctionnalité du patient souffrant de dorsalgie.

Dorsalgie chronique aspécifique

Dans le cas des dorsalgies chroniques, les conclusions d'Assendelft et al.¹⁸ étaient similaires : amélioration au niveau de la douleur à court terme par rapport à la placébothérapie (10 mm de différence pour la douleur sur l'échelle VAS de 100 mm; IC 95%: 3 à 17 mm); amélioration de la douleur à long terme (19 mm de différence pour la douleur sur l'échelle VAS de 100 mm ; IC 95% : 3 à 35 mm); et amélioration fonctionnelle à court terme (3,3 points de différence sur le RMDQ ; IC 95%: -0.6 à 6.0). En comparaison avec d'autres thérapies (non-placebo), les manipulations spinales ont affiché une efficacité supérieure uniquement dans le cas des thérapies jugées inefficaces ou même dommageables (l'auteur a poolé les études qui utilisaient ce type d'intervention-contrôle comme un onguent topique, un alitement ou une traction) (4 mm de différence pour la douleur sur l'échelle VAS de 100 mm ; IC 95%: 0 à 8 mm et 2,6 points de différence sur le RMDQ ; IC 95% : -0,5 à 4,8). Les auteurs ont jugé que les études étaient de faible qualité et que l'efficacité était modérée, mais comparable à celle d'autres interventions qui sont également modérément efficaces.

Autres revues systématiques

Chou et al., dans leur revue réalisée pour l'American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline, se fondent dans une large mesure sur les travaux d'Assendelft, complétés par deux RCT supplémentaires. Ils aboutissent à la même conclusion : une faible recommandation avec une preuve modérée de l'efficacité de diverses formes de manipulation pour les dorsalgies aiguës et chroniques.

Ferreira et al.^{19, 20} ont avancé des conclusions similaires pour les dorsalgies aiguës et chroniques. Comme Assendelft, ils ont effectué une méta-analyse dans laquelle ils ont regroupé les études où il n'y avait pas d'hétérogénéité.

Rubinstein et al.²¹ ont réalisé une étude pour la dorsalgie chronique avec une méta-analyse, le niveau de preuve ayant été évalué avec l'échelle GRADE. En cas de manipulation spinale comparée à la placébothérapie ou aux modalités thérapeutiques passives, les chercheurs n'ont trouvé que des preuves très limitées pour la douleur (Mean Weighted Difference MWD 1,81 ; IC 95% : -7,13 à 10,75) et des preuves très limitées pour l'amélioration fonctionnelle (Standardised Mean Difference SMD -0,36 ; IC 95% : -0,66 à -0,06). Pour la manipulation spinale associée à une autre intervention, en comparaison avec ladite intervention pratiquée seule, ils ont trouvé des preuves de faible qualité (statistiquement significatives mais avec des études de faible qualité, ici définies en tant que < 6 points sur la checklist du Cochrane Back Review Group¹⁷) pour l'effet analgésique (MWD -14,20 ; IC 95% : -26,89 à -1,51) et aucune preuve pour l'amélioration fonctionnelle. Par comparaison avec n'importe quelle autre intervention, un faible effet statistiquement significatif, mais cliniquement non significatif a été trouvé pour ce qui concerne la douleur après un mois (MWD -3.28 [-5.73, -0.82]). S'agissant de la fonctionnalité, aucune différence n'a été trouvée après un mois. Après 3 et 6 mois, aucune différence n'a été trouvée, que ce soit au niveau de la douleur ou de la fonctionnalité. Dans ce cas, nous avons utilisé une définition plus stricte de la lombalgie par rapport aux études antérieures, dont la plus importante était la UK BEAM study, une étude d'efficacité de grande envergure réalisée auprès des médecins généralistes^{14, 22}.

Bronfort et al.²³ avaient adopté une approche quelque peu différente et n'ont effectué aucun pooling en arguant du fait que les interventions dans le cadre des diverses études, de même que leur conception, étaient de nature trop différente. Ils ont fait une distinction entre la dorsalgie chronique et la dorsalgie de durée mixte, mais à prédominance chronique.

S'agissant de la dorsalgie chronique, les chercheurs sont parvenus à la conclusion qu'il existe des preuves de qualité modérée selon lesquelles les manipulations spinales ont un effet semblable à celui des médicaments anti-inflammatoires associés à des exercices, aussi bien à court terme qu'à long terme. Ils ont également conclu que les mobilisations flexion-distraction sont supérieures aux exercices à court terme et équivalentes à supérieures à long terme. Selon Bronfort et al., les manipulations d'intensité élevée sont supérieures à très court terme aux manipulations de faible intensité.

Il existe également des preuves limitées à modérées selon lesquelles les manipulations sont meilleures que la physiothérapie, tant à court terme qu'à long terme. On trouve aussi des preuves limitées montrant que les manipulations spinales sont aussi efficaces que la chimionucléolyse en cas de hernie discale, tandis que les mobilisations sont moins efficaces que les exercices pour le dos après une chirurgie pour hernie discale.

Pour les formes mixtes à prédominance chronique, les chercheurs ont conclu qu'il existe de fortes preuves selon lesquelles les manipulations spinales sont équivalentes aux soins médicaux. Parce que Bronfort ne rapporte pas les intervalles de confiance, nous ne pouvons pas contrôler si sa conclusion était basée sur des études d'équivalence ou sur le fait que les études n'ont trouvé aucune différence. De plus, il n'explique pas non plus comment il tire cette conclusion. En conséquence, il semble que la conclusion des autres auteurs soit plus solide à savoir qu'il n'y a véritablement pas de preuves attestant d'une supériorité des manipulations et des mobilisations spinales. Il existe des preuves modérées selon lesquelles les manipulations spinales sont supérieures aux soins en routine dispensés par un médecin généraliste et sont équivalentes à la physiothérapie aussi bien à court qu'à long terme. Des preuves limitées indiquent que les manipulations spinales sont supérieures, d'une part, au traitement ambulatoire en milieu hospitalier à court et à long terme et, d'autre part, aux médicaments et à l'acupuncture, également à court et à long terme.

En revanche, Liccardione et al.²⁴ ont effectué une étude des manipulations spinales uniquement pratiquées par des ostéopathes, pour la lombalgie basse en général, avec un pooling de 8 études. Il a trouvé des résultats comparables, avec une SMD (Standardised Mean difference) groupée (pooled) de 0,3 ; IC 95 %: 0,13 à 0,43).

Walker²⁵ a réalisé une revue Cochrane avec méta-analyse des interventions exclusivement chiropractiques. Pour les lombalgies aiguës et subaiguës, il a trouvé un effet sur la douleur statistiquement significatif mais non pertinent d'un point de vue clinique sur le court et moyen terme (en utilisant les critères du groupe dos Cochrane¹⁷) (SMD -0,25 ; IC 95% : -0,46 à -0,04) (Mean Difference (10 cm Echelle VAS) -0,89 ; IC 95% : -1,60 à -0,18)). Sur le long terme, aucune différence statistiquement significative sur la douleur n'a été trouvée. En ce qui concerne la perte fonctionnelle, il a trouvé un effet statistiquement significatif mais non pertinent d'un point de vue clinique (SMD -0,36 ; IC 95% : -0,70 à -0,02). De même, pour les patients chroniques et les études portant sur une population mixte (chronique et aiguë), aucun effet significatif n'a été trouvé.

Le guideline de COST européen B13^{26, 27} et le guideline du KCE sur les dorsalgies chroniques²⁸ sont entièrement basés sur la revue d'Assendelft en ce qui concerne les manipulations spinales. Le guideline de NICE sur les lombalgies de 2009 recommande d'envisager les manipulations, pour lesquelles ils indiquent qu'il n'y a de preuve que d'un effet modéré, une conclusion basée sur l'étude BEAM¹⁴ qui peut être considérée comme la seule étude pertinente avec un faible risque de biais. L'étude BEAM montre un effet faible (statistiquement significatif mais non cliniquement pertinent) d'un score RMDQ de 1,6 (IC 95% : 0,8 à 2,3) points sur 3 mois et 1,0 (IC 95% : 0,2 à 1,8) sur 12 mois.

Une revue systématique de qualité modérée²⁹ s'est attardée spécifiquement sur l'hernie discale, identifiant 4 RCT de faible qualité et conclut qu'il n'y a pas de preuves suffisantes pour pouvoir parler d'efficacité des manipulations spinales sur l'hernie discale.

Pertinence clinique

En 2009, le Cochrane Back review Group a publié des recommandations méthodologiques spécifiques pour la lombalgie¹⁷. Ces recommandations contenaient des normes relatives à ce que doit être la différence minimale cliniquement importante en termes d'issue (MIC, Minimally Important Change) pour être cliniquement pertinente. Ces normes sont basées sur un consensus entre experts après une étude de la littérature de travaux évaluant le MIC pour la douleur et le statut fonctionnel des patients souffrant de lombalgie basse³⁰. S'agissant de la douleur, une différence absolue pour le VAS de 15 mm sur une échelle de 100 mm ou une différence relative de 30% à compter de la baseline sont considérées comme cliniquement pertinentes. Pour le RMDQ, une différence absolue de 2 à 3 points (8 à 12%) est encore considérée comme cliniquement pertinente. Pour la SMD (score "d"), un effet inférieur à 0,5 est considéré comme faible. A la lumière de ces normes, pratiquement aucun effet moyen ne peut être considéré comme cliniquement significatif, excepté pour les dorsalgies chroniques où un effet modéré sur la douleur (VAS) à long terme était de 19 mm (IC 95% : 3 à 35) et un RMDQ de 3,3 points (IC 95% : 0,6 à 6). Toutefois, ici aussi les effets restent petits et les intervalles de confiance larges. Cela n'exclut absolument pas qu'il y ait un effet clinique significatif pour un certain nombre de patients au niveau individuel, mais il n'y en a aucune preuve.

Type de manipulation /mobilisation

La majorité des reviewers n'ont pas fait de différence entre les diverses formes de manipulations et de dispensateurs. Par étude, Bronfort précise toutefois les manipulations/mobilisations qui sont effectuées par un ostéopathe, un thérapeute manuel ou un chiropraticien. Les études primaires elles aussi mélangeaient les différents types, surtout l'étude BEAM dans laquelle, dans un atelier, les différentes formes ont été normalisées¹³⁻¹⁵. Les données ne sont pas suffisantes pour déterminer la supériorité d'une forme de manipulation/mobilisation par rapport à une autre. Licciardone (un ostéopathe) a effectué une revue ne reprenant que les études dans lesquelles les manipulations étaient réalisées par un ostéopathe. Si l'effet n'est pas plus élevé que dans les autres revues, en raison du nombre minime d'études, il ne peut pas non plus être exclu que ceci est le cas²⁴. Walker²⁵, qui s'est attardé seulement aux interventions chiropractiques, a trouvé des effets semblables.

2.1.2.2 Douleur cervicale

Messages clés

- **Des preuves de haute qualité indiquent qu'une approche multimodale, dont les manipulations et les mobilisations font partie (combinées à des exercices), sont plus efficaces que des exercices seuls pour les douleurs subaiguës et chroniques avec ou sans irradiation radiculaire en ce qui concerne le soulagement de la douleur sur le court terme. Par contre pour la douleur sur le long terme, l'amélioration fonctionnelle, l'effet global, la satisfaction des patients et la qualité de vie, aucune preuve de supériorité de cette approche n'existe. On ne peut toutefois pas isoler la contribution spécifique des manipulations et mobilisations dans l'approche multimodale.**
- **Des preuves indiquent que tant les manipulations que les mobilisations du cou ont un effet comparable sur la douleur, la fonctionnalité et la satisfaction du patient pour les patients chroniques et sub-chroniques. Il y a des preuves de faible qualité que les manipulations spinales seules apporte un allègement de la douleur à court terme en comparaison avec un groupe contrôle.**
- **Il existe des preuves de faible à très faible qualité selon lesquelles les manipulations thoraciques en tant que traitement adjuvant ont un effet sur la douleur et la fonctionnalité tant pour les maux de nuque, chroniques, aigus ou subaigus et « le coup du lapin » (Whiplash).**

- **Il existe des preuves de qualité élevée attestant qu'une approche multimodale, dont les manipulations ou les mobilisations (associées à des exercices) constitue un volet, est efficace. Dans une telle approche, il n'est toutefois pas possible de définir la contribution spécifique des manipulations ou des mobilisations.**
- **Quant à savoir quelles techniques sont supérieures aux autres et dans quelles circonstances, la question reste ouverte.**

Argumentaire

L'étude Cochrane de Gross et al.¹⁶ est la plus récente et présente un niveau de qualité très élevé. Dans leurs conclusions, les auteurs ont utilisé la méthodologie adaptée GRADE telle que décrite dans Furlan et al.¹⁷. Cette étude est une mise à jour des études antérieures du même auteur/groupe de 1996 et 2004, mais elle traite les mobilisations et les manipulations uniquement comme intervention unimodale (c.à.d. isolément, non associées à une autre méthode de traitement). Cette étude est complétée par celle de Miller et al. du même groupe de recherche, publiée dans la même publication avec la même méthodologie qui s'est intéressée aux thérapies combinées²¹. Les résultats et conclusions ont été comparées à celles d'autres études et du rapport du KCE sur les douleurs cervicales²⁸.

Dans les 2 revues, on considère une différence de 10 mm VAS pour les maux de nuque, 5/50 sur le 'neck disability index' et une SMD de 0,5 comme cliniquement pertinente, en se basant sur les critères du Back Review Group guidelines.

Résultats de Gross et al.¹⁶ et Miller et al.²¹

Manipulation de la région cervicale uniquement (Gross et al.¹⁶)

Il existe des preuves de qualité modérée (2 études pour un échantillon total de 369) selon lesquelles les manipulations et les mobilisations ont un effet comparable sur les issues 'douleur', 'fonctionnalité' et 'satisfaction du patient', à court et à long terme chez les patients chroniques et subchroniques.

Douleurs de nuque aiguës et chroniques

Il existe des preuves de faible qualité (3 études, 130 participants) selon lesquelles les manipulations seules, en comparaison avec un groupe-témoin, peuvent procurer à court et à très court terme un soulagement de la douleur chez les sujets souffrant de douleurs cervicales aiguës ou chroniques (SMD - 0,90 ; IC 95%: -1,78 à -0,02).

Céphalée cervicogène chronique

Il existe des preuves de faible qualité émanant d'une étude de petite envergure suggérant que 9 ou 11 séances de manipulation spinale sont supérieures à 3 séances en ce qui concerne le soulagement de la douleur immédiatement après le traitement et la perte fonctionnelle associée à la douleur cervicale dans la céphalée cervicogène chronique.

Il existe des preuves de très faible qualité selon lesquelles, à court terme :

- Aucune technique de manipulation n'est supérieure à une autre (3 études, 88 participants).
- La manipulation serait équivalente à :
 - Certains médicaments (2 études, 69 participants)
 - L'acupuncture (2 études, 81 participants)
 - Certains traitements des tissus mous (1 étude, 53 participants)
- La manipulation serait supérieure à la neurostimulation électrique transcutanée (TENS - Transcutaneous Electric Nerve Stimulation).

Manipulation uniquement de la sphère/région thoracique (Gross et al.¹⁶)*Douleur cervicale aiguë*

Il existe des preuves de faible qualité (1 étude, 45 participants) soutenant la manipulation thoracique en traitement adjuvant de la stimulation électrothermique tant pour ce qui concerne la douleur que la fonctionnalité dans la douleur cervicale aiguë.

WAD aigu ou subaigu (Whiplash Associated Disorder – Trouble associé à un coup du lapin)

Il existe des preuves de très faible qualité (1 étude, 88 participants) soutenant la manipulation thoracique en guise de traitement adjuvant dans le cadre d'une physiothérapie personnalisée pour traiter un WAD (Whiplash Associated Disorder – Trouble associé à un coup du lapin) aigu ou subaigu.

Douleur cervicale chronique

Il existe également des preuves de faible qualité soutenant la manipulation thoracique (1 séance) pour une réduction immédiate de la douleur en comparaison avec un placebo dans la douleur cervicale chronique.

Douleur cervicale de durée indéterminée

Il existe des preuves de très faible qualité selon lesquelles il n'y a pas de différence si l'on compare la manipulation thoracique avec l'absence de traitement (1 étude, 30 participants) dans la douleur cervicale de durée indéterminée.

Mobilisation de la zone cervicale uniquement (Gross et al.¹⁶)*Douleur cervicale subaiguë et chronique*

Il existe des preuves de qualité modérée à faible selon lesquelles il n'y a pas de différence entre les mobilisations et les manipulations et d'autres traitements pour ce qui est de la douleur, de la fonctionnalité et de la satisfaction du patient dans la douleur cervicale subaiguë et chronique (1 étude de type « factorial design » (plan factoriel) avec 133 participants et 1 étude comparative avec 100 participants). Des preuves de faible qualité (1 étude avec 50 participants) montrent qu'une combinaison des techniques de mobilisation de Maitland serait aussi efficace que l'acupuncture dans le traitement de la douleur cervicale subaiguë et chronique pour ce qui concerne la douleur, la fonctionnalité et la satisfaction du patient. Il existe des preuves de faible à très faible qualité selon lesquelles certaines techniques de mobilisation seraient meilleures que d'autres.

Prise en charge multimodale dont les manipulations ou les mobilisations constituent un volet

Miller et al.³¹ ont publié une étude qui a été réalisée par le même groupe que Gross et al., avec la même méthode, mais qui se concentre sur les traitements combinés.

Cervicalgies chroniques, subaiguës avec ou sans irradiation radiculaire.

Ce rapport ajoute qu'il existe des preuves de qualité élevée (3 études poolées) selon lesquelles une prise en charge multimodale, dont les manipulations ou les mobilisations constituent un volet (associées à des exercices), est plus efficace sur la douleur à long terme, l'amélioration fonctionnelle, l'effet global, la satisfaction des patients et la qualité de vie par rapport à des exercices seuls à court terme pour les douleurs (VAS) cervicales chroniques ou subaiguës avec ou sans irradiation radiculaire (pooled SMD -0,50 ; IC 95%:-0,76 à -0,24).

Cervicalgies chroniques, subaiguës conjointes à des céphalées cervicogènes

Des preuves de faible qualité (2 études poolées) existent pour la douleur (VAS) à long terme (pooled SMD -0,87 ; IC 95%:-1,69 à -0,06) pour les cervicalgies chroniques, subaiguës conjointes à des céphalées cervicogènes.

Des preuves de faible qualité suggèrent également un effet pour la même indication sur l'amélioration fonctionnelle et l'effet global. Il n'est toutefois pas possible de définir la contribution spécifique des manipulations ou des mobilisations.

Des preuves de faible qualité (2 études poolées) montrent a contrario que les manipulations/mobilisations combinées à des exercices sont meilleures que les exercices seuls.

Comparaison avec d'autres revues

Gemmel et al.³² n'ont trouvé aucune différence entre les manipulations et les mobilisations, l'étude étant concentrée sur la comparaison entre manipulation et mobilisation, et non pas sur leur effet absolu.

Hurwitz³³ aboutit à des conclusions qui concordent fortement avec celles de Gross et al. Gross et al. ont comparé leurs propres conclusions avec celles de Vernon 2005 et Vernon 2008^{34, 35} qui avaient avancé un effet plus important des manipulations et mobilisations. Mais nous avons exclu ces études car elles se concentraient sur des comparaisons intragroupe, avant et après le traitement, plutôt que de comparer un groupe avec un autre. Compte tenu de l'évolution naturelle de la douleur cervicale, où la guérison spontanée intervient régulièrement, nous ne considérons pas cette procédure comme acceptable. Ces constats s'inscrivent également dans le droit fil du rapport du KCE "Douleurs cervicales aspécifiques: diagnostic et traitement" (2009)²⁸.

2.1.2.3 Céphalées

Messages clés

- **Il n'existe que des preuves préliminaires, et dans le cas de la céphalée cervicogène, de qualité modérée (mais ne se fondant que sur une seule étude), selon lesquelles les diverses formes de thérapie manuelle, les manipulations et les mobilisations spinales ont un effet sur les différents types de céphalée.**
- **Il n'y a pas de preuve indiquant une supériorité d'une forme de thérapie manuelle par rapport aux autres.**

Argumentaire

Les conclusions se fondent sur 3 études, la principale étant celle de Bronfort et al.³⁶ complétée par Lenssinck,³⁷ qui n'a traité que la céphalée de tension, et Astin & Ernst³⁸. Les trois auteurs ont estimé que les études étaient trop hétérogènes pour un pooling. Les études mélangeaient les thérapies manuelles pratiquées par différents types de prestataires. Nous présentons premièrement les résultats de Bronfort et al. et les comparons ensuite avec les autres revues.

Bronfort a fondé le niveau de preuve sur les critères de la US Agency for Health Care Policy and Research. Le système est comparable au système GRADE pour déterminer le niveau de preuve et est décrit à l'annexe, à la page X. Ce système fait la distinction entre les preuves fortes, modérées, limitées et préliminaires et répartit les céphalées en trois grands groupes : migraine, céphalée de tension et céphalée cervicogène. Dans ce système, une ampleur de l'effet (SMD) de 0.4 est considérée par Bronfort comme cliniquement significative. Les études sont de faible qualité, l'effet a été mesuré dans les études avec l'une ou l'autre forme d'index de céphalée, mais en raison de l'hétérogénéité des échelles, les ampleurs de l'effet sont exprimées en tant que SMD. Les scores de validité des études et les ampleurs de l'effet se trouvent dans le tableau de preuves en annexe.

Céphalée du type “migraine” (Bronfort et al.³⁶)

Des éléments préliminaires indiquent que les manipulations vertébrales (SMT– spinal manipulative therapy) ont un effet comparable à l’amytryptiline (un antidépresseur) seule sur l’indice de céphalée à 8 semaines et sont associées à une preuve de qualité modérée à 4 semaines.

Des éléments préliminaires indiquent que les manipulations vertébrales et l’amytryptiline ont un effet comparable sur la consommation de médicaments. Ces éléments se fondent sur un seul RCT.

Des éléments préliminaires indiquent que, dans le meilleur des cas, les manipulations vertébrales associées à l’amytryptiline ont un effet comparable tant sur l’indice de céphalée que sur la consommation de médicaments, sur la base d’un RCT.

Des éléments préliminaires indiquent que les manipulations vertébrales sont supérieures aux mobilisations pour ce qui concerne la douleur et comparables pour la fréquence, la perte fonctionnelle et la durée de la céphalée, sur la base d’un RCT.

Des preuves limitées montrent que, dans le meilleur des cas, les manipulations vertébrales ont un effet comparable à la placébothérapie, s’agissant de l’intensité de la céphalée. Des preuves limitées indiquent que les manipulations vertébrales sont supérieures à la placébothérapie pour ce qui concerne la fréquence et la perte fonctionnelle en raison de la durée de la céphalée, sur la base d’un RCT.

Céphalée de tension (Bronfort et al.³⁶)

Il existe des preuves de qualité modérée selon lesquelles les manipulations vertébrales sont inférieures à l’amytryptiline, s’agissant de l’intensité de la céphalée à 6 semaines, et des preuves préliminaires indiquent que les deux techniques ont un effet comparable sur la fréquence de la céphalée et la consommation de médicaments, sur la base d’un RCT.

Il existe des preuves limitées selon lesquelles les manipulations vertébrales sont supérieures à l’absence de traitement pour ce qui concerne le soulagement immédiat de la douleur, sur la base d’un RCT.

Il existe des preuves de qualité modérée selon lesquelles les manipulations vertébrales associées aux massages ont, dans le meilleur des cas, un effet comparable au placebo associé aux massages pour ce qui concerne l’intensité de la céphalée au cours d’une période de 1 à 4 semaines. Des preuves préliminaires montrent que l’association des manipulations vertébrales et des massages est inférieure que le placebo associé aux massages après 3 mois. S’agissant également de la consommation de médicaments, des preuves préliminaires montrent un effet comparable.

Céphalée cervicogène (Bronfort et al.³⁶)

Des preuves préliminaires montrent que les manipulations vertébrales sont supérieures à la mobilisation et à l’inscription sur une liste d’attente (ce qui revient à une absence d’intervention durant cette période) après 3 semaines pour le soulagement de la douleur et sont comparables après 3 mois, sur la base d’un RCT.

Il existe des preuves préliminaires selon lesquelles les manipulations vertébrales associées à un AINS sont supérieures à l’AINS seul pour ce qui concerne la céphalée après 1 semaine et sont comparables après 3 semaines, sur la base d’un RCT.

Il existe des preuves de qualité modérée selon lesquelles les manipulations vertébrales sont supérieures à l’absence de traitement pour ce qui concerne le soulagement de la douleur et la fréquence de la douleur 1 semaine et 1 an après un traitement de 6 semaines, sur la base d’un RCT.

Des preuves préliminaires montrent que les manipulations vertébrales sont tout au plus comparables aux exercices pour ce qui concerne l’intensité et la fréquence de la céphalée, tandis que des preuves de niveau modéré indiquent un effet comparable sur la durée de la céphalée.

Des preuves de qualité modérée indiquent que les manipulations vertébrales sont supérieures aux massages associés à un placebo pour ce qui concerne la douleur et la durée de la douleur une semaine après un traitement de 3 semaines, sur la base d'un RCT.

Il existe des preuves de qualité modérée selon lesquelles les manipulations vertébrales sont supérieures aux manipulations vertébrales placebo, sur la base d'un RCT.

Des preuves préliminaires indiquent que les mobilisations ont un effet comparable à l'inscription sur une liste d'attente à la fin d'un traitement d'une durée de 3 semaines.

Il existe des preuves préliminaires selon lesquelles les manipulations vertébrales associées à un autre traitement sont soit comparables soit supérieures au traitement seul.

Comparaison avec d'autres études

Bronfort et al. aboutissent à la conclusion générale que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité des manipulations et des mobilisations vertébrales. Ces conclusions sont comparables à celles de Lenssinck³⁷ et de Fernandez-de-Las-Penas³⁹, qui n'ont traité que la céphalée de tension, et d'Astin & Ernst³⁸ qui concluent également que les études sont insuffisantes pour formuler des jugements fondés. Pour les céphalées cervicogènes, les conclusions rejoignent celles de Gross et al. qui sont reprises ci-avant pour les cervicalgies.

2.1.2.4 Les thérapies manuelles chez le nourrisson

Message clé

- **Aucune preuve scientifique n'indique que les thérapies manuelles ont un effet bénéfique sur les coliques ou affections apparentées chez le nourrisson.**

Tous les auteurs ont traité des thérapies manuelles sans faire de distinction entre les thérapeutes manuels, les chiropraticiens et les ostéopathes. Les manipulations ostéopathiques ont cependant été incluses dans la stratégie de recherche. Tous les auteurs aboutissent à la même conclusion.

La recherche d'Husereau et al. a identifié 4 études de faible qualité (Jadad[§] entre 1 et 2) et les auteurs ont conclu qu'il n'y avait pas d'effet des thérapies manuelles sur les coliques chez les nourrissons. Ernst et al.⁴⁰ ainsi que Gotlib et al.⁴¹ parviennent à des conclusions comparables.

Brand et al.⁴² établissent un lien entre le recours aux thérapies manuelles et un tableau clinique appelé « syndrome KISS » ('Troubles de symétrie induits des vertèbres cervicales'). Ce syndrome se traduit chez le nourrisson par une position préférentielle de la tête, avec un occiput ou un côté aplati, allant également de pair avec d'autres anomalies telles qu'un torticolis, une scoliose ou une limitation de l'abduction de la hanche. Lorsque de telles manifestations s'accompagnent de pleurs excessifs, divers prestataires de soins établissent actuellement une relation avec « un trouble fonctionnel des articulations cervicales supérieures ». Ce syndrome est controversé et son existence est mise en doute par la médecine conventionnelle. Brand a conclu qu'il n'existe pas de preuves scientifiques selon lesquelles le traitement manuel ou ostéopathique des enfants présentant des symptômes de ce que l'on appelle le syndrome KISS aurait un effet bénéfique sur les plaintes et les manifestations et que, par ailleurs, il existe de fortes indications d'une non-justification du traitement chiropracteur chez le nourrisson pleurant avec excès.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une revue systématique stricto sensu, l'étude de Weng et al.⁴³ est la seule que nous ayons trouvée qui a été rédigée par un ostéopathe. Ce dernier se fonde sur les mêmes études pour aboutir aux mêmes conclusions.

§ Jadad est l'une des méthodes les plus utilisées pour attribuer une appréciation à un RCT (le score maximal est égal à 5 et un score inférieur à 3 est considéré comme insuffisant).

2.1.2.5 *La fibromyalgie & le syndrome myofascial douloureux avec points de déclenchements*

Messages clés

- **Dans la littérature, on ne trouve aucune unanimité sur la définition et la question de savoir si ces deux syndromes existent en tant qu'entités distinctes.**
- **Par ailleurs, il n'existe que de rares preuves scientifiques, voire aucune, permettant de décider si les thérapies manuelles sont adéquates pour traiter ces syndromes.**

La fibromyalgie

La fibromyalgie est un syndrome qu'il est malaisé de définir et qui se traduit par des douleurs diffuses et des troubles fonctionnels tels que des vertiges, des palpitations, des perturbations du sommeil, de la fatigue, des troubles anxieux et mnésiques. Si la cause et la pathophysiologie de ce syndrome restent floues, il existe une corrélation avec un stress psycho émotionnel⁴⁴.

Les ostéopathes et les chiropraticiens soignent ce syndrome avec des thérapies manuelles, mais aussi parfois avec un arsenal d'autres méthodes qui sont le plus souvent considérées comme étant moins spécifiques pour l'ostéopathie. Nous nous limitons ici aux preuves relatives aux thérapies manuelles.

Ernst et al.⁴⁴ ont identifié 4 études de faible qualité (score Jadad de 1 ou 2) et ont conclu qu'il n'existe pas de preuves scientifiques de l'efficacité des thérapies manuelles. Schiltewolf⁴⁵ et Schneider⁴⁶ ont abouti à des conclusions comparables.

Syndrome myofascial douloureux avec points de déclenchements

Le syndrome myofascial douloureux avec points de déclenchements constitue une autre entité clinique difficile à définir et dont les principaux symptômes sont une hyper irritabilité de points situés à l'intérieur d'une ceinture de tension de muscles squelettiques ou de tissus conjonctifs. Lorsque ces points sont comprimés, ils déclenchent le syndrome douloureux précité, une sensibilité locale ainsi que des modifications au niveau du système nerveux autonome⁴⁷. Il existe une vive controverse à propos du diagnostic, voire de l'existence même de cette entité clinique, et pour certains auteurs, la différence avec la fibromyalgie n'est pas claire⁴⁷. Une étude de Vernon (DC^h) et Schneider (DC)⁴⁶ a conclu que des preuves de qualité modérée montrent que les thérapies manuelles ont un effet à court terme sur le syndrome myofascial douloureux avec points de déclenchements, mais que seules des preuves préliminaires indiquent un effet à long terme. Une étude de Rickards⁴⁸ (DO)ⁱ parvient à la même conclusion en se fondant sur les mêmes études. Cet auteur ajoute également qu'il est difficile de distinguer l'effet du placebo. En tout état de cause, la prudence s'impose compte tenu de l'incertitude qui prévaut quant à l'existence de cette entité clinique.

2.1.2.6 *Asthme*

Une étude Cochrane de Hondras et al.⁴⁹ se fonde sur deux études de faible qualité et conclut qu'il n'existe pas de preuves scientifiques selon lesquelles le recours aux thérapies manuelles telles que pratiquées par les thérapeutes manuels, les chiropraticiens et les ostéopathes a un effet sur l'asthme.

Les études méthodiques réalisées par Ernst et al.⁵⁰, Balon et al.⁵¹ ainsi que Gotlib et al.⁴¹ aboutissent à la même conclusion.

^h DC: Docteur en chiropraxie

ⁱ

2.1.2.7 *Pneumonie*

Une étude Cochrane de Yang et al.⁵², fondée sur deux études à risque élevé de biais, conclut qu'il n'existe pas de preuves scientifiques attestant d'un effet des manipulations ostéopathiques sur la pneumonie.

2.1.2.8 *Dysménorrhée*

Une étude Cochrane de Proctor et al.⁵³, fondée sur trois études, conclut qu'il n'existe pas de preuves scientifiques selon lesquelles la manipulation spinale a un effet sur la dysménorrhée.

2.1.2.9 *Énurésie*

Une étude Cochrane de Glazener et al.⁵⁴, fondée sur 2 études, conclut qu'il n'existe pas de preuves scientifiques selon lesquelles la manipulation spinale a un effet sur l'énurésie.

2.1.2.10 *Fatigue chronique*

Bagnal et al.⁵⁵ se sont fondés sur 1 étude de très faible qualité et ont conclu qu'il n'existe pas de preuves scientifiques selon lesquelles la manipulation spinale a un effet sur la fatigue chronique.

2.1.2.11 *Affections des membres inférieurs et supérieurs*

Brantingham et al.⁵⁶ ont réalisé une revue sur les traitements manipulatoires pour une gamme diverse d'affections des membres inférieurs ; ils ont utilisé une version modifiée du SIGN pour évaluer les études primaires et une méthode similaire avec GRADE pour évaluer le niveau de preuve (voir en annexe pour plus de détails). Des preuves modérées d'un effet sur l'ostéo-arthrite du genou, la névralgie patellofémorale et l'entorse de la cheville ont été trouvées. Il y a des preuves limitées pour l'ostéo-arthrite de la hanche, la fasciite plantaire, la métatarsalgie et l'hallux limitus/rigidus. L'ampleur de l'amélioration n'est pas fournie et il n'y a pas de consensus sur ce que serait une amélioration clinique significative.

Mc Hardy et al.⁵⁷ ont identifié 7 RCT qui ont évalué des interventions de chiropraxie pour un certain nombre d'affections des membres supérieurs. Cependant aucun RCT n'a démontré un quelconque effet.

2.1.3 Sécurité et risques

Messages clés.

- **Des effets indésirables bénins semblent très fréquents, entre 30 et 60%, et se traduisent essentiellement par une aggravation passagère de la douleur et de la céphalée.**
- **Des complications graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital sont documentées. Toutefois, les données ne permettent pas de fournir une estimation quantitative des risques.**
- **Un système de surveillance plus performant est nécessaire pour mieux évaluer les risques.**

Les publications sur les risques des thérapies manuelles ne font pas de distinction entre les différents types de prestataires. On établit cependant une distinction en fonction de la région du corps qui fait l'objet de la manipulation (un certain nombre d'études traitent plus précisément de la région cervicale qui est considérée comme plus à risque que la sphère thoracique ou la région lombaire), de l'indication et du type de patient. Dans certains cas, on fait une différence entre les manipulations et les mobilisations HVLA.

2.1.3.1 Les manipulations spinales en général

Gouveia et al.⁵⁸ ont effectué une revue des études portant sur la sécurité des manipulations spinales en général. Contrairement à ce que laisse supposer le titre de leur publication, ces auteurs se sont concentrés sur toutes les manipulations spinales, dont une partie pratiquée par des physiothérapeutes et des ostéopathes.

Nous faisons un distinguo entre les effets indésirables bénins et graves.

Effets indésirables bénins (Gouveia et al.⁵⁸)

Les estimations des effets indésirables bénins ont été effectuées sur la base d'un RCT et de 6 études de cohortes prospectives.

Les effets indésirables bénins semblent très fréquents, entre 30 et 60 %, et se traduisent essentiellement par une aggravation passagère de la douleur et de la céphalée. L'une des études a été réalisée en Belgique auprès de 59 thérapeutes manuels (physiothérapeutes, ostéopathes et chiropraticiens) et a rapporté que 60,9 % des patients souffraient au moins d'un effet indésirable lié à la manipulation spinale, 64% de ces effets indésirables ayant disparu dans les 24 heures. Il s'agissait surtout de céphalées, de courbatures ou de gênes locales. Les manipulations cervicales hautes, le fait d'être une femme et la consommation de médicaments sont les principaux facteurs de risque qui ressortent d'une analyse multivariée⁵⁹.

Effets indésirables sévères (Gouveia et al.⁵⁸)

Les effets indésirables sévères semblent difficiles à quantifier.

Une étude cas-témoins réalisée au Canada a estimé que le risque d'accident vertébrobasilaire était 5 fois plus élevé (exprimé en odds ratio OR: 5,03; IC 95% : 1,32 à 43,87) chez les sujets ayant subi une manipulation spinale. Une étude nested case control a estimé que le risque de dissection artérielle cervicale est six fois plus élevé chez les individus ayant subi une manipulation spinale au cours des 30 derniers jours (OR: 6,62 ; IC 95%: 1,4 à 30), après un contrôle statistique pour la douleur cervicale (en raison d'un problème de causalité inversée). Ici seul le risque relatif a été calculé, le risque absolu ne pouvant pas être calculé sur cette base.

Le risque estimé sur la base des études de cohortes prospectives variait de 5 accidents vasculaires cérébraux pour 100 000 manipulations ; 1,46 pathologies neurologiques graves pour 10 000 000 manipulations et 2,68 décès pour 10 000 000 manipulations. Un calcul réalisé sur la base des procès en justice et des demandes d'indemnisation auprès des compagnies d'assurance donne une estimation de 1 sur 1 à 3 millions. Quelque 115 études cas-témoins publiées ont été identifiées.

Ernst et al.⁶⁰ ont effectué une mise à jour de Stevenson et al.⁶¹ et parviennent à des conclusions équivalentes sans toutefois se hasarder à estimer l'incidence des complications graves. En effet, on pourrait se demander si des estimations qui divergent d'un facteur 30 ont une raison d'être.

Les deux auteurs s'accordent à reconnaître qu'il existe une grande incertitude à propos des risques, mais aussi de la relation de causalité entre les manipulations et les complications sévères mettant en jeu le pronostic vital, tout en attirant l'attention sur le fait qu'il y a des traitements de pathologies auto-limitatives pour lesquels il n'existe aucune preuve scientifique concluante de leur efficacité.

Les deux auteurs soulignent la nécessité d'un meilleur système de surveillance afin de documenter les effets indésirables de manière plus performante et plus fiable et de fournir une estimation du risque qui soit digne de foi.

Dans un document méthodologique, Shekelle et al.⁶² et Chou⁶² mettent en exergue les écueils spécifiques que l'on peut rencontrer dans le cadre de la mise en place d'une surveillance après la mise sur le marché des médicaments alternatifs. Ils évoquent notamment le caractère souvent plutôt informel de cette surveillance par rapport à la « médecine allopathique ».

2.1.3.2 Situations particulières

Les manipulations cervicales

Un certain nombre d'auteurs se sont concentrés de manière spécifique sur les manipulations cervicales qui sont considérées comme plus à risque que les manipulations thoraciques. Les preuves en ce sens font cependant défaut. Le risque d'une dissection de l'artère vertébrale est avancé et divers mécanismes sont suspectés mais on ne dispose actuellement d'aucune preuve concluante en cette matière.⁶

Gross et al.¹⁶ fournissent des estimations de risque qui vont de 1 sur 3020 à 1 sur 1 000 000, mais l'incertitude est grande.

Nous n'avons connaissance d'aucun facteur de risque prouvé qui soit susceptible de prédire des complications graves^{63, 64}.

Ernst et al. ont étudié 14 rapports de cas de complications ophtalmologiques associées à des manipulations spinales hautes, avec un tableau clinique différent comprenant la perte de vision, une ophtalmoplégie, une diplopie et un syndrome de Horner. Dans ces cas, Ernst considère la relation de causalité comme très probable ou certaine⁶⁵.

Les complications chez l'enfant et le nourrisson .

Vohra et al.⁶⁶ se sont intéressés de manière spécifique aux effets secondaires et aux risques associés à la manipulation spinale chez l'enfant. Ils ont trouvé 13 études de cas, dont 9 étaient associées à des complications graves, notamment des hémorragies subarachnoïdales et une paraplégie. Les auteurs ont également trouvé 20 cas de complications attribuables à un diagnostic retardé, notamment des cas de neuroblastome et de diabète, de même que des situations dans lesquelles les manipulations avaient été utilisées de manière inappropriée dans des pathologies telles que la méningite et le rhabdomyosarcome. Ils ont conclu que les complications graves étaient possibles, mais rares et qu'il n'est pas possible d'en fournir une évaluation précise. Dans leurs revues, Husereau et al.⁶⁷, Ernst et al.⁴⁰, Gotlib et al.⁴¹ et Brand et al.⁴² indiquent également des dangers potentiels, mais sans les quantifier.

La hernie discale lombaire et le syndrome de la queue de cheval

Oliphant⁶⁸ a étudié les risques de la manipulation spinale chez les patients souffrant d'une hernie discale lombaire. Les principaux risques semblent être une aggravation de la hernie et un syndrome de la queue de cheval. Ce syndrome se caractérise par des troubles neurogènes de la vessie (le plus souvent une rétention urinaire) et des viscères, une anesthésie en selle, un affaiblissement bilatéral des membres inférieurs et des modifications sensorielles. Il évalue le risque à moins de 1 sur 3,5 millions, mais cette estimation se fonde sur peu de données publiées. D'autres auteurs affirment que ces données mènent à une sous-estimation^{62, 69}.

2.1.4 Conclusion et discussion générale

2.1.4.1 Principaux constats :

Il n'existe qu'un nombre restreint d'études portant sur l'efficacité du traitement ostéopathique ou chiropractique et même si on élargit la recherche aux études concernant d'autres formes de thérapies manuelles, ce nombre reste limité. Il n'y a pas de véritable consensus, que ce soit au niveau belge ou international, sur en quoi consiste l'ostéopathie à proprement parler, sur ce que recouvre la pratique ostéopathique et comment celle-ci se distingue précisément des autres formes de thérapie manuelle. Cette absence de consensus complique considérablement l'appréciation de l'efficacité de l'ostéopathie.

Les manipulations et mobilisations spinales sont meilleures à court terme que l'absence de traitement ou des traitements qui ne sont pas considérés efficaces pour la lombalgie basse aiguë et chronique, s'agissant du soulagement de la douleur et de l'amélioration fonctionnelle. L'ampleur des effets rapportés se situe en dessous du seuil de pertinence clinique pour la lombalgie basse, tel que celui-ci a été arrêté par le Cochrane Back Review Group. Il existe des preuves de qualité élevée selon lesquelles la prise en charge multimodale, dont les manipulations ou les mobilisations (associées à des exercices) constituent un volet, est efficace. Dans une telle approche, il n'est toutefois pas possible de définir la contribution spécifique des manipulations ou des mobilisations. Pour d'autres indications, les preuves sont préliminaires ou inexistantes. Les effets indésirables bénins semblent très fréquents, entre 30 et 60 %, et se traduisent essentiellement par une aggravation passagère de la douleur et de la céphalée. Des complications graves pouvant même mettre en jeu le pronostic vital sont documentées. Toutefois, les données ne permettent pas de fournir une estimation quantitative des risques.

2.1.4.2 *Aspects méthodologiques des études*

Les revues systématiques retenues étaient de bonne qualité, en ce sens que la méthodologie avait été bien respectée en suivant les critères du Centre Cochrane néerlandais. Le problème réside surtout au niveau de la faible qualité des études primaires, certains auteurs estimant qu'une amélioration est cependant tangible depuis quelques années¹⁶.

Les interventions sont souvent peu spécifiques et l'appellation 'thérapies manuelles' recouvre fréquemment une multiplicité de techniques. Citons l'exemple de l'essai d'Anderson et al.⁷⁰ qui, dans son étude, laisse une marge de décision considérable au thérapeute manuel s'agissant de la technique qu'il va appliquer. L'approche de la « boîte noire » a des avantages mais également des inconvénients. En effet, d'une part, c'est celle qui se rapproche le plus de la vraie pratique et l'intervention n'est pas isolée de son contexte (tenant ainsi compte au moins partiellement de l'aspect « holistique » de l'ostéopathie), mais, d'autre part, elle présente le risque de dilution de l'effet d'une technique déterminée entraînant une absence d'expression de cet effet.

Dans l'ensemble, les études sont de trop faible envergure, ce qui s'explique en partie par les difficultés rencontrées pour recruter des patients. C'est une des raisons pour lesquelles l'étude BEAM, l'une des plus importantes études réalisées au Royaume-Uni sur la lombalgie basse et les manipulations spinales, a recruté aussi bien des chiropraticiens et des thérapeutes manuels que des ostéopathes. Des restrictions financières ont également été évoquées comme cause de la faible envergure des études. S'agissant de la lombalgie basse, une étude de plus grande envergure est menée actuellement, mais le recrutement des patients est encore en cours⁷¹.

En raison de la nature des interventions, la mise en insu du dispensateur et du patient est malaisée et dans le meilleur des cas, elle n'est souvent que partielle. Pour cette raison, il est difficile d'exclure un effet (placebo) non spécifique. Ainsi, Liccardione et al. ont montré que, dans un essai randomisé, les patients considéraient malgré tout les manipulations ostéopathiques comme davantage dignes de foi que l'alternative, et ce, en dépit des efforts déployés pour réaliser une mise en insu⁷². Cependant, la mise en aveugle du patient et du thérapeute ne sont que 2 éléments qui déterminent la qualité d'un RCT suivant les critères de la checklist Cochrane. Il est certainement possible d'améliorer le design des études en ce qui concerne la randomisation, la mise en aveugle de l'appréciation de l'effet, de mener des analyses sur l'intention de traiter, de limiter la proportion de perdus de vue et le rapportage des outcomes.

Le pouvoir des effets placebo, qualifié par certains auteurs de 'enhanced placebo' est, entre autres, mis en évidence pour les manipulations spinales⁷³. On trouve dans la littérature médicale un intérêt croissant pour l'importance et l'utilité des effets placebo dans la pratique clinique, ces effets jouant surtout un rôle crucial en antalgie, notamment en renforcement des médicaments antalgiques dont une action a été prouvée indépendamment de l'effet placebo.

Par ailleurs, des problèmes éthiques peuvent survenir dans le cas où le thérapeute lui-même ne croit pas dans le produit. Il est démontré que l'effet placebo est plus prononcé si le thérapeute pense lui-même que le moyen utilisé est efficace, en comparaison avec des situations où le thérapeute pense que le moyen utilisé est inefficace ou qu'il a (dans un RCT par la mise en insu) à peine 50% de chance d'être efficace⁷⁴. Hróbjartsson A & Gøtzsche⁷⁵ ont réalisé une méta-analyse avec méta-régression pour mesurer l'effet placebo dans différentes circonstances et ont trouvé que les effets placebo étaient bel et bien hétérogènes mais qu'ils dépendaient également du type d'intervention placebo : ils sont plus prononcés pour les interventions sur la douleur qui comprennent l'une ou l'autre forme de contact physique. L'ampleur de l'effet placebo n'est vraiment pas simple à mesurer en raison des problèmes d'un plus grand abandon et d'automédication dans le groupe contrôle et la difficulté de standardisation de la crédibilité du placebo.

Certains auteurs, comme le Science and Technology Committee au Royaume-Uni, présentent l'utilisation des placebos comme une pratique non éthique, qui trompe le patient et constitue une mauvaise médecine en raison de l'inconstance de l'effetⁱ. A la lumière des connaissances actuelles à propos des placebos, ce point de vue est prématuré et extrême.

La plupart des auteurs n'ont effectué aucun pooling et compte tenu de la variation au niveau de la conception des études et des interventions, cette option est défendable. Un certain nombre d'études sont effectuées par des chiropraticiens et des ostéopathes. Ernst et al. ont constaté qu'en général, les recherches réalisées par ces derniers ont tendance à tirer des conclusions positives⁷⁶. Nous constatons que les auteurs qui sont eux-mêmes D.O. ou D.C. mettent des accents légèrement différents, mais rapportent malgré tout des effets comparables. La seule véritable différence que nous observons est qu'aucune attention n'est accordée à l'ampleur de l'effet, mais que l'on insiste sur le fait que les effets sont éventuellement statistiquement significatifs. Nous n'avons pris en considération que les études qui se concentraient sur des RCT ou travaillaient avec au minimum un groupe-témoin. Un certain nombre de revues ont été exclues parce qu'elles se focalisaient sur des différences avant et après l'intervention, ce qui ne constitue pas une méthode valide vu que la plupart des affections étudiées connaissent une guérison spontanée.

Dans notre revue, nous nous sommes concentrés sur les études portant sur l'effet de l'ostéopathie et de la chiropraxie et non pas sur la véracité de la théorie ou de la physio-pathologie sous-jacente.

Là où les mécanismes d'action sont quelque peu plausibles pour les affections locomotrices, aucun mécanisme ne peut cependant expliquer le fonctionnement des thérapies viscérales et craniales^{77, 78}.

i <http://www.parliament.uk/business/committees/committees-archive/science-technology/s-t-homeopathy-inquiry/>

2.1.4.3 Sécurité

En raison de leur nombre trop limité, il n'a pas été possible d'estimer le risque de complications graves sur la base des RCT. Il existe des cas documentés de complications neurologiques et vasculaires graves, surtout en cas de manipulations cervicales, mais pour l'instant, il n'est pas possible de fournir une estimation quantitative digne de foi. Les manipulations ostéopathiques seraient moins invasives, avec un plus grand nombre de mobilisations et différents leviers qui devraient les rendre plus sûres, mais nous n'avons pas pu objectiver ceci. Une bonne formation pour identifier les patients à risque pourrait limiter le nombre de complications, mais à ce jour, aucun facteur de risque n'a pu être identifié au préalable dans les études.

Certains auteurs estiment toutefois que les risques sont suffisamment élevés pour rejeter les manipulations en tant que méthode thérapeutique, surtout si l'on sait qu'il s'agit de pathologies auto limitatives et que l'efficacité des manipulations n'a pas été établie de façon concluante⁶⁰. Ce constat est encore plus pertinent dans le cas des manipulations chez le nourrisson, pour lesquelles il n'existe ni preuve ni mécanisme d'action plausible.

Les auteurs plaident en faveur de la mise en place d'un système de surveillance plus performant pour mieux évaluer les risques.

2.1.5 Observation finale

Les données scientifiques attestant de l'action de l'ostéopathie, de la chiropraxie ou des autres formes de thérapies manuelles sont rares et il est malaisé d'en distinguer les effets par rapport au placebo.

Les quelques preuves d'efficacité portent sur des techniques de mobilisation et de manipulations qui ne sont pas pratiquées exclusivement par les ostéopathes et les chiropracteurs. Elles ne sont pas spécifiques à ces disciplines et sont utilisées dans la « médecine manuelle » ou la « thérapie manuelle ».

Il convient cependant de tenir compte du fait que pour les indications telles que la lombalgie basse et les douleurs cervicales, la médecine conventionnelle n'offre pas non plus de traitements dont l'efficacité soit suffisamment concluante, le patient restant alors en demande de soins.

Enfin, aucune preuve d'efficacité n'a été retrouvée sur l'ostéopathie viscérale, cranio-sacrée et manipulations sacro-iliaques.

2.2 CONTROVERSE

2.2.1 Introduction

Lors de l'élaboration de ce rapport, plusieurs situations marquées par l'incertitude ont été identifiées, par exemple:

- à défaut d'évidence, quelle efficacité attribuer à telle ou telle pratique ostéopathique ?
- quels sont les risques associés ?
- quelles sont les compétences promues dans le chef des ostéopathes ?
- quels sont les critères de réussites ou d'échec de leurs propres pratiques ?

Ces situations d'incertitude faisant l'objet de débats au sein de la profession, nous avons fait le pari de cerner les contours de ces débats en les organisant de la façon la plus transparente et contradictoire possible.

2.2.2 Méthode

Pour favoriser l'émergence de débats nourris et leur permanence malgré la période estivale peu propice aux réunions (les mois de juillet et août 2010), nous avons opté pour une plateforme de débat sur internet accessible à n'importe quel moment et depuis n'importe quel ordinateur pourvu d'une connexion : le Debategraph (DG)^k.

Ce DG fut uniquement accessible du 15 juin au 15 août aux membres invités et formés à l'utilisation de la plateforme par le KCE, à savoir 18 participants dont une majorité issus du monde ostéopathique (unions et écoles), quelques représentants de mutuelles, de la chiropraxie et de la kinésithérapie en Belgique.

2.2.3 Résultats

Partant de la question générale « Qu'est-ce que l'ostéopathie en Belgique ? », toute une série de thématiques^l ont été proposées au débat par les participants eux-mêmes durant la session de formation à l'utilisation du DG. Elles concernaient :

- L'accès à la profession (selon que l'on soit un futur ostéopathe, un professionnel ou non professionnel) ;
- La sécurité des patients (la responsabilité professionnelle, la qualité du contrôle de la formation, mais également des prestations ostéopathiques) ;
- L'établissement d'un profil de compétences (quelles pratiques, les critères d'enseignements, la déontologie,...) ;
- La régulation financière ;
- La spécificité de la médecine ostéopathique (quelles philosophies, définitions et recherches ostéopathiques ?).

Les contributions effectives via le DG ont été faibles par leur volume et décevantes au regard de nos attentes au moment de lancer ce débat. Le DG a néanmoins contribué à mettre en évidence l'importance et les enjeux liés à l'établissement d'un profil de compétence commun aux associations regroupées dans le GNRPO.

Contrairement à nos hypothèses, ce sont au total trois profils de compétences qui sont apparus à la fin de la session du DG : le premier émanant du GNRPO, le second du ROB (une union du GNRPO) et le troisième du FICO (une école privée se référant au profil de compétence des Pays-Bas).

2.2.4 Discussion

Le DG a constitué un jalon temporel à prendre en compte par le milieu ostéopathique belge pour la publication d'un profil de compétence. Il nous a été rapporté de plusieurs sources que l'établissement de ce profil de compétence a donné lieu à des débats soutenus au sein de la profession. La place particulière qu'occupe l'ostéopathie crânienne et viscérale parmi les compétences requises ainsi que l'organisation de la formation nécessaire à l'acquisition de compétences visant le développement d'une profession à haut niveau de responsabilité ont constitué les pierres angulaires de ces débats qui ont finalement débouché sur la publication de deux nouveaux profils de compétence issus des unions professionnelles : celui du ROB-ABRO et celui du GNRPO^m.

^k Le détail de la méthodologie se trouve dans l'annexe « méthode ».

^l La structure hiérarchique des thématiques se trouve dans l'annexe « résultats ».

^m Le détail de ces profils de compétence se trouve dans le chapitre qui leur est consacré.

3 CONSOMMATION EN BELGIQUE

3.1 ENQUÊTE AUPRÈS DE LA POPULATION

Afin de mesurer la prévalence, les modes d'usage et les raisons du recours aux médecines alternatives et plus particulièrement à l'homéopathie, la chiropraxie, l'acupuncture et l'ostéopathie, nous avons initié une enquête par entretien téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de 1999 adultes en Belgique en 2009. Les détails de la méthodologie et des résultats sont consultables en annexe.

3.1.1 Recours aux médecines alternatives en général :

En 2009, 33,7% des personnes interviewées avaient déjà consulté un médecin alternatif durant leur vie (tableau 1). Des 1622 répondants ayant mentionné au moins un problème médical les douze derniers mois précédant l'enquête, 14,9% ont visité un thérapeute alternatif durant cette période (tableau 2). Cette prévalence semble cohérente au regard des résultats obtenus lors des enquêtes de santé par interview réalisées par l'Institut de Santé Publique depuis 1997. Le dernier rapport disponible consacré à l'enquête de santé par interview réalisée en 2008⁷⁹ indiquait qu'on n'observait pas d'augmentation dans le temps du recours aux prestataires de thérapies non conventionnelles, excepté en Wallonie et en ce qui concerne l'ostéopathie.

A l'instar de l'enquête de santé par interview, nous observons dans notre enquête que les sous-groupes de la population au niveau d'étude le plus élevé ont davantage consulté un thérapeute alternatif au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête (18,6%) comparés aux personnes dont le niveau d'enseignement est plus bas (10,6%) (tableau 3). Nous constatons également que ces thérapies sont le plus souvent utilisées par des personnes d'âge moyen (de 14,9% à 18,5% des personnes entre 25 et 54 ans) (tableau 4).

Par contre, aucune différence significative n'a été observée selon le sexe : 14,3% des hommes et 15,5% des femmes ont consulté un thérapeute alternatif les 12 derniers mois précédents l'enquête (tableau 5).

Un tiers des répondants de notre échantillon (33,8%) dit ne pas connaître les médecines alternatives, 25,7% disent ne pas avoir confiance en ces médecines tandis que 18,4% disent ne pas en avoir eu besoin. Ils sont 12,2% à les considérer comme trop chères (tableau 6).

Les ostéopathes et les homéopathes sont deux fois plus consultés que les autres thérapeutes alternatifs (tableau 7) : 6,7% des répondants ont visité un ostéopathe au cours des douze mois précédant l'enquête, 5,6% ont consulté un homéopathe, 2,7% un acupuncteur et 2,2% un chiropracteur. Deux tiers de ces patients y ont eu recours plus d'une fois durant les 12 derniers mois (tableau 7).

3.1.1.1 *Raisons médicales du recours aux médecines alternatives*

Les quatre raisons médicales les plus couramment évoquées par ceux qui ont eu recours aux médecines alternatives durant les 12 derniers mois sont dans l'ordre d'importance: les problèmes de dos (46,7%), les douleurs au cou (25,8%), la fatigue (12,9%) et les maux de tête (12,9%) (tableau 8).

Chez ceux qui ne mentionnent qu'une seule raison médicale de consultation d'un thérapeute alternatif (soit 166 sur 246 répondants), les problèmes de dos sont les principaux motifs de consultation. A eux seuls, ils constituent 70,7% du recours aux chiropracteurs, 45,8% du recours à l'acupuncteur, 47,4% du recours à l'ostéopathe et 31,4% du recours à l'homéopathe (tableau 9).

3.1.1.2 *La relation thérapeute-patient*

Les usagers des médecines alternatives consultent en large majorité (87,4%) également des médecins conventionnels (tableau 10) et ce le plus souvent pour la même raison médicale (tableau 11).

Parmi ceux qui ont recours aux médecines alternatives, 85,2% ont totalement confiance en leur thérapeute, qu'il soit médecin conventionnel ou non conventionnel. Seulement 4,6% de ceux qui ont recours aux médecines alternatives déclarent n'avoir pas confiance en leur médecin conventionnel mais bien en leur thérapeute non conventionnel (tableau 12). Ils sont également 91,1% à affirmer bien comprendre les réponses du thérapeute à leurs questions, qu'il soit allopathe ou thérapeute alternatif, les problèmes de compréhension n'étant quant à eux pas davantage liés à l'une ou à l'autre médecine (conventionnelle ou alternative) (tableau 13).

De façon générale, la satisfaction par rapport aux soins reçus est grande. Une fois de plus, un patient insatisfait de son médecin conventionnel aura tendance à l'être également de son thérapeute alternatif (tableau 14).

3.1.1.3 *Prix d'une consultation*

La dernière fois qu'ils ont eu recours à un thérapeute alternatif, 43,8% des patients ont payé entre 25 et 50 euros. Mais plus d'un quart des répondants (27,7%) ne se souvenait pas du montant déboursé à cette occasion (tableau 15). Ils sont 35,9% à avoir bénéficié d'un remboursement par une assurance (tableau 16).

3.1.2 **Recours à l'ostéopathie :**

Selon le dernier rapport disponible consacré à l'enquête de santé par interview réalisée en 2008⁷⁹, on observe une augmentation dans le temps du recours aux ostéopathes passant de 3,9% en 2001 à 6,4% en 2008. Notre enquête indique qu'en 2009, 6,7% de la population y a eu recours les 12 derniers mois précédant l'enquête.

La patientèle des ostéopathes qui n'a qu'un seul problème de santé présente dans 47,4% des cas des problèmes de dos, et dans 21,3% des cas des douleurs au cou. (tableau 9).

La majeure partie de la patientèle d'un ostéopathe (77,1%) a consulté plus d'une fois durant l'année écoulée (tableau 17).

Environ la moitié des personnes (47,3%) qui consultent un ostéopathe ne consultent pas d'autre thérapeute alternatif (tableau 18). Parmi ceux-ci, tous disent savoir quelle est la formation de leur ostéopathe : kinésithérapeute (30,8%), médecin spécialiste (27%) ou médecin généraliste (17,7%) (tableau 19). L'enquête réalisée auprès des praticiens nous indique que ces hypothèses faites par les patients quant à la formation de base de leur ostéopathe sont peu vraisemblables en ce qui concerne le pourcentage de médecins dans la profession (voir chapitre formation).

3.1.3 **Recours à la chiropraxie :**

Selon le dernier rapport disponible consacré à l'enquête de santé par interview réalisée en 2008⁷⁹, on n'observe pas d'augmentation significative dans le temps du recours aux chiropracteurs qui passe de 1,6% en 2001 à 1,8% en 2008.

Pour ceux qui n'ont mentionné qu'un seul problème de santé durant les 12 derniers mois, le problème de dos est le motif de consultation d'un chiropracteur le plus fréquemment cité (70,7%) (tableau 9).

La majeure partie de la patientèle d'un chiropracteur (63%) a consulté plusieurs fois un chiropracteur en un an (tableau 20).

La consultation d'un chiropracteur est associée dans 80,4% à une consultation chez un ou plusieurs autres thérapeutes alternatifs (tableau 21).

La faible prévalence du recours à la chiropraxie ne nous permet pas de tirer davantage de conclusions quant à son usage.

3.2 COUVERTURE ASSURENCIELLEⁿ

Cette section contient une présentation synthétique des systèmes de remboursement des prestations d'ostéopathie et de chiropraxie. Elle a été rédigée suivant la méthodologie 'Consultations des stakeholders' décrites dans les annexes méthodologiques. De plus amples informations sur l'historique de ces systèmes de remboursement, ainsi qu'un aperçu des modalités de remboursement par mutuelle figurent dans les annexes 'résultats' du présent rapport.

Ce que nous apprennent nos enquêtes

La plupart des patients qui consultent uniquement un **ostéopathe** (environ 70%) ont payé de 25 euros à 50 euros pour leur plus récente consultation. Environ 15% ont payé davantage et environ 8% ont payé moins que 25 euros. Une minorité des patients (7,7%) disent ne pas savoir ce qu'ils ont payé à l'occasion de cette visite chez l'ostéopathe (tableau 22). A peu près 60% des patients déclarent avoir pu bénéficier d'un remboursement par une assurance à cette occasion (tableau 23).

Plus de trois quart des ostéopathes font payer leur consultation entre 35 et 50 euros, que ce soit une première consultation ou une consultation de suivi (celles-ci ayant une durée équivalente).

A défaut d'une taille d'échantillon suffisante pour les usagers de la **chiropraxie** dans l'enquête réalisée auprès de la population, seuls les résultats de l'enquête auprès des praticiens sont retenus.

Plus de 80% des chiropracteurs font payer la consultation initiale d'un patient entre 35 et 50 euros. Environ 30% des chiropracteurs font payer moins de 35 euros leurs consultations de suivi. Ces dernières ne dépassent pas 50 euros.

3.2.1 Dans le cadre des assurances pour les frais ambulatoires

L'assurance maladie obligatoire ne prévoit pas de remboursement des prestations de médecines alternatives. Dans le cadre de l'assurance maladie complémentaire des mutuelles, ce remboursement est toutefois possible. Il n'est que partiel (10/12,5 € par séance) et est plafonné à un certain nombre de séances par année civile (maximum 5 séances de médecine alternative par année civile).

Outre le remboursement des mutuelles, un patient peut également prétendre à un remboursement via une assurance des frais ambulatoires. Cette police couvre jusqu'à 80% des frais de médecine ambulatoire, et donc des médecines alternatives. Ces prestations doivent avoir été préalablement prescrites par un médecin. Seules les consultations chez des praticiens diplômés sont remboursées.

3.2.2 Dans le cadre des assurances pour les frais hospitaliers

Certains assureurs interviennent pour 40 à 50% des honoraires dans le cadre d'une assurance hospitalisation, si les soins ont un rapport direct avec la raison de l'hospitalisation. Ces prestations doivent avoir été préalablement prescrites par un médecin. Seules les consultations chez des praticiens diplômés sont remboursées.

3.2.3 Spécificités pour l'ostéopathie

3.2.3.1 *Thérapeutes reconnus par les assureurs*

Des critères ont été définis, en concertation avec les associations professionnelles, quant aux conditions à remplir par un ostéopathe pour que ses prestations puissent être remboursées. De plus amples informations sur la genèse de ces critères sont disponibles en annexe.

Les critères suivants sont communs à toutes les mutuelles:

- Être porteur d'un diplôme de base de kinésithérapie (AR 78) (non requis pour les ostéopathes ayant suivi la formation à temps plein de l'IAO ou de l'ULB).
- Être porteur d'un diplôme d'ostéopathie (DO)
- Disposer d'une attestation d'assurance en responsabilité civile.

L'affiliation à une association professionnelle a été un critère par le passé (d'abord uniquement auprès du GNRPO, puis aussi de l'UKO) mais ce critère a été abandonné.

Les critères de remboursement d'une consultation pour le patient sont les suivants:

- Consultation auprès d'un ostéopathe agréé par les mutuelles (figurant sur la liste intermutualiste)
- Délivrance d'une attestation intermutualiste

3.2.4 Spécificités pour la chiropraxie

3.2.4.1 *Thérapeutes reconnus par les assureurs*

Contrairement au régime en vigueur pour les ostéopathes, seules les consultations effectuées auprès de chiropracteurs reconnus par l'Union belge des Chiropracteurs (UBC-BVC) entrent en ligne de compte pour un remboursement partiel.

Messages clés

- **Le remboursement (partiel) des consultations d'ostéopathie et de chiropraxie s'effectue en dehors de l'assurance maladie obligatoire.**
- **Le montant du remboursement varie selon les mutuelles et les assurances.**
- **Une concertation entre les mutuelles et les associations professionnelles a permis de définir des critères précis d'agrément, auxquels les thérapeutes doivent satisfaire pour que leurs patients puissent bénéficier d'un remboursement.**

3.3 ASPECTS SOCIOLOGIQUES

3.3.1 Introduction

Cette section est consacrée aux aspects sociaux et culturels qui interviennent dans l'usage et la pratique de l'ostéopathie et de la chiropraxie. Nous les avons traités dans une perspective comparative, afin de mieux dégager les divergences qui s'observent tant au niveau des raisons qui en guident le recours, que des motivations professionnelles à les pratiquer. Le choix de traiter les particularités de l'ostéopathie et de la chiropraxie les unes en regard des autres s'est progressivement imposé au fil de la réalisation de cette étude, en raison des nombreux points de rencontre qui existent entre elles, aussi bien du point de vue de leur histoire respective que de leur domaine d'intervention et de leur place dans le système de santé.

3.3.2 Objectifs

Les deux objectifs principaux de cette partie sont les suivants:

1. Restituer de manière synthétique les expériences spécifiques des usagers qui recourent de manière régulière à ces deux disciplines ;
2. Apporter un éclairage original fondé sur un matériau empirique se rapportant aux traitements ostéopathiques et chiropractiques tels qu'ils sont pratiqués en Belgique aujourd'hui.

Il s'agit, en somme, d'élargir le cadre d'analyse des pratiques que recouvrent ces deux disciplines par une approche centrée sur les acteurs sociaux qui y recourent et qui les pratiquent. Il s'agit également d'apporter un éclairage sur les particularités propres à ces deux disciplines qu'il est parfois difficile de distinguer.

Cette section se compose de deux parties distinctes, mais néanmoins complémentaires :

- La première est consacrée à la description et à l'analyse des expériences que font les usagers des traitements ostéopathiques et chiropractiques.
- La deuxième partie aborde la formation, les pratiques, ainsi que le point de vue des praticiens sur leurs disciplines respectives. Nous abordons également dans cette partie la question de l'intégration de l'ostéopathie et de la chiropraxie dans le système de santé.

Les données présentées ici sont issues d'une enquête sociologique qualitative réalisée par entretiens semi-directifs^o auprès d'une quarantaine d'usagers et de praticiens.

Cette étude empirique a été réalisée auprès d'un échantillon non représentatif d'usagers (n = 17) et de praticiens (n = 21). Elle vise à fournir un éclairage complémentaire sur l'usage et la pratique de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique. Les conclusions que nous tirons de l'analyse de ces entretiens ne doivent donc pas être considérées comme des conclusions de portée générale sur ces deux médecines, mais comme le résultat de l'analyse des données collectées dans le cadre strict de cette étude.

^o Les aspects méthodologiques de cette recherche sont décrits en annexe.

3.3.3 L'expérience des usagers

Les usagers que nous avons rencontrés ont en commun de recourir régulièrement (plus d'une fois par an) et depuis au moins cinq ans à l'ostéopathie ou bien à la chiropraxie^p. Les entretiens que nous avons réalisés avaient pour but d'éclairer les raisons pour lesquelles ils ont fait le choix de recourir aux services d'un ostéopathe ou d'un chiropraticien à un moment précis de leur vie ou de leur itinéraire thérapeutique^q, et de mieux connaître les différents aspects de leur expérience avec ces deux médecines.

« L'expérience » que font les usagers des traitements ostéopathiques et chiropractiques, telle que nous l'entendons ici est, par définition, multiple et complexe. Nous l'envisageons comme une expérience individuelle (puisqu'elle est celle d'un individu ayant une histoire et des caractéristiques propres), mais qui prend place dans un « cadre » social et culturel. Bien qu'elle soit étroitement associée à des « épisodes » particuliers (la survenue de 'problèmes' de santé) ayant une durée limitée, elle s'inscrit néanmoins dans un 'itinéraire' où interviennent de nombreuses personnes. Pour tenter de cerner au mieux cette « expérience » des traitements ostéopathiques et chiropractiques, nous l'avons abordée à travers différentes problématiques. Nous avons tout d'abord tenté de distinguer les 'problèmes' pour lesquels les usagers recourent à un ostéopathe ou bien à un chiropracteur. Nous avons ensuite tenté de situer le recours à ces deux disciplines au sein des itinéraires thérapeutiques des usagers. Nous avons ensuite restitué quelques aspects de l'expérience que font les usagers de ces traitements et de la relation thérapeutique avec leurs praticiens. Dans une dernière partie, nous abordons la manière dont les usager donnent du sens à leur expérience.

3.3.3.1 Les 'problèmes' et les plaintes

Pourquoi les usagers recourent-ils aux services d'un ostéopathe ou d'un chiropracteur ? Nous avons tenté de répondre à cette question en établissant tout d'abord une typologie des plaintes adressées aux ostéopathes.

Les plaintes que l'on adresse à l'ostéopathe

Les plaintes pour lesquelles les usagers recourent aux services d'un ostéopathe sont assez variées. Nous les avons classées en catégories selon le 'système' anatomique concerné, le type de manifestation de la plaintes (douleurs par exemple) et la façon dont les usagers les expriment. Six catégories de plaintes ont ainsi émergées.

1. Les 'blocages' du système musculo-squelettiques (entorse, lumbagos, sciatiques, etc.). Les usagers parlent souvent de ces 'problèmes' en évoquant l'image de 'blocages' : « Je me suis bloqué le dos » ; « J'avais le bassin complètement bloqué », etc.

2. Les douleurs chroniques localisées dans le système locomoteur (hanches, nuque, dos, etc.). À la différence des douleurs 'aiguës', les douleurs chroniques sont celles qui reviennent régulièrement, qui se 'routinisent'. Les problèmes de ce type entraînent souvent des itinéraires thérapeutiques complexes incluant une variété de thérapeutes. Les itinéraires thérapeutiques des usagers correspondant à ce profil sont ainsi rythmés en fonction de la survenue des 'crises' :

« J'ai souvent mal à l'épaule, c'est quelque chose qui revient tous les ans, ou peut-être tous les deux ans... C'est quelque chose qui est là depuis longtemps... et pour peu que j'ai un peu trop travaillé en me tenant mal, ça revient... Alors, en général, je vais chez l'ostéopathe, et puis c'est fini, pour plusieurs mois... » (usagère ostéo 8)

3. Lorsque le corps a subi une intervention extérieure. Les usagers estiment parfois que leur corps a besoin d'un 'réglage' ou d'une 'vérification', suite à une intervention chirurgicale, à une chute, à la pose d'un appareil dentaire, d'un corset ou d'une prothèse^r :

^p Une description des usagers ayant participé à l'enquête est fournie en annexe.

^q La notion d'itinéraire thérapeutique met précisément l'accent sur ce que le parcours des usagers doit aux choix effectués par celui-ci. Cette notion est centrale dans les travaux de sociologie médicale.

^r Les chiropracteurs parlent, dans ce cas, de soins de « réadaptation ».

« Je vais le voir (l'ostéopathe) à chaque fois que l'on me resserre l'appareil (dentaire), parce qu'après je ne me sens pas bien, on a des tensions dans la bouche et dans la tête... J'ai l'impression qu'il m'aide à accepter l'appareil. » (usagère ostéo 1)

4. Dans le cadre d'une grossesse. Certaines usagères recourent aux services d'un ostéopathe durant leur grossesse pour qu'il les aide à accepter les changements anatomiques qui en résultent :

« Je suis allée chez un ostéopathe quand j'étais enceinte. C'est la kiné qui me suivait qui m'a dit d'aller voir cette dame qui faisait de l'ostéopathie pour les femmes enceintes. J'y suis allée pour qu'elle m'aide car j'avais des douleurs dans le bas du dos... elle m'a manipulée sans me croquer... C'est comme ça que j'ai commencé à devenir consommatrice régulière... » (usagère ostéo 7)

La grossesse et l'accouchement font partie de ces épisodes de vie qui ont une incidence sur le corps de la femme et qui sont identifiés, tant par la communauté que par les professionnels entourant la femme durant cet épisode, comme justifiant le recours aux soins ostéopathiques.

5. Pour des problèmes 'fonctionnels' d'enfants ou de nouveau nés. Plusieurs usagers jeunes parents ont consulté un ostéopathe avec leur nouveau né présentant des signes d'inconfort (pleurs constants) ayant pour cause supposée un reflux gastrique ou un bien un 'torticolis du nouveau né' :

« Quand j'ai accouché de mon fils, la kiné qui s'occupait de moi m'avait fait remarquer qu'il regardait toujours du même côté, et elle m'a conseillé d'aller voir une autre kiné qui était aussi ostéopathe... » (usagère ostéo 7)

6. Pour des douleurs ou des problèmes du système digestif : reflux gastriques, maux de ventre, constipation, etc.

« J'avais toujours des douleurs au ventre, avec des problèmes digestifs. C'est pour cela que je suis allée chez un ostéopathe. » (Usagère ostéo 1)

« J'y suis aussi allée pour des douleurs au dos ou à la nuque, des problèmes digestifs. »^s (usagère ostéo 9)

Le recours au chiropracteur

En comparant les 'problèmes' pour lesquelles les usagers recourent au service d'un chiropracteur, nous en sommes arrivés au constat que ces motifs sont exactement identiques. Il s'agit principalement de douleurs aiguës ou chroniques localisées dans le système musculo-squelettique supérieur (lombalgies, douleurs aux hanches, à la nuque, etc.) :

« Chaque fois que j'y vais, c'est à peu près pour le même problème, pour des douleurs aux cervicales, c'est toujours dans le haut du dos. » (usager chiro 1)

« Un jour, je jouais au tennis, et je me suis bloqué trois vertèbres lombaires sur cinq... Je continuais à avoir super mal, je suis allé au cabinet X. » (usager chiro 2)

« Ensuite, j'ai eu des problèmes à l'épaule, c'est pour cela que j'y suis allée... La douleur que j'avais était située dans mon épaule... Mon mari va régulièrement chez elle, parce qu'il a des problèmes à la hanche. »* (usagère chiro 4)

Les femmes enceintes font également partie de la clientèle des chiropracteurs, pour à peu près les mêmes problèmes que ceux cités plus haut : douleurs dorsales, coccyx déplacés, etc.

« J'ai eu une grossesse assez douloureuse, et après l'accouchement, j'avais terriblement mal au dos, parce que l'os du coccyx avait bougé. Je ne trouvais pas de solution, et comme j'avais vu le résultat sur ma fille, je suis allée pour moi-même chez la chiropraticienne. » (usagère chiro 3)

^s Les citations suivies d'un astérisque ont été traduites du néerlandais vers le français.

Les nouveau nés et les enfants sont aussi parfois emmenés chez le chiropracticien présentant des symptômes d'inconfort ou d'énurésie, par exemple :

« *Ma fille faisait toujours pipi au lit à cinq ans... J'en ai parlé à mon chiro... Le premier jour de la première séance, ma fille a non seulement fait pipi mais aussi caca au lit, elle a fait les pires cauchemars, après la deuxième séance, rebelote, après la troisième séance, plus rien... donc en quinze jours, elle a été délivrée de son énurésie.* » (usager chiro 2)

Ostéopathe et chiropracteurs : les mêmes domaines d'intervention

Ainsi, si l'on se situe du point de vue des usagers, on constate que l'on recourt aux ostéopathes et aux chiropracticiens pour les mêmes 'problèmes' de santé. La plupart des usagers ne font d'ailleurs pas de distinction très nette entre les deux types de praticiens. Il n'est ainsi pas rare qu'ils recourent aux services d'un chiropracteur en pensant s'adresser à un ostéopathe et vice versa. Ceci ne veut toutefois pas dire qu'il y font les mêmes expériences, comme nous le verrons plus loin.

Les usagers recourent à un ostéopathe ou bien à un chiropracteur comme à des 'mécaniciens du corps' : pour des 'réparations' (surtout première consultation), pour un 'entretien' (quand le recours est préventif) ou pour un 'réglage' ou une 'réadaptation' (suite à une intervention sur le corps par un autre professionnel). Ils utilisent d'ailleurs souvent le vocabulaire de la mécanique lorsqu'ils décrivent les traitements ostéopathiques ou chiropractiques :

« *Il m'a réparé le corps.* » (usagère ostéo 2)

« *Je dois parfois retourner chez elle (mon ostéopathe) pour une sorte de contrôle, c'est un peu comme si elle faisait une sorte de premier réglage, et qu'elle doit ensuite l'ajuster un petit peu...* » (usagère ostéo 7)

« *Ces consultations d'entretien n'ont pas lieu si j'ai déjà mal, dans ce cas j'y vais plus tôt. Ces entretiens me donnent l'impression de me préserver [de me garder en bon état].* » * (usagère chiro 4)

Il se dégage ainsi des propos des usagers une conception de l'ostéopathie et de la chiropraxie comme reposant sur une forme de 'mécanique corporelle' plutôt que de 'médecine corporelle'.

- **Les problèmes et plaintes pour lesquels les usagers recourent aux services d'ostéopathes ou de chiropracteurs sont à peu près identiques.**
- **Les ostéopathes comme les chiropracteurs sont envisagés comme des 'mécaniciens du corps'. Les usagers recourent à leurs services lorsque le système locomoteur ou musculo-squelettique a besoin d'être 'réparé', 'réglé', 'adapté' ou 'entretenu'.**

Bien entendu, outre le type de problème de santé, d'autres facteurs, notamment socio-culturels, interviennent dans le choix de recourir à un ostéopathe ou à un chiropracteur. Ces facteurs font partie de ceux qui modèlent largement les 'itinéraires thérapeutiques' des usagers.

3.3.3.2 La place de l'ostéopathie et la chiropraxie dans les itinéraires thérapeutiques

Dans la section précédente, nous avons montré que les plaintes pour lesquelles les usagers recourent aux services d'un ostéopathe ou d'un chiropracteur sont relativement semblables. Les itinéraires thérapeutiques des usagers que nous avons rencontrés présentent en effet certaines similitudes qui permettent d'envisager le recours à l'ostéopathie ou à la chiropraxie au sein d'un ensemble de pratiques et d'attitudes générales à l'égard de la santé, et de leur restituer leur cohérence sociologique.

Ostéopathie et chiropraxie dans le pluralisme médical des sociétés occidentales contemporaines.

Le système de santé belge inclut une grande variété de praticiens de méthodes thérapeutiques plus ou moins compatibles avec la biomédecine. Les usagers recourent (ou ne recourent pas) à ces différentes médecines en fonction du type d'affections qui les touchent et des habitudes médicales des groupes sociaux dont ils font partie. Leur itinéraire thérapeutique, qui prend place dans un contexte général de pluralisme médical, où la biomédecine coexiste avec d'autres 'médecines' traditionnelles et alternatives^{80, 81}, est largement modelé par l'expérience collective de ces différents systèmes thérapeutiques.

La plupart des usagers que nous avons interviewés consultent également des praticiens d'autres médecines alternatives. L'acupuncture et l'homéopathie sont les plus souvent citées, mais certains répondants ont également mentionné le recours à des kinésologues, à des guérisseurs mystiques, etc. La biomédecine n'est jamais tout à fait absente de leurs itinéraires thérapeutiques, mais ils y recourent le plus souvent pour d'autres problèmes de santé que ceux qu'ils adressent aux praticiens alternatifs.

« Quand j'ai très mal, je vais voir un généraliste, je ne suis pas du tout contre la médecine, au contraire, toutes ces médecines parallèles, ce sont des médecines préventives pour moi, ça ne répare pas quelque chose de grave comme le cancer... » (usagère ostéo 2)

« Le généraliste ne pourra rien faire pour un 'dos bloqué', à la limite il va vous envoyer chez un ostéopathe ou chez un spécialiste, il va vous prescrire de la pommade, des anti-inflammatoires pour soigner les symptômes, mais il ne va pas soigner la cause, remettre les côtes en place, il ne sait pas faire cela... » (usager chiro 1)

Une petite proportion seulement des usagers ont manifesté des attitudes critiques à l'égard de la biomédecine, qui est alors réduite à une médecine 'symptomatique' et médicamenteuse. Mais la plupart d'entre eux, faut-il le souligner, consultent un médecin et un ostéopathe, voire d'autres thérapeutes, durant le même épisode de maladie, sans qu'ils ne perçoivent de contradiction ni d'antagonisme dans leurs démarches thérapeutiques. Une certaine complémentarité entre les différentes offres de soins constitue ainsi la trame générale des itinéraires qu'accomplissent les usagers entre les différents systèmes (accessibles) qui se chevauchent ou bien se combinent lors de certains épisodes de maladie.

« Nous n'avons pas abandonné la médecine classique, la chiropraxie est complémentaire. (...) Avant, j'allais chez des médecins classiques, parce que cela me rassurait qu'ils soient formés et qu'ils ont un diplôme, cela donne un sentiment de sécurité. Mais à un moment donné, on est confronté à leurs limites, on est face à un mur, et on commence à chercher d'autres solutions, c'est comme cela que j'ai commencé à contrecoeur à explorer le monde de l'alternatif. » (usagère chiro 4)*

Les usagers recourent ainsi à l'ostéopathie ou à la chiropraxie de manière alternative ou complémentaire : pour un 'problème' relevant des catégories précédemment identifiées, certains ne consulteront que 'leur ostéopathe' ou bien 'leur chiropraticien' selon une logique alternative, à chaque 'problème', son spécialiste :

« Si j'ai une douleur quelque part, si je me coince quelque chose, je vais d'abord aller voir un ostéopathe, je ne vais pas perdre de temps en allant voir un médecin... Si j'attrape un rhume ou une grippe, là je vais aller voir mon homéopathe... Quand je suis dans un état de fatigue, si je suis stressée, pour tout ce qui touche au système nerveux et digestif, je vais aller voir l'acupuncteur. » (Usagère ostéo 3)

D'autres, par contre, iront voir différents thérapeutes pour le même 'problème' (logique complémentaire) en considérant que chaque médecine apporte quelque chose de différent.

Typiquement, les usagers souffrant d'un problème chronique du système musculo-squelettique, ayant trouvé un 'ostéo' ou 'chiro' dont ils sont satisfaits, auront plutôt un usage alternatif de ces 'disciplines', tandis que les usagers souffrant de pathologies chroniques complexes se situent plutôt dans une logique complémentaire de quête de solution qui les pousse à frapper à toutes les portes. C'est notamment le cas de cette usagère atteinte d'une maladie musculaire dégénérative qui, depuis une dizaine d'années, est soignée à domicile par un kinésithérapeute et qui recourt quelques fois par an aux services d'un chiropraticien tout en se faisant examiner de une à deux fois par an par un médecin spécialiste en maladies neuromusculaires.

« C'est parce que toutes les portes auxquelles on frappe sont fermées que on est regardé du côté de l'alternatif... Ce n'est pas que nous n'allons plus chez des médecins conventionnels, mais c'est une voie médiane raisonnable. (...) Mon frère et ma plus jeune soeur, qui n'ont pas cette maladie dégénérative, y sont peut-être allés deux ou trois fois dans toute leur vie, et si moi et mon autre sœur n'avions pas cette maladie, nous ne nous serions jamais tournés vers ces médecines alternatives. » (usager chiro 5)*

Logiques préventives et curatives.

Le recours à un ostéopathe ou à un chiropraticien peut s'inscrire dans **deux types de logiques, curative ou préventive**. Certains usagers exerçant une profession soumettant leur corps à rude épreuve (professions 'manuelles') ou bien utilisant celui-ci comme un véritable 'outil de travail' (danseurs, professions du spectacle), par exemple, consultent régulièrement un ostéopathe **de manière préventive**, lorsqu'ils sentent leurs corps limités dans certains de leurs mouvements, ou tout simplement pour ce qu'ils appellent un 'entretien', un 'check up'.

« Dans le domaine du théâtre, tout le monde va voir un ostéopathe régulièrement, car on est tout le temps en train d'utiliser notre corps comme instrument, donc on est vraiment amenés à en voir un pour un peu rééquilibrer les choses. Dans le milieu où j'étais, c'était normal d'aller voir un ostéopathe même préventivement une fois tous les trois mois... » (usagère ostéo 1)

D'autres usagers, par contre, n'y recourent que **de manière curative**, lorsque survient un 'problème' qui nécessite la consultation d'un spécialiste.

« On ne va pas chez lui pour du préventif, mais plutôt pour du correctif... » (Usager chiro 1)

Le premier recours

Le premier recours à l'ostéopathie ou à la chiropraxie intervient souvent après que l'usager ait consulté une série de thérapeutes conventionnels.

Le recours à un ostéopathe ou à un chiropracteur suit **un scénario classique** : une douleur qui dure, le recours à des thérapeutiques inefficaces, jusqu'à ce qu'un proche conseille de consulter un ostéopathe ou un chiropracteur qu'il a lui-même consulté pour un 'problème' similaire.

« Un jour, je jouais au tennis, et je me suis bloqué trois lombaires sur cinq... Alors j'ai fait le tour : médecin, kiné, ostéopathes, etc. , mais je ne trouvais pas de solution, j'avais toujours un mal de fou, une lombalgie très intense... C'est une amie médecin acupuncteur qui m'a dit qu'elle et sa famille allaient depuis des années chez un chiro ici à Bruxelles. Je suis allé voir ce chiro, et j'ai senti une nette amélioration dès la première séance. » (usager chiro 3)

Le premier recours se fait ainsi presque toujours sur la base des recommandations d'un proche ou d'un parent ayant lui-même consulté ce praticien.

Les coordonnées des praticiens circulent ainsi au sein des réseaux de relations sociales, entre personnes exerçant la même profession, par exemple.

« En fait, je suis allé chez le chiropracteur sur les conseils d'amis, qui s'y connaissent beaucoup en médecine. J'avais donc confiance, je savais qu'ils ne m'auraient pas emmené chez n'importe qui. » (usagère chiro 4)*

« Il y en a quatre ou cinq qui sont réputés, et ce sont toujours ceux-là que consultent les danseurs... » (usagère ostéo 2)

Aucun des usagers rencontrés n'envisagerait d'ailleurs de consulter un praticien sans que celui-ci ne lui ait été recommandé par une « connaissance » ayant elle-même consulté ce praticien. Il s'agit là d'une condition et d'une caractéristique essentielle du recours à des professions s'exerçant en libéral, et qui témoigne de la nécessité de pouvoir faire reposer la confiance nécessaire à la relation thérapeutique sur une base collective.

« Moi, c'est toujours via via... C'est quand même ton corps que tu laisses à quelqu'un... » (usagère ostéo 2)

Il en irait bien sûr tout autrement si l'usager s'adressait à une institution hospitalière ou à un Centre de soins où il serait orienté vers un praticien 'maison'. Comme le dit très bien un usager, « l'environnement de confiance » nécessaire à la relation thérapeutique reposerait ici sur une base institutionnelle.

« À ce moment-là, oui... (je pourrais consulter un chiropracteur sans que celui-ci soit recommandé par un proche), parce que je serais dans un environnement de confiance où le chiro est reconnu pour ses pratiques, je suppose qu'un hôpital n'engagerait pas quelqu'un de douteux... » (Usager chiro 1)

L'expérience que font les usagers des traitements alternatifs oriente donc largement **les itinéraires thérapeutiques** individuels. La première consultation et celles qui suivent vont avoir un impact sur la classification qu'opère intuitivement l'usager entre les problèmes de santé qui le touchent et les compétences thérapeutiques des praticiens qu'il consulte. Suite à cette expérience initiale, l'usager va définir une catégorie de problèmes pour lesquels il va directement consulter un ostéopathe ou un chiropracteur. Cette expérience positive entraîne par ailleurs presque toujours une extension des raisons de consulter un praticien pour d'autres types de problèmes (mais appartenant à la même 'catégorie' intuitive). Elle a également pour conséquence que la grande majorité des consultations chez un ostéopathe ou chez un chiropracteur se font en 'première intention'.

La communication entre usagers et praticiens de santé

Il convient encore de souligner que les usagers consultant régulièrement un ostéopathe ou un chiropracteur n'en informent presque jamais leur médecin généraliste.

« Je n'en parle pas à des médecins, car on sait bien qu'ils vont trouver cela ridicule... » (usagère chiro 4)*

« Mon médecin est au courant que je vais chez le chiropracteur pour mon épaule, mais nous avons plutôt un médecin compréhensible. » (usager chiro 5)*

Aussi pluraliste qu'il soit, le système médical n'en est pas moins divisé entre deux 'mondes' : celui de la biomédecine conventionnelle et celui des médecines alternatives. Si les usagers passent sans cesse d'un 'monde' à l'autre, ils ne sont pas moins conscients de l'existence d'une sorte de frontière virtuelle entre les deux mondes et adoptent des comportements et des discours différents selon qu'ils se situent dans l'un ou l'autre monde. Cette frontière virtuelle entre les deux 'mondes' est néanmoins rendue 'réelle' par les médecins et les praticiens alternatifs, en raison des réticences souvent exprimées et répétées des uns à l'égard des autres. Par conséquent, les usagers ne parlent pas à leur médecin de ce qu'ils font dans 'l'autre monde', et inversement ne disent pas toujours à leur ostéopathe qu'ils ont consulté leur médecin avant de venir le voir. **Les praticiens qu'ils consultent n'ont donc jamais une vue exhaustive de leurs différents recours, ni de l'ensemble de leur itinéraire thérapeutique.**

- Les usagers qui recourent à l'ostéopathie et à la chiropraxie ne rejettent pas la biomédecine, mais établissent une distinction entre les plaintes qu'ils adressent aux praticiens de l'une ou de l'autre.
- Le recours à un ostéopathe ou à un chiropracteur intervient souvent après avoir consulté d'autres thérapeutes (conventionnels ou non) pour un même problème.
- Le premier recours se fait toujours à partir de la recommandation d'un proche ayant lui-même consulté le praticien recommandé.
- La première consultation chez un ostéopathe ou chez un chiropracteur est souvent déterminante : si l'expérience est jugée satisfaisante, elle entraîne presque toujours une fidélité de l'utilisateur.
- Le réseau relationnel et l'évaluation collective d'un praticien jouent ainsi des rôles très importants dans l'orientation de l'itinéraire thérapeutique des usagers.
- Les usagers recourent à l'ostéopathie et à la chiropraxie selon différentes logiques et modes de recours : logiques préventive / curative ; usage alternatif / complémentaire.
- Les usagers qui consultent régulièrement des praticiens alternatifs n'en informent presque jamais leurs médecins.

3.3.3.3 L'expérience des traitements

Du point de vue des usagers, les traitements ostéopathiques et chiropractiques présentent de nombreuses similarités, mais aussi certaines divergences, à la fois dans leur organisation générale, dans les actes que posent les praticiens et dans leurs aspects relationnels. L'expérience que nous en ont relaté les usagers dépend évidemment beaucoup du praticien et de la manière dont celui-ci dispense ses soins.

La fréquence des consultations

Différentes logiques peuvent rendre compte de la fréquence des consultations entre usagers et praticiens. Les recours à des praticiens étant en principe liés aux 'besoins' des usagers, leur régularité peut notamment s'expliquer par l'évolution des conditions physiques de certains (une santé qui se dégrade, la « chronicisation » d'un problème, etc.), mais également par un phénomène de 'fidélisation' aux traitements ostéopathiques et chiropractiques.

Au début d'un traitement, c'est-à-dire en phase aiguë, les consultations sont généralement plus rapprochées, jusqu'à ce qu'une certaine stabilisation du problème du patient se mette progressivement en place.

« À peu près tous les deux mois, bien qu'à un moment donné, j'allais le voir tous les mois, à chaque fois qu'on me resserrait l'appareil dentaire... » (usagère ostéo 1)

« Minimum une fois par an, sauf si je me suis fait mal. » (usagère ostéo 2)

*« Avec moi, cela ne se passe généralement pas comme si je me disais: 'maintenant je dois vraiment y aller'..., mais plutôt: 'maintenant je devrais y aller parce que je sens que ma nuque ne va pas très bien...', mais ce n'est quand même pas aussi grave que si je devais directement y aller... » * (usager chiro 5)*

En général, les usagers consultent 'leur' praticien selon un rythme qui dépend largement de leur état de santé (crise / stabilisation), de leurs besoins de soins, mais aussi de la manière dont ils gèrent le rapport entre périodes de souffrance aiguë et périodes d'accalmie. Les séances peuvent aussi être plus espacées lorsque le coût de la consultation constituent pour eux un frein financier.

L'expérience largement positive dont témoignent les usagers ne veut toutefois pas dire qu'ils sont satisfaits à chaque fois. La plupart d'entre eux ont également fait des **expériences plutôt négatives** lorsqu'ils consultent en urgence un praticien qu'ils ne connaissent pas et qui ne les connaît pas, et avec lequel la première consultation ne donne pas satisfaction. C'est notamment le cas lorsque la consultation est suivie d'effets indésirables ou n'est pas suivie d'effets positifs, mais aussi lorsqu'elle se déroule d'une manière qui ne plaît pas aux usagers.

*« Nous sommes encore allés chez un vieux chiropracteur, mais ce n'était pas comparable, nous n'y sommes pas allés deux fois. Cela prenait beaucoup plus de temps, vous deviez vous déshabiller... C'était à l'ancienne, et cela ne m'a pas vraiment donné confiance. » * (usagère chiro 4)*

Ces consultations jugées insatisfaisantes dessinent, en creux, les critères retenus par les usagers pour évaluer la qualité d'un traitement. Ces critères sont bien évidemment variables d'un individu à un autre, mais doivent être en conformité avec la conception des soins et de la santé de l'usager. **Une certaine 'adéquation' entre les attentes du patient et le type de soins qu'offre le praticien est nécessaire pour que s'amorce une relation** sur le long terme. Si la première consultation ne correspond pas aux attentes de l'usager, celui-ci ne consultera plus le praticien par la suite.

Les actes

Les traitements ostéopathiques

L'expérience corporelle que font les usagers des traitements ostéopathiques est une clé pour saisir les particularités de cette approche thérapeutique. Les traitements ostéopathiques se composent, la plupart du temps, de certaines « manipulations » du corps, qui peuvent varier entre une pratique relativement 'douce', lorsque l'ostéopathe travaille par légères pressions, voire par massages, et une pratique relativement 'brutale', lorsqu'il tord, étire et fait « craquer » diverses parties du corps de son patient.

La première consultation

La première consultation est souvent évoquée par les usagers comme ayant été 'impressionnante', souvent parce que le praticien a « craqué » la cheville, la nuque ou une autre articulation de son patient :

« Cela m'avait impressionnée, parce que c'est différent que d'aller chez le médecin, je ne savais pas trop à quoi m'attendre... » (usagère ostéo 1)

« La seule chose dont je me souviens, c'est qu'il m'a craqué le pied, cela a été impressionnant. » (usagère ostéo 2)

Ils gardent également le souvenir d'avoir été soulagés de leurs douleurs ou de leur 'blocages', en bref, d'avoir été satisfaits et d'avoir 'découvert' les vertus de l'ostéopathie. Une certaine euphorie passagère suit en effet certaines manipulations et contribue à l'appréciation générale du traitement.

« Il m'a craqué la nuque, ce que je n'aime pas trop, mais je me suis sentie super bien après, j'avais une sensation de légèreté... » (usagère ostéo 1)

L'expérience initiale que font les usagers des traitements ostéopathiques entraîne souvent un recours régulier par la suite, dont la fréquence laisse entrevoir différents types d'usagers.

Les manipulations

Les manipulations se trouvent donc au cœur de l'expérience que font les usagers des traitements ostéopathiques. C'est de leur appréciation, qui varie d'un usager à un autre, que va dépendre l'efficacité perçue du traitement.

Une consultation ostéopathique peut grandement varier d'un praticien à un autre et comprendre des actes très différents.

« Chez les ostéopathes ce n'est pas claire, ils travaillent tous de manière différente, comme s'il n'y avait pas de base commune à l'ostéopathie. » (usagère chiro 4)*

Les massages et les étirements y occupent une place importante, de même que les « thrusts », ou ‘manipulations rapides à basse amplitudes’. Tous ces actes s’accompagnent cependant de ‘contacts’, de ‘touchers’ et de ‘corps à corps’ entre usagers et praticiens, qui jouent également leur rôle au cours de la consultation. **Il faut donc envisager les effets positifs que ressentent les usagers durant et après la consultation comme le résultat de cet ensemble d’actes, et non d’actes isolés.**

Les effets ‘positifs’ des traitements

L’efficacité perçue des traitements ostéopathiques est directement liée aux « effet » corporels positifs qu’ils produisent : soulagement, sensation de libération, légère euphorie, etc. Ces effets ne semblent d’ailleurs pas liés à l’intensité des manipulations ou des ‘thrusts’, puisqu’ils sont aussi bien ressentis par les usagers qui consultent des praticiens qui ne ‘craquent’ pas, mais qui utilisent d’autres techniques plus ‘douces’.

« Elle ne craque pas, elle travaille très en douceur, il n’y a pas de manipulations fortes, comme avec mon ancien ostéopathe... Personnellement, je préfère quand ça craque, parce que j’ai l’impression que ça travaille plus, mais je me rends compte qu’en fait, la façon dont elle travaille maintenant, c’est plus efficace, parce que ça a résolu le problème en une fois... » (Usagère ostéo 3)

Ces effets corporels des traitements ostéopathiques ne se limitent d’ailleurs pas à ceux ressentis durant les séances. Les usagers font également l’expérience d’effets survenant après la consultation, parfois plusieurs jours en suivant.

« Sur le coup, on ne sent presque rien, c’est après... Parfois après la consultation je ne dors pas de la nuit, tellement il y a des changements qui se font, on a chaud... cela peut prendre plusieurs jours avant que l’on se sente bien... » (usagère ostéo 1)

« Après la consultation, je me sens comme après un massage, je me sens très calme, j’ai l’impression qu’un fluide re-circule dans le corps... » (usagère ostéo 3)

Ces « effets dérivés »⁸² montrent que les usagers font des expériences corporelles très variables des traitements ostéopathiques. Ces ‘effets’ sont d’ailleurs considérés par les usagers comme une preuve que le traitement « agit » sur le corps.

Les critères de satisfaction selon lesquels les usagers vont qualifier un ostéopathe d’‘efficace’ varient ainsi selon leur expérience subjective des traitements, selon ce qu’ils vont ressentir au cours de la consultation. Il semble en effet que **c’est surtout sur la capacité du praticien à produire l’effet attendu que va reposer à la fois l’évaluation et la fidélité de l’usager à l’égard du praticien.**

Les effets ‘négatifs’

À l’inverse, les usagers considèrent qu’un praticien est moins efficace si ces ‘effets’ ne sont pas ressentis, s’ils durent moins longtemps que ceux ressentis chez un autre praticien, mais surtout lorsque la consultation est suivie d’effets négatifs désagréables, de douleurs, de vertiges, etc.

« Pendant plusieurs mois, mon ostéopathe n’a plus professé parce qu’elle a suivi une formation. Je suis alors allée voir une autre ostéopathe que m’avait conseillé mon oncle... elle m’a craqué la nuque, et je me suis retrouvé en incapacité de travail pendant une semaine... » (usagère ostéo 5)

De telles expériences ‘négatives’ ou bien l’absence d’effets montrent que l’efficacité des traitements est presque toujours évaluée à partir des effets produits au cours de la consultation, ou des heures qui suivent.

« Je suis allée chez quelqu’un qui fait de la microkiné, mais cela n’allait pas, ce n’était pas assez fort pour la musculature que j’ai, c’était trop doux... » (usagère ostéo 2)

Les traitements ostéopathiques produisent ainsi un ensemble d'effets variés, perçus comme positifs ou négatifs par les usagers, et qui ne se limitent pas au soulagement des douleurs localisées pour lesquelles ils consultent. Ceux-ci apprécient l'ensemble des éléments qui interviennent au cours de la consultation ou bien après, où se combinent des manipulations qui font du bien ou qui causent des douleurs à des éléments d'ordre plutôt relationnel (voir infra).

Les traitements chiropractiques

Différentes caractéristiques permettent de distinguer, dans les grandes lignes, la consultation chiropractique à partir de la description qu'en donnent les usagers.

« En général, il commence par regarder ses fiches, je lui dis où j'ai mal, il me demande alors de me coucher sur sa table et sur le ventre. Alors il palpe, il appuie à certains endroits, on sent ses côtes et vertèbres qui bougent.. Le plus impressionnant, c'est quand il vous met assis sur sa table, qu'il vient derrière vous, qu'il vous prend le cou, et qu'il vous 'croque' les vertèbres... et la séance, elle dure peut-être trois minutes... C'est une manière tout à fait différente d'aborder la chose que l'ostéopathie... » (usager chiro 1)

*« Chez un ostéopathe, cela dure une heure, ce qu'elles apprécient parce que c'est plus tranquille et plus progressif. C'est très progressif, jusqu'à ce que ton corps craque de lui-même. (...) Chez le chiropracteur, tu dis ce qui ne va pas, mais il si rapide et connaît si beaucoup qu'il sent à quelques points et il sait directement ce qui cloche. C'est crac crac et c'est en ordre. En général, tu es sorti de chez lui après dix minutes. » * (usager chiro 5)*

De manière générale, **la consultation chez un chiropracteur est relativement courte** (de trois à dix minutes selon les usagers). Les patients chiro apprécient cet aspect 'pratique' du traitement qui leur permet de consulter sans perdre trop de temps.

« La séance, elle dure trois minutes... alors que chez l'ostéopathe, la séance dure une heure : c'est beaucoup plus doux, il masse, il va regarder sur le long terme... » (usager chiro 1)

*« Je pense aussi qu'une raison d'aller chez le chiropracteur plutôt que chez un kinésithérapeute ou un ostéopathe est la rapidité. Un kiné va masser là où il y a un blocage... Un chiropracteur va être beaucoup plus rapide. C'est généralement plus rapide. Cela semble plus efficace... » * (usager chiro 5)*

« L'avantage d'un chiropracteur, c'est que le traitement ne dure pas longtemps. Dix minutes peut-être... » (usagère chiro 4)*

La consultation chiropractique comprend également **une moindre diversité d'actes**. 'Droit au but' pourrait être la devise des chiropracteurs qui sont davantage perçus comme des 'croqueurs', ce qui leur vaut probablement la réputation d'être plus 'brutaux' que les ostéopathes. Chez les chiropracteurs, les manipulations ou 'thrusts' semblent quasiment systématiques.

Les consultations chiropractiques sont également plus répétitives, le praticien qui connaît bien son patient sait tout de suite où se situe son problème, et après un rapide échange, l'installe sur la table de manipulations, l'examine 'en mouvement' ou non, et manipule l'articulation où se situe son 'point faible' :

*« Quand je vais chez le chiropracteur, il me manipule toujours la nuque. C'est presque toujours ça. C'est la conséquence d'être toujours assise devant l'ordinateur et de regarder vers le bas pendant les examens. Il fait aussi des tests musculaires, et il fait craquer la nuque. » * (usager chiro 5)*

Les objets techniques occupent une plus grande place au cours de la consultation, à commencer par les fameuses 'tables' de chiropraxie.

*« Elle a une table spéciale sur laquelle je dois me coucher sur le ventre. Certaines parties de la table sont rabattables, pour pouvoir produire une certaine pression. J'ai dû ensuite me coucher sur une autre table, où elle a travaillé spécifiquement sur l'épaule. » * (usagère chiro 4)*

Les chiropracteurs utilisent encore certains instruments spécifiques comme des petits révolver à impulsions ('activators'), des 'microvibrateurs', etc.

Les usagers ne parlent pas de la consultation chiropractique comme d'un moment agréable et n'évoquent pas cet état de bien-être dont parlent souvent les patients d'ostéopathes, ni des effets positifs particuliers, si ce n'est peut-être la sensation d'une grande fatigue, d'être 'lessivé' après avoir été manipulé.

« Tous ceux qui ont fait de la chiro vont vous dire qu'après, on se sent vidé... Il y a à la fois un effet euphorique, parce que ça libère des endorphines, mais on est très fatigués... » (usager chiro 2)

En outre, ce n'est souvent qu'après la consultation que les effets des traitements sont ressentis par les usagers :

*« Sur le moment même, cela ne fait pas du bien. Parfois cela fait même mal, lorsqu'il appuie sur certains points, cela fait incroyablement mal au début... mais le fait d'avoir mal, c'est aussi un signe que quelque chose ne va pas. (...) Tu sens par après que tes muscles sont un peu raides d'avoir été brutalisés. Ce n'est pas agréable, mais on se sent bien tout de suite après que cela va mieux au niveau de la nuque, que l'on a plus de force. Cela ne dure pas très longtemps, mais on sent bien que cela a un effet, c'est pour cela que l'on a envie d'y retourner. » * (usager chiro 5)*

Les éléments relationnels

Parce qu'ils prennent toujours place dans le cadre d'une relation entre un thérapeute et un patient, les actes de soins, quels qu'ils soient, ont une dimension relationnelle importante.

La qualité de la relation thérapeutique fait partie des arguments les plus souvent invoqués pour expliquer le recours aux médecines alternatives⁸³. C'est pourquoi nous avons tenté de saisir les éléments spécifiques de la relation entre un patient et un ostéopathe versus un chiropracteur. Comme nous allons le voir, la relation ostéopathique ou chiropractique contient à la fois des éléments communs à toute forme de relation thérapeutique, mais également certains éléments propres à l'ostéopathie ou à la chiropraxie.

Envisagée dans la perspective de l'itinéraire thérapeutique des usagers, la relation thérapeutique se concrétise dans le cadre du traitement et de chaque consultation. Les éléments qui la constituent, comme certaines formes de contact ou de discours sont cependant partie prenante du traitement proprement dit.

La relation usager-ostéopathe

Comme toute relation thérapeutique, la relation ostéopathique repose sur la confiance dont témoigne l'usager à l'égard du praticien. Cette confiance repose toujours, au départ, sur une forme de confiance partagée par d'autres : l'usager s'adresse à un thérapeute qui lui a été recommandé par un membre de son propre réseau relationnel. Par la suite, l'usager va évaluer le traitement selon ses propres critères de satisfaction et d'efficacité⁸⁴, et décider de la suite qu'il va donner à cette relation.

« Je lui fais confiance, parce que je sais qu'il a beaucoup d'expérience, et qu'il continue à se former, je vois qu'il sait de quoi il parle. » (usagère ostéo 1)

« La première fois, tu te demandes toujours ce qu'il va te faire, et puis il faut essayer deux trois fois, et parfois ça ne va pas... » (usagère ostéo 2)

« Je me souviens que je me sentais très bien à chaque fois, cela faisait toujours son effet... » (usagère ostéo 3)

Cette relation de confiance se construit donc progressivement, à travers **l'expérience subjective que les usagers font des traitements ostéopathiques**.

La plupart des ostéopathes exerçant en libéral reçoivent leurs patients dans un cabinet de consultation qui jouxte leur domicile ou bien qui en fait partie. Le cabinet de consultation est généralement sobre, apaisant, et on y trouve peu de mobilier, si ce n'est une table de kinésithérapie et d'autres objets ou instruments.

Comme nous allons le voir dans la section consacrée aux praticiens, ceux-ci introduisent au cours de leurs traitements de nombreuses approches relationnelles, voire psychothérapeutiques, qui témoignent de l'importance accordée aux aspects relationnels dans le traitement et aux échanges entre usagers et praticiens. C'est cette importance accordée au relationnel qui prime parmi les motivations des patients ostéopathiques.

« Ce qui me plaît chez elle, c'est qu'elle prend soin de moi, elle est à l'écoute... » (usagère ostéo 3)

« Il est très doux, très respectueux dans son approche... j'ai l'impression d'être entendue, que c'est quelqu'un qui essaie de faire quelque chose pour m'aider... » (usagère ostéo 1)

Cette importance accordée au relationnel se manifeste à toutes les étapes de la consultation et du traitement. Chez les ostéopathes, le 'problème' de santé est envisagé de manière 'globale', dans le sens où il est toujours resitué dans le mode de vie du patient, ce qui suppose des échanges entre usagers et praticiens portant sur différents aspects du mode de vie : alimentation, état psychique, etc.

« Quand j'ai consulté cet ostéopathe, j'ai eu l'impression de découvrir un monde où l'on m'écoutait, où l'on faisait globalement attention au corps, où l'on parlait de moi et pas que de mon symptôme, et on le mettait dans d'autres choses, une approche globale et complète... » (usagère ostéo 6)

La relation usager - chiropracteur

Les quelques usagers ayant fait l'expérience des traitements ostéopathiques et chiropractiques soulignent unanimement les grandes différences entre les deux approches. En raison de sa rapidité et de sa dimension « technique », la relation chiropractique est très différente de la relation ostéopathique.

L'organisation du 'cabinet de consultations' des chiropracteurs 'installés' depuis longtemps et ayant une patientèle importante en dit d'ailleurs assez long sur la manière dont ils soignent leur patients. Certains praticiens ont en effet copié l'agencement de certains services d'examen hospitaliers, divisés en différents espaces fonctionnels permettant une circulation plus rapide des patients : une salle d'attente commune, de deux à trois cabines de déshabillage dans lesquelles les patients peuvent se préparer à entrer dans le bureau du praticien qui fait également office de salle de manipulations.

La rapidité de la consultation signifie également que la communication entre praticiens et usagers se limite aux aspects essentiels.

*« Il est très malin, mais socialement un peu difficile, il faut le connaître. Ce n'est pas quelqu'un à qui il faut raconter son histoire, parce qu'il te remet à ta place. Il ne faut pas commencer à se plaindre, parce qu'il ne supporte pas ça. » * (usager chiro 5)*

*« Après toutes ces années une sorte d'amitié s'est installée, nous y allons régulièrement. Mais elle ne perd pas de temps à ça. Ce n'est pas que pour raconter son histoire. Ça doit avancer, parce que sa salle d'attente est pleine... » * (usagère chiro 4)*

« Vous avez des cabines avec des lumières qui s'allument, vous entrez dans la cabine, vous vous déshabillez... installez vous là, il ne dit rien, on n'échange pas deux mots... Pendant que vous passez, le suivant entre déjà dans la cabine pour se préparer, il vous fait une petite manipulation et puis vous sortez.... ça dure entre cinq et dix minutes... C'est vraiment à la chaîne... » (usager chiro 2)

On voit donc bien ici que la « relation » usager-chiropracteur en est souvent réduite à sa plus simple expression, en raison de la rapidité de la consultation, ce qui ne laisse pas beaucoup de place aux échanges entre patients et praticiens.

La disponibilité des praticiens

Un aspect apprécié souvent mentionné par les usagers de la chiropraxie est la disponibilité des chiropracteurs, et notamment le fait qu'il n'est pas nécessaire de prendre rendez-vous des semaines, voire des mois à l'avance, comme cela nous a été parfois mentionnés à propos des ostéopathes.

« Son principe, c'est que l'on peut y retourner le lendemain ou le surlendemain sans devoir repayer. C'est sans rendez-vous... Il est quand même fort disponible... » (usager chiro 1)

« C'est plus facile d'avoir un rendez-vous chez un chiropracteur parce que c'est beaucoup plus rapide (en comparaison avec un ostéopathe). » * (usager chiro 5)

Perception des dangers et des risques

Les usagers que nous avons interviewés sur leur perception des risques potentiels que présentent les traitements ostéopathiques et chiropractiques et sur leur attitude à l'égard de ces risques, nous ont révélé qu'il s'agissait quand même là d'une préoccupation importante, surtout chez les patients des chiros.

« Lorsqu'ils manipulent la nuque de quelqu'un, c'est comme s'il allaient lui briser la nuque. Cela ressemble à cela. Mais heureusement, ils ne le font pas... » * (usager chiro 5)

La chiropraxie semble en effet susciter davantage de phantasmes et de réticences que l'ostéopathie.

« (Avant d'y recourir) J'avais entendu parler de la chiropraxie. C'est quelque chose qui fait peur, parce qu'il y a des messages qui ont véhiculés de mauvaises expériences... Je peux comprendre que la chiro fasse peur... et je pense que cela reste quelque chose de risqué... » (usager chiro 1)

Ces extraits d'entretien montrent que la perception de la chiropraxie a fait l'objet d'une construction sociale très particulière, bien que moins dramatique que dans d'autres pays comme le Canada où des cas de mort accidentelles ont créé un véritable vent de panique autour de la chiropraxie⁸⁵.

- **Presque tous les usagers ont fait l'un ou l'autre expériences négatives des traitements ostéopathiques et chiropractiques.**
- **La fréquence de consultation des usagers ne dépend pas seulement de leur état de santé, mais aussi de leur état psychologique, financier, etc.**
- **Les traitements ostéopathiques sont variés et oscillent entre des approches perçues comme très 'douces' ou très 'brutale'.**
- **La première consultation est souvent créditée d'un effet libérateur immédiat, bien que parfois temporaire.**
- **L'efficacité d'un ostéopathe est jugée en fonction de sa capacité à produire une série d'effets positifs qui produisent un sentiment de bien-être général chez l'usager. L'efficacité d'un chiropracteur, quant à elle, est jugée selon sa capacité à produire un soulagement au problème mécanique dont souffre l'usager.**
- **La consultation ostéopathique laisse beaucoup plus de place au relationnel, à la qualité de la relation thérapeutique que la consultation chiropractique.**
- **La consultation ostéopathique comprend une plus grande diversité d'actes que la consultation chiropractique.**
- **Les objets techniques occupent une place plus importante dans la relation chiropractique.**
- **La préoccupation à l'égard des risques que présentent les 'manipulations' est plus importante chez les patients chiropractiques en raison de la mauvaise réputation de cette discipline.**

3.3.3.4 Le « sens » du recours

Tant les traitements ostéopathiques que chiropractiques contiennent des éléments qui séduisent et qui expliquent en partie l'adhésion plus ou moins partielle des usagers à leurs fondements théoriques et philosophiques respectifs. Ces éléments sont souvent ceux qui sont repris par les usagers lorsque ceux-ci sont amenés à justifier leurs recours ou bien à en rendre compte auprès d'autres acteurs.

Une question de 'croyance' ?

Il est, à cet égard, courant d'entendre dire, au sujet des médecines alternatives, qu'il faut « y croire » pour que cela marche. Nous allons tenter, dans cette dernière section fondée sur les informations collectées auprès des usagers, de montrer précisément ce que « croient » vraiment les usagers de ces deux disciplines alternatives.

Il faut tout d'abord souligner que la notion de « croyance » s'applique mal dans le cadre de cette étude, puisqu'il n'est pas nécessaire de « croire » à quoi que ce soit avant de consulter un ostéopathe ou un chiropraticien. En effet, le rapport qu'entretiennent les usagers avec ces deux disciplines n'est pas de l'ordre de la croyance mais bien de l'expérience, du ressenti, et de l'éprouvé.

*« Ce n'est pas comme l'homéopathie... J'ai senti les effets, ou je pense les avoir senti, mais je ne vais pas dire que j'y crois, parce que je n'y crois pas... Chez le chiropracteur, je n'ai pas ce problème, je n'ai jamais eu ce conflit intérieur. Il fait vraiment quelque chose, et tu en ressens l'effet. Il ne fait pas de l'imposition des mains... » * (usager chiro 5)*

La « compatibilité des systèmes de croyances » entre usagers et praticiens

Parmi les facteurs les plus souvent examinés pour expliquer le recours aux médecines alternatives, se trouve notamment l'hypothèse suivante : la théorie sur laquelle reposent ces disciplines est plus facilement compatible avec les systèmes de croyances des adhérents⁸⁶. En fait, les processus d'adhésion des usagers à l'ostéopathie reposent sur des mécanismes socio-cognitifs complexes, analysés en détail par Géraldine Lee-Treweek⁸⁴. En s'interrogeant sur les usagers qui recourent à l'ostéopathie crâniale en Angleterre, Lee-Treweek a en effet montré comment ceux-ci introduisent dans la relation à leur thérapeute des éléments cognitifs leur étant familiers comme des sensations corporelles, des idées, des représentations et des croyances, pour donner du sens à ce qu'ils expérimentent au cours de leurs traitements.

En ce qui concerne **les usagers que nous avons interviewés**, nous avons constaté qu'ils **avaient une connaissance relativement faible de la « théorie » ou de la « philosophie » de ces deux disciplines**. Quasiment aucun d'entre eux n'a en effet cherché à en savoir plus sur l'ostéopathie ou la chiropraxie, aucun n'a lu de livres leur étant consacrés. Les usagers ont une approche très 'pragmatique' et ne pensent pas recourir à une discipline particulière mais plutôt à un praticien capable de les délivrer ou de les soulager.

*« Je sais ce que je vais y trouver, cela ne correspond pas à ce que je pense. Ce n'est pas non plus ce dont j'ai besoin... » * (usager chiro 5)*

Tout ce qu'ils savent de la 'théorie' se résume la plupart du temps à ce que leurs praticiens ont dit en guise d'explication du traitement et pour justifier le plan de soins proposé. On perçoit bien, dans l'extrait d'entretien suivant, que les usagers reprennent à leur compte les 'explications' qui leur ont été fournies par les praticiens consultés :

*« L'explication qu'elle a est que les muscles se sont formés autour des articulations, ils ont l'habitude de tirer sur les os. Il faut donner au muscle une nouvelle forme, mais après une fois, ils reprennent leur forme d'avant, c'est pourquoi il faut y retourner plusieurs fois. Briser le moule en quelque sorte. Après, il faut y aller toutes les six ou sept semaines, comme pour un entretien. » * (usagère chiro 4)*

Dans le discours de cette usagère, les concepts d'"habitude modèle" et l'idée qu'il faut briser ce modèle illustre bien la pertinence des analyses de Lee-Treweek mentionnées plus haut.

L'approche 'holistique' de l'ostéopathie

L'ostéopathie séduit par différents aspects de ses traitements, mais surtout par son **approche « globale »** du patient. Cette notion de « globalité » revêt cependant une signification variable selon les interlocuteurs.

« J'apprécie son attention à l'ensemble de l'individu. » (usagère ostéo 8)

« Je suis kiné moi-même, mais l'ostéopathie, c'est vraiment autre chose. L'ostéopathe a une vue plus globale, c'est vraiment complexe... » (usagère ostéo 1)

Le discours des acteurs montre bien à quel point ceux-ci reprennent à leur compte cette conception, somme toute assez floue de « globalité », qui peut signifier des choses très différentes selon les interlocuteurs : qu'une lésion concernant une partie du corps peut avoir une cause plus profondément enfouie (référence à la relation entre soma et psyché) ; qu'elle peut avoir une influence sur d'autres parties du corps (selon l'idée que tout agit sur tout) ; ou bien encore, qu'un problème 'local' peut se répercuter sur l'ensemble du corps (l'idée d'une relation sympathique entre une partie du corps et son ensemble).

« Quand on a un problème de type douleur aux pieds, après ça va dans la hanche, ça se répercute dans le dos, etc » (usagère ostéo 1)

« Ma mère est tombée récemment, et s'est faite une entorse à la cheville... en s'étant tordu la cheville, peut-être que quelque chose s'est déplacé au niveau du genou, ou au niveau de la hanche, que l'ostéopathie qui peut voir si tout est en place aurait pu déceler, et que la kiné ne va pas forcément voir... » (usagère ostéo 2)

La portée de la signification donnée à cette notion de « globalité » semble donc bien être à géométrie variable et les dimensions concernées de l'être humain (biologique / psychologique / sociale) varient selon les locuteurs.

On voit également se dessiner, à travers ces extraits d'entretiens, une conception du corps humain composé d'organes, de muscles et d'os formant un ensemble à l'équilibre précaire, ensemble que l'activité physique quotidienne menace. Bien que cette conception du corps n'est pas spécifique aux usagers de l'ostéopathie ou de la chiropraxie, elle fait partie des éléments qui, combinés à d'autres, éclairent le recours à ces deux disciplines.

3.3.3.5 Des attentes différentes de la part des usagers

Au total, on constate que les usagers recourent à l'ostéopathie ou à la chiropraxie pour les mêmes plaintes, mais qu'ils y trouvent des intérêts et des motivations très différentes. La comparaison de l'expérience des usagers avec l'ostéopathie et la chiropraxie nous amène ainsi au constat selon lequel les uns et les autres apprécient des choses très différentes.

De manière caricaturale, on pourrait dire que les patients ostéopathiques apprécient l'approche 'globale' et la durée de la consultation, alors que les patients 'chiro' apprécient plutôt la rapidité des traitements et la disponibilité des praticiens. Tout se passe comme si chaque usager avait trouvé chez 'son' praticien un type de traitement qui lui convient, qui lui correspond, tout d'abord, parce qu'il le soulage, ensuite, parce que le 'modèle' de la prise en charge et de l'exercice du traitement est conforme à ses attentes.

- **Les usagers ont, de manière générale, une connaissance très limitée des 'théories' et des 'philosophies' sur lesquelles reposent ces deux disciplines. Ils ont des intérêts très 'pragmatiques' à leur égard.**
- **Les patients ostéopathiques apprécient la durée de la consultation et la 'globalité' de l'approche thérapeutique. Les patients chiropractiques, par contre, apprécient le fait que la consultation soit courte et ne concernent que leur plainte.**

3.3.4 Le point de vue des praticiens

Cette deuxième partie a pour objectif de compléter notre étude sur l'usage de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique en accordant cette fois-ci la parole aux praticiens de ces deux médecines. Nous aborderons dans cette partie le parcours professionnel des praticiens, leurs motivations à pratiquer l'ostéopathie ou la chiropraxie, ainsi que leurs opinions sur la place de leur discipline dans le système de santé. Ces différents éléments nous permettront finalement de saisir la manière dont les praticiens envisagent leur profession.

3.3.4.1 Brève présentation des participants

Les ostéopathes

Nous avons rencontré une dizaine d'ostéopathes exerçant aussi bien dans le Nord que dans le Sud de la Belgique ou à Bruxelles. Tous sont affiliés à l'une ou l'autre unions professionnelles existant dans le pays, qui expriment l'existence de différentes 'écoles' ostéopathiques et, par conséquent, de différents profils de praticiens. Ceux-ci ont également une expérience très variable, étant donné que certains d'entre eux exercent l'ostéopathie depuis plusieurs décennies alors que d'autres la pratiquent depuis quelques années seulement. En outre, l'examen des motivations personnelles et des trajectoires individuelles fait apparaître l'existence d'identités professionnelles quelque peu différentes. Tous, par exemple, ne s'en tiennent pas au même niveau d'appropriation technique des disciplines qu'ils exercent. De plus, certains les combinent avec des approches plus relationnelles, donnant ainsi une orientation particulière à leurs traitements, accordant une plus grande importance à la qualité de la relation thérapeutique. Ces différents profils prennent par ailleurs place dans un cadre professionnel et institutionnel laissant une certaine liberté aux praticiens : ceux qui exercent en privé peuvent ne proposer que des soins ostéopathiques à leurs patients, ce qui n'est pas le cas de ceux qui exercent à titre de kinésithérapeutes dans un Centre de santé ou bien dans une institution hospitalière.

Notre 'échantillon' de praticiens est majoritairement composé d'hommes. Si la profession d'ostéopathes semble d'ailleurs majoritairement exercée par des hommes, les praticiennes rencontrées se sont plutôt spécialisées dans les soins aux enfants et aux femmes enceintes.

Les chiropracteurs

Nous avons également rencontré une dizaine de chiropracteurs exerçant dans différentes régions du pays. Nous les avons contacté via la liste des praticiens inscrits à l'*Union belge des Chiropractors* (UBC-BVC).

3.3.4.2 La formation : ostéopathes et chiropracteurs

La formation des praticiens constitue un premier facteur permettant de distinguer ostéopathes et chiropracteurs. Comme nous allons le voir, la formation suivie par les praticiens dépend, d'une part, des conditions d'accès à ces deux professions et, d'autre part, de l'organisation elle-même de ces formations.

De la kiné à l'ostéopathie

Une première divergence importante entre ostéopathes et chiropracteurs réside dans le fait que la majorité des ostéopathes rencontrés dans le cadre de cette étude ont une formation initiale en kinésithérapie^t. Ceux-ci ont souvent débuté la narration de leur parcours professionnel en mentionnant une certaine déception ou insatisfaction à l'égard de leur formation initiale ou de l'exercice de leur profession (travail perçu comme trop routinier, exécutant, répétitif...). C'est en grande partie de cette insatisfaction professionnelle qu'est partie leur intention de se former à d'autres approches thérapeutiques, telles que l'acupuncture, la médecine chinoise, et l'ostéopathie.

^t Dans le cadre de cette étude, une seule praticienne échappe à ce constat. Celle-ci s'est directement formée à l'ostéopathie en suivant un cursus à l'*European School of Osteopathy* (ESO) à Maidstone.

« J'ai trouvé dans l'ostéopathie une approche qui correspondait à ma conception holistique des soins... » (praticien ostéo 1)

« Avec l'ostéopathie, j'avais l'impression de faire quelque chose d'autre, de différent des autres, quitte à travailler dans l'illégalité. » (praticien ostéo 2)

Pour d'autres, la formation en ostéopathie est venue compléter leur formation initiale de kinésithérapie, afin de pouvoir offrir 'quelque chose d'autre' à leurs patients.

« Après une vingtaine d'années d'exercice, il devient évident qu'il y a des lacunes dans la formation classique (de kinésithérapeute). Je trouve que l'ostéopathie offre une meilleure formation en anatomie, en mécanique physiologique, en manipulations... »* (praticien ostéo 6)

«Après cinq ans d'exercice comme kiné, j'ai vu qu'il y avait des lésions que je ne parvenais pas à traiter. C'est ce qui m'a poussé à aller voir ailleurs, c'est comme ça que je suis arrivée à l'ostéopathie, grâce au frère d'un collègue qui venait de commencer la formation... »* (praticienne ostéo 7)

Un certain « souci de distinction » marque donc invariablement le récit de leur parcours professionnel d'ostéopathes, ainsi qu'une volonté d'autonomisation à l'égard du corps médical.

Les praticiens rencontrés ont donc suivi des enseignements et formations en ostéopathie très variées : certains ont suivi une formation de plusieurs années en Angleterre, tandis que d'autres se sont formés en Belgique ou bien en France. D'autres encore disent s'être formés en autodidactes. Le contenu des formations dépendant largement des différentes 'écoles' ostéopathiques, il est évident que les techniques et les matières apprises varient d'un praticien à un autre.

Faire de la chiro vocation

La trajectoire individuelle des chiropracteurs rencontrés dans le cadre de cette étude présente des particularités qui permettent de les distinguer nettement des ostéopathes. En effet, contrairement à ces derniers, la grande majorité d'entre eux (à une exception près) ne sont pas kinésithérapeutes à la base mais se sont formés à la chiropraxie par intérêt à l'égard de cette discipline qu'ils ont découverte à un moment charnière de leur vie, par 'vocation', ou bien en suivant la 'voie familiale'. Contrairement aux ostéopathes, l'orientation professionnelle vers la chiropraxie est plutôt évoquée sur le mode de la '**vocation**' personnelle, même lorsque celle-ci s'est révélée sur le tard.

« C'est un métier que j'ai voulu faire depuis tout petit. Quand j'ai fini mes humanités, je suis parti faire mes études au collège anglais de chiropraxie. » (praticien chiro 1)

« Pendant notre scolarité, on m'avait demandé ce que je voudrais faire étant adulte. La médecine et la chiropraxie, c'étaient les seules formations que j'avais choisies... » (praticienne chiro 2)

Il apparaît ensuite que le **milieu familial** a souvent joué un rôle important dans la formation de ce choix, peut-être davantage encore chez les praticiens francophones. Il est frappant de constater que la plupart des praticiens que nous avons rencontrés, exerçant dans la partie francophone de la Belgique, ont et/ou bien avaient dans leur famille proche des aînés les ayant motivé à emprunter cette voie et souvent soutenus financièrement.

« J'avais quinze ans, et le beau-frère de ma sœur faisait la chiropraxie en Angleterre, à l'AECC. En parlant avec lui, je me suis dit que cela correspondait tout à fait à ce que j'avais envie de faire... » (praticienne chiro 3)

Le fait d'avoir vu un parent exercer cette profession durant plusieurs années et en retirer une satisfaction constante a été plusieurs fois mentionné comme ayant été un critère important dans le choix de leur orientation professionnelle.

- « J'ai toujours vu ma mère qui pratiquait la chiro avec plaisir depuis que je suis tout petit... C'est un peu ça qui m'a poussé à suivre le chemin de ma mère. » (praticien chiro 6)

Plusieurs praticiens rencontrés ont d'ailleurs, à leur tour, transmis cette 'vocation' pour la chiropraxie à l'un de leurs enfants. Cette émulation familiale aboutissant à la

« reproduction » d'une trajectoire parentale vécue sur le mode de l'épanouissement professionnel rend largement compte de l'existence de « lignées » de praticiens :

« Il y a chez nous un côté 'tribu'... il y avait des chiropracticiens dans ma famille : mon oncle, mon cousin. Ma femme est aussi chiro, je l'ai rencontrée en Angleterre... » (praticien chiro 1)

Troisièmement, **les conditions d'accès aux études** de chiropraxie, ont également un effet sélectif, dans le sens où il ne suffit pas d'avoir un praticien dans sa famille et d'avoir envie de le devenir à son tour, mais faut-il encore avoir envie de passer plusieurs années à l'étranger (quatre ou cinq ans) et, surtout, de pouvoir disposer du capital nécessaire pour couvrir les frais de séjour et d'inscription dans les collèges anglais ou américains de chiropraxie.

Les conditions d'accès à la formation de chiropracteur, et donc à la profession, sont donc largement liées à la place qu'occupe (ou plutôt que n'occupe pas) la chiropraxie dans le système de santé belge, voire dans le système mondial de la santé.

Quatrièmement, la **formation en chiropraxie** étant contrôlée par des instances internationales qui en garantissent l'homogénéité, il est relativement facile de savoir précisément à quelles techniques les 'Docteurs en chiropraxie' (D. C.) exerçant dans notre pays ont été formés. Ainsi, s'il semble bien exister des orientations quelque peu différentes entre les enseignements dispensés aux Etats-Unis ou bien en Angleterre, tous les praticiens se retrouvent dans un ensemble de techniques qui leur ont été enseignées et qui constituent 'l'arsenal chiropractique de base'. Tous les praticiens rencontrés se retrouvent dans l'approche qu'ils nomment '*diversified*'.

Enfin, et à la différence de la plupart des ostéopathes, tous ont reçu des **enseignements approfondis en neurologie fonctionnelle**, notamment à l'usage des tests neurologiques dans l'établissement du diagnostic. Cette particularité de l'enseignement chiropractique n'est d'ailleurs pas sans incidence sur la pratique elle-même puisque, comme nous le verrons plus loin, les praticiens accordent beaucoup d'attention aux indices neurologiques qu'expriment leurs patients au cours des différentes étapes de la consultation et des traitements.

Des motivations et des profils très différents

La comparaison des facteurs motivationnels ayant amené les participants à se former en ostéopathie ou bien en chiropraxie fait donc apparaître un certain nombre de divergences.

Pour les uns, l'intérêt pour l'ostéopathie a été suscité par le sentiment d'une lacune dans leur formation initiale ou bien par une déception générale à l'égard de leur profession. Ceux-ci détenaient déjà un premier diplôme leur permettant d'exercer une profession de santé reconnue avant de se former à l'ostéopathie de manière à combler une limitation technique vécue comme limitation professionnelle. Pour ceux-ci, la formation à l'ostéopathie leur a permis de se positionner autrement par rapport à la situation de kinésithérapeute dans le système de santé. Cela a surtout été, pour eux, l'occasion de réinvestir leur pratique d'un « plus », et de réaménager leur relation aux patients, ceux-ci ne venant plus avec une prescription de leur médecin généraliste. L'exercice d'une méthode de soins alternative offre ainsi aux praticiens l'occasion d'opérer une forme de sélection parmi leur clientèle et de leur proposer une approche plus personnalisée.

Du côté des chiropracteurs, des motivations quelque peu différentes semblent se dégager du récit des praticiens mais, d'une manière générale, c'est le désir d'exercer une profession épanouissante, intéressante et indépendante qui est avancé comme facteur motivationnel principal étant à l'origine de leur 'vocation' pour la chiropraxie. Les conditions d'accès à l'enseignement chiropractique révèlent également, pour certains, l'importance du soutien familial qui les a en quelque sorte 'poussés' vers cette voie. Ces derniers semblent ainsi avoir trouvé leur voie dans un terreau familial favorisant la vocation chiropractique.

Ces deux trajectoires motivationnelles suggèrent des profils psycho-professionnels assez différents, dont une analyse plus poussée pourrait certainement éclairer les revendications et stratégies professionnelles des uns et des autres.

- **La grande majorité des ostéopathes ont une formation initiale en kinésithérapie, ce qui n'est quasiment jamais le cas des chiropracteurs.**
- **Chez les ostéopathes, c'est souvent une insatisfaction générale à l'égard de la formation et de la profession de kinésithérapeute qui est évoquée comme motivation principale à se former à l'ostéopathie.**
- **La plupart des chiropracteurs se sont formés à cette discipline par 'intérêt', par 'vocation' ou bien suite aux encouragements d'un proche parent lui-même praticien.**
- **Alors qu'un souci 'de distinction' (à l'égard de la kinésithérapie) et 'd'autonomie' (à l'égard de la médecine) structure les récits des débuts du parcours professionnel des ostéopathes, c'est plutôt un 'souci de reproduction' (d'une activité familiale) qui constitue la trame de fond des récits de parcours professionnel des chiropracteurs.**

3.3.4.3 *La constitution de la patientèle*

L'examen des stratégies d'accès à la patientèle/clientèle offre une autre entrée permettant de comprendre comment des différences dans l'organisation de la profession peuvent avoir une influence sur l'exercice de ces deux médecines. En effet, en raison de leur situation respective dans le système de santé, les conditions de constitution d'une patientèle varient fortement entre leurs praticiens respectifs.

La constitution de la patientèle ostéopathique

Peu d'ostéopathes se sont directement 'installés' une fois leur diplôme en poche. La plupart des praticiens exerçant en libéral ont commencé à pratiquer l'ostéopathie conjointement à leur pratique régulière de kinésithérapie. Ce n'est qu'après s'être progressivement constitué une patientèle spécifiquement ostéopathique qu'ils se sont installés comme ostéopathes. Cette étape, dans leur parcours professionnel, est souvent accompagnée d'un acte d'une haute signification symbolique : ils retirent leur 'plaque' de kinésithérapeute et la remplacent par une autre d'ostéopathe, ils se désaffilient de l'INAMI, etc.

Les conditions d'exercice de l'ostéopathie ayant évoluées au cours de ces dernières années, les praticiens récemment diplômés ont eu l'occasion, eux, de pratiquer directement en tant qu'ostéopathes, au sein de centres de santé et d'avoir ainsi accès à la patientèle des autres praticiens exerçant dans le centre, bien que souvent avec un statut d'indépendant.

La constitution de la patientèle chiropractique

L'organisation actuelle de la formation encourage la transmission de savoirs et de pratiques entre 'aînés' et candidats fraîchement sortis des collèges de chiropraxie, notamment par l'obligation du candidat à prêter une année auprès d'un aîné, avant de pouvoir s'installer à son propre compte. Il n'est cependant pas aisé pour un praticien de se constituer une patientèle quantitativement suffisante lui permettant de s'installer à son propre compte. Ceci peut prendre parfois de nombreuses années. Les 'remplacements' et les diverses formes 'd'assistantat' constituent ainsi autant d'occasions d'exercer sur la patientèle d'un aîné durant ces années de prime pratique. Certains, cependant, ont eu l'occasion de reprendre le cabinet et la clientèle d'un aîné prenant sa retraite, ce qui a bien entendu grandement facilité leur 'installation', mais une telle opportunité se présente rarement, vu le petit nombre de praticiens.

Plusieurs indices tendent à montrer que les jeunes chiropracticiens ont beaucoup plus de mal que leurs aînés à atteindre un taux de consultation suffisant, comme l'exprime ce praticien qui exerce pourtant depuis une douzaine d'années.

« À l'heure actuelle, ma clientèle ne me permet pas de vivre, ce n'est pas toujours facile que les gens viennent quand il le faut, c'est la crise... Si la personne n'a vraiment pas les moyens, on lui fait un tarif réduit, on lui fait payer une fois sur deux, cela permet au patient de ne pas se décourager. » (praticien chiro 6)

Ceux-ci doivent ainsi développer des stratégies spécifiques de fidélisation de leur patientèle dont peuvent toutefois se passer leurs aînés.

Une fois la patientèle constituée

Après plusieurs années de pratique, la patientèle des ostéopathes comme celle des chiropracteurs est assurée en partie par le bouche-à-oreilles entre usagers satisfaits qui recommandent 'leur' praticien à des proches.

Une autre partie de leur patientèle provient d'autres thérapeutes qui leur réfèrent certains patients. C'est surtout le cas de praticiens d'autres médecines alternatives, comme s'il y existait une sorte de 'solidarité' entre praticiens 'alternatifs'. Sans qu'ils ne se connaissent, un médecin homéopathe réfèrera plus facilement l'un de ses patients à un ostéopathe ou bien à chiropracteur qu'un médecin 'conventionnel'. Cela dit, les chiropracticiens installés depuis longtemps semblent avoir développé de bonnes relations avec *certain*s médecins généralistes qui leur réfèrent parfois des patients pour des problèmes spécifiques (névralgies intercostales, etc.).

- **En raison de leur situation respective dans le système de santé, ostéopathes et chiropracteurs doivent adopter des stratégies de constitution de leur patientèle très différentes : en 'recyclant' progressivement leur patientèle pour les premiers ; en 'captant' une part de la patientèle d'autres praticiens qu'ils assistent ou remplacent durant un certain temps pour les seconds.**

3.3.4.4 *Les traitements ostéopathiques et chiropractiques*

Il n'est pas toujours aisé de savoir en quoi les traitements ostéopathiques diffèrent des traitements chiropractiques si l'on se limite aux 'actes' que posent les praticiens. Tous puisent en effet dans un ensemble commun de techniques manuelles dont l'usage varie d'un praticien à un autre.

Autant les ostéopathes que les chiropracticiens envisagent le corps humain comme une biomécanique subtile dont l'équilibre est sans cesse soumis à des actions extérieures ou bien à des utilisations qui en perturbent le bon fonctionnement et qui nécessitent des interventions régulières (réparations, adaptations ou entretiens). Ils envisagent cependant leur travail de biomécaniciens d'une manière très différente.

Les 'manipulations', par exemple, constituent l'élément central des traitements tant ostéopathiques que chiropractiques, mais nous allons voir que la manière de les pratiquer varie toutefois beaucoup entre les praticiens des deux disciplines. De même, si les consultations ostéopathiques et chiropractiques comprennent à peu près les mêmes étapes (qui ne sont d'ailleurs pas spécifiques à ces deux disciplines), elles prennent toutefois des tournures assez différentes d'une discipline à une autre. Il n'est donc pas facile de distinguer ces deux disciplines de prime abord par leurs approches respectives du patient ou par les actes que posent ses praticiens durant leurs consultations. Des différences apparaissent cependant si on les considère chacune dans leur ensemble car elles constituent chacune des ensembles hétéroclites de techniques et d'outils thérapeutiques, dont la composition générale prend des orientations clairement divergentes.

Les traitements ostéopathiques

Les traitements ostéopathiques comprennent une grande diversité d'approches et de techniques thérapeutiques. L'ostéopathie repose sur un ensemble de manipulations codifiées et sur un vocabulaire spécifique qui lui est propre. Elle vise l'ensemble des dysfonctions ou des perturbations du système musculo-squelettique et concernent, en tant que 'médecine holistique', l'ensemble des systèmes anatomiques⁷⁸. Néanmoins, outre les techniques ostéopathiques 'classiques' que sont les techniques cranio-sacrée, structurelles, fonctionnelles et viscérales, les ostéopathes combinent souvent celles-ci avec d'autres approches thérapeutiques qui n'ont, elles, rien à voir avec l'ostéopathie.

Alors que certains ont intégré à leur pratique des approches relationnelles comme la méthode Feldenkrais^u, d'autres l'ont combinée avec des éléments d'acupuncture ou de médecine chinoise, par exemple. Certains praticiens combinent encore l'ostéopathie avec d'autres médecines alternatives comme l'homéopathie, l'utilisation des huiles essentielles, etc.

Chez la plupart des praticiens, l'**anamnèse** occupe une place importante lors de la première visite d'un patient. L'observation et les tests de mobilité interviennent ensuite dans le déroulement de la phase d'**examen**, qui complète en quelque sorte les informations issues de l'anamnèse. Doté de toutes ces informations, le praticien est alors en mesure d'élaborer un « plan de traitement », de faire une « proposition de traitement », qu'il soumet généralement à son patient avant de passer au traitement proprement dit.

Les traitements ostéopathiques n'aboutissent pas toujours à un diagnostic au sens médical du terme. Le diagnostic ostéopathique se limite généralement à l'identification d'une articulation ou d'un organe qui ne fonctionne pas correctement sur le plan biomécanique. Le 'problème' est alors mis en relation avec des habitudes corporelles, des 'schémas' psychologiques ou d'autres éléments qui sont pris en compte lors des traitements.

« On n'a pas les compétences d'un médecin pour poser un diagnostic... » (praticienne ostéo 3)

Les **traitements** ostéopathiques varient beaucoup d'un praticien à un autre. Si les 'manipulations' constituent l'acte central du traitement, d'autres actes périphériques sont également pratiqués.

Le véritable 'corps à corps' qui a lieu entre l'usager et le praticien rendent les traitements ostéopathiques vraiment particuliers. Les consultations ostéopathiques dérogent ainsi au modèle classique de la consultation médicale, caractérisée par une forme de « distanciation inter-corporelle », et durant laquelle le médecin s'attend à ce que son patient se montre plus ou moins insensible aux palpations et aux touchers légers et prudents de l'examen médical⁸⁷.

Mais peut-être plus que tout, c'est par son approche 'holistique' que l'ostéopathie se distingue des autres approches manuelles. En ostéopathie, chaque patient est envisagé comme un 'cas' particulier dont les symptômes sont resitués dans le cadre global d'un mode de vie constitué d'habitudes, de schémas comportementaux que le traitement vise souvent à briser, à réorganiser.

Les aspects psychologiques entrent également en compte : les 'lésions' corporelles ou autres 'plaintes' pour lesquelles des usagers consultent, ont toujours une part 'psychologique'.

« C'est toujours psychologique : si on se fait une entorse parce que l'on n'a pas vu qu'il y avait un trou dans le chemin, c'est qu'on avait la tête ailleurs. » (praticien ostéo 1)

« Je ne fais pas de psy moi-même, mais j'en tiens compte. Bien souvent je remarque que des patients font certains efforts en étant en colère et se font mal, d'autres se font mal en étant calme... Ce qui lui arrive est le fruit de la façon dont il mange, il travaille, etc. » (praticien ostéo 3)

L'**individualisation** du traitement ostéopathique est ainsi la traduction en pratique de cette approche 'holistique', qui se traduit par le fait que deux personnes qui consultent pour les mêmes symptômes recevront probablement des traitements différents.

« C'est comme en homéopathie, chaque patient est un cas, c'est un peu l'inconvénient d'ailleurs... il n'y a pas de standardisation possible... et le contexte de chaque personne peut changer... » (praticien ostéo 1)

^u La 'méthode Felkenkrais', du nom de son inventeur, est définie comme une approche visant la prise de conscience de son corps à travers le mouvement.

Après le traitement et le réexamen du patient, la consultation ostéopathe se termine souvent par des conseils ou des exercices que le praticien recommande à son patient d'exécuter quotidiennement à son domicile. Ces exercices ont pour objectif de prolonger les effets des traitements, mais peuvent aussi viser à inciter le patient à changer certains comportements, certaines habitudes de vie comme des habitudes alimentaires, sa pratique sportive, etc.

Au total, l'ostéopathie est loin d'être une discipline homogène, mais se décline à travers la pratique idiosyncrasique de chacun de ses praticiens. Les traitements ostéopathiques apparaissent ainsi comme étant composés d'un ensemble d'éléments parfois hétéroclites, mais formant néanmoins un 'tout' qui ne peut, par conséquent, être réduit aux seules manipulations.

L'originalité des traitements ostéopathiques se trouve probablement dans cette combinaison originale d'éléments spécifiques et génériques, comme le pensent d'ailleurs certains praticiens.

« Je pense que si ça marche, c'est multifactoriel c'est le facteur relationnel, le travail physique qui est fait... Je pense que c'est la même chose pour l'homéopathie, l'acupuncture.. » (praticien ostéo 3)

La durée d'une consultation chez un ostéopathe varie, aux dires des praticiens, entre une demi-heure et une heure (pour la première consultation). Son prix, quant à lui, fluctue également d'un praticien à un autre. La première consultation, qui dure généralement plus longtemps que les suivantes, coûte souvent un peu plus cher. La plupart des praticiens interrogés pratiquent cependant des prix fluctuant en fonction des conditions sociales de leurs patients. Les praticiens tiennent également compte de la possibilité ou non qu'ont leurs patients de se voir rembourser une partie de leurs consultations.

Les traitements chiropractiques

Bien que la chiropraxie présente de nombreuses similarités avec l'ostéopathie, elle repose sur une approche différente du corps et du patient. Les praticiens ne parlent plus, aujourd'hui, de 'flux énergétiques', mais la notion de 'dégénérescence vertébrale par subluxation' fait toujours partie du discours chiropractique.

Les traitements chiropractiques se focalisent sur l'appareil locomoteur et plus particulièrement sur l'aspect 'fonctionnel' des articulations. Ils s'appliquent également à l'ensemble du corps humain et ne se limitent pas à la colonne vertébrale, même si celle-ci est leur principale 'porte d'entrée' du corps humain :

« Le cerveau et la moelle épinière communiquent entre eux par messages électroniques, qui sortent du nerf spinal et qui va jusqu'aux organes. Mon travail consiste à déceler s'il y a un dérangement mécanique qui peut induire un dérangement au niveau des organes... » (praticienne chiro 2)

« Je manipule essentiellement la colonne en raison de ses liens avec le système nerveux sympathique... » (praticienne chiro 3)

À la différence des traitements ostéopathiques, les chiropracteurs ne traitent pas directement les organes mous, mais réajustent la structure musculo-squelettique de manière à rétablir le fonctionnement de ces organes. En principe, donc, les 'massages' proprement dits sont absents de l'arsenal chiropractique.

À l'exception de quelques problèmes qui peuvent être réglés en une seule séance (un lumbago, par exemple), un 'traitement' chiropractique s'étend toujours sur un nombre moyen de trois à quatre séances, qui peut se poursuivre par la suite par des soins à visée préventive. Les praticiens distinguent ainsi : les séances de soins intensifs (curatifs), qui doivent être assez rapprochées ; les séances de soins de réadaptation ; et les séances d'entretien (soins de bien-être).

Les chiropraticiens rencontrés insistent beaucoup sur le fait que les traitements qu'ils dispensent sont rigoureusement conformes à l'enseignement qu'ils ont reçu et mettent un point d'honneur à ne pas trop s'écarter de l'**arsenal chiropractique** dans lequel puisent tous les praticiens. Sans vouloir réduire celui-ci à ses éléments centraux, il est toutefois possible d'énumérer une série d'outils thérapeutiques les plus souvent cités comme étant propres à la chiropraxie.

- La '**motion palpation**', ou 'palpation en mouvement', a été mentionnée par tous les praticiens comme une spécificité chiropractique :

« L'examen est très important pour nous chiros, c'est vraiment la base de notre approche. »
(praticien chiro 1)

La *motion palpation* est une technique qui a été inventée par Henri Gillet, l'un des pionniers de la chiropraxie en Belgique. Il s'agit d'une technique de palpation de la structure ostéopathico-musculaire qui consiste à tester la mobilité de chaque articulation en extension, en rotation et en flexion.

- Les **manipulations** occupent également une place centrale dans les traitements chiropractiques. Les praticiens préfèrent utiliser le terme d'*adjustment*, qui contient l'idée que la manipulation vise à remettre en ordre la structure pour libérer la 'fonction' de l'articulation ou de l'organe. Les ajustements visent généralement une articulation très précise, voire une partie de l'articulation :

« On soigne la colonne à la vertèbre près, par exemple la cinquième cervicale en rotation droite, on cherche une grande précision pour la manipulation. » (praticien chiro 6)

- Les techniques des **myofascial trigger points** font également partie de l'arsenal chiropractiques, comme d'autres techniques d'acupressure. Ces techniques sont utilisées de manière à travailler sur la musculature du patient, de manière à ce que celle-ci soutienne les ajustements structurels.

- Une partie seulement des chiropracteurs utilisent également l'**applied kinesiology**, à laquelle ils ont été formés au cours de formations spécifiques. Cette technique ne fait toutefois pas l'unanimité, certains la trouvent trop compliquée, d'autres l'utilisent seulement comme technique complémentaire :

« Par exemple, si vous manipulez plusieurs fois D4 et D5, et qu'il n'y a pas de résultat, il faut savoir pourquoi ça revient... avec la kinésiologie, on peut plus facilement répondre à cette question. » (praticienne chiro 3)

De manière générale, les *adjustments* constituent l'élément central des traitements chiropractiques, mais s'accompagnent toujours de certaines techniques de soutien.

Les chiropracteurs donnent également, en fin de consultation, des **conseils et exercices** de posture à adopter sur son lieu de travail, ou bien des exercices à exécuter par le patient à son domicile. Ces exercices ont pour objectif de renforcer et prolonger les 'corrections' mises en place au cours des consultations. Ils visent également à rendre le patient plus autonome en lui apprenant les gestes qui soulagent et qu'il peut exécuter lui-même à domicile. C'est également le cas des conseils de **nutrition**, sur lesquels insistent beaucoup certains praticiens rencontrés, ayant parfois suivi une formation en micro et neuro nutrition.

En raison de la place qu'occupent les tests orthopédiques, neurologiques et chiropractiques en amont des traitements, la première consultation dure toujours plus longtemps (environ trois quarts d'heure) que les suivantes (de cinq minutes à un quart d'heure maximum), même si de manière générale, les consultations chiropractiques sont en moyenne beaucoup plus courtes que les consultations ostéopathiques.

- Si l'on s'en tient aux 'actes' que posent d'un côté les ostéopathes, de l'autre les chiropracteurs, il est difficile de distinguer les deux médecines. Toutes les deux puisent dans un ensemble commun de techniques et d'outils thérapeutiques. Des différences apparaissent cependant si on les envisage comme deux 'systèmes' thérapeutiques dont l'organisation générale prend des orientations divergentes.
- Les traitements ostéopathiques sont parfois combinés avec des approches étrangères à l'ostéopathie, qui est elle-même divisée entre différentes 'écoles'. Cette composition interne relativement 'éclatée' de l'ostéopathie contraste avec l'homogénéité de la chiropraxie qui repose sur un 'arsenal' de techniques dans lequel tous les chiropracteurs se retrouvent.
- Par rapport à la chiropraxie, les traitements ostéopathiques accordent davantage de place aux aspects relationnels, sont plus 'individualisés' et s'inscrivent dans une temporalité différente (consultations plus longues notamment).
- Par rapport à l'ostéopathie, les traitements chiropractiques apparaissent comme plus homogènes, plus 'techniques', et davantage focalisés sur le physiologique (neurologique). Le 'relationnel' y est souvent réduit à sa plus simple expression.

3.3.4.5 *Le point de vue des praticiens sur la place et le rôle de leur disciplines*

L'ostéopathie et la chiropraxie occupent une position particulière dans le système de santé. On peut dire qu'elles se situent aujourd'hui entre *tolérance* et *intégration*. Ainsi, si elles ne sont pas intégrées *institutionnellement*, elles occupent néanmoins une place *de fait* dans le système de santé, non seulement parce qu'une proportion importante d'usagers y recourent fréquemment, mais aussi parce qu'elles sont toutes les deux partiellement remboursées par les assurances complémentaires des mutualités (et assurances privées) au même titre que l'acupuncture et l'homéopathie. Des divergences significatives existent néanmoins entre les deux médecines, notamment en raison de leur évolution historique respective.

Des ostéopathes et de l'ostéopathie

A tous les niveaux, l'ostéopathie est davantage 'intégrée' que la chiropraxie, notamment parce qu'elle est enseignée dans notre pays, mais aussi parce que différentes institutions de santé privées comme publiques proposent aujourd'hui à leurs usagers des soins ostéopathiques, ce qui constitue en soi un fait hautement significatif.

Les quelques expériences de collaboration entre ostéopathes et professionnels classiques de la santé au sein de centres médicaux ou d'hôpitaux publics semblent d'ailleurs plutôt positives. Les ostéopathes y exercent cependant avec le statut d'indépendant, mais en ayant néanmoins accès à une partie de la patientèle qui transite par l'institution. Les quelques ostéopathes exerçant au sein d'institutions hospitalières pratiquent cependant une ostéopathie essentiellement fonctionnelle, c'est-à-dire 'coupée' en quelque sorte de l'ostéopathie viscérale et cranio-sacrée, à l'une ou l'autre exceptions près comme les praticiennes qui ne soignent que des nouveaux nés par exemple.

Une fracture semble ainsi se marquer entre, d'un côté, une ostéopathie pratiquée essentiellement en libéral, mais au contenu très varié et variable et combinant souvent des actes dont la validité 'scientifique' est inégalement reconnue et, d'un autre côté, une ostéopathie présentée comme davantage 'fonctionnelle', c'est-à-dire réduite aux traitements du système locomoteur.

Des tensions semblent d'ailleurs diviser les praticiens qui se revendiquent d'écoles ostéopathiques différentes et imprégner les rapports professionnels qu'ils entretiennent avec d'autres catégories de praticiens, et en premier les médecins.

Le discours des ostéopathes à l'égard des médecins est d'ailleurs révélateur de leur conception des rapports possibles et idéaux entre les différentes médecines. De nombreux ostéopathes, qui se démarquent radicalement des médecins dans leur discours, disent avoir un rôle à jouer auprès des usagers, qu'ils pensent devoir aider à acquérir plus d'autonomie à l'égard du 'pouvoir médical' :

« À côté de cela, il y a le phénomène : 'le médecin m'a dit que j'avais un lumbago et il m'a donné des médicaments pour mon lumbago'. C'est l'autorité médicale qui a donné le diagnostic, et il n'y a plus de prise en charge personnelle... et là, la place de l'ostéopathe est vraiment importante, car elle permet de faire prendre conscience aux gens de cela... » (praticien ostéo 1)

« Dès que l'on pose un diagnostic, c'est le pouvoir médical : l'expert a dit que... et le patient se soumet à ça... » (praticien ostéo 1)

La présence de termes comme ceux de 'pouvoir médical', d' 'autorité médicale' dans le discours des ostéopathes à l'égard de la médecine est un indice significatif, un révélateur linguistique des enjeux politiques qui se trouvent derrière la question plus générale du rapport entre médecines. Même si l'on peut dire que l'ostéopathie s'est aujourd'hui rapprochée de la biomédecine, le discours de ses praticiens se révèle très critique à l'égard de la médecine conventionnelle et de ses praticiens.

D'une manière générale, nous avons recueilli de nombreux indices montrant que le dialogue entre ostéopathes et médecins ne va pas forcément de soi, en partie pour des raisons d'épistémologie, de divergences disciplinaires, de fondements théoriques et de conceptions divergentes du corps et de la santé, mais aussi pour des raisons plus 'politiques' de positionnement dans le système politique, de reconnaissance et de revendications professionnelles.

Nos données et nos analyses montrent en effet que le discours et les pratiques des ostéopathes est en partie influencé par la situation actuelle de l'ostéopathie dans le système de santé. Comme le suggère l'analyse que fait Margaret Stacey de la situation de l'ostéopathie en Angleterre⁸⁸, une plus grande intégration de celle-ci dans ce système, largement dominé par une médecine fondée sur l'épistémologie scientifique, se traduirait inévitablement par une perte d'autonomie de ses praticiens.

L'intégration de l'ostéopathie (tout comme celle de la chiropraxie) supposerait notamment que ses praticiens acceptent que leur discipline soit considérée comme une médecine 'complémentaire' et non plus comme une approche 'alternative', c'est-à-dire proposant 'autre chose' que ce qu'offre la biomédecine.

Des chiropracteurs et de la chiropraxie

La situation de la chiropraxie en Belgique est, quant à elle, très différente de celle de l'ostéopathie. Tout d'abord, le nombre de praticiens est beaucoup plus limité : une petite centaine de chiropracteurs sont enregistrés auprès de l'UBC/BVC, alors que l'on répertorie plus d'un millier d'ostéopathes affiliés à l'une ou l'autre union professionnelle. Les chiropracteurs sont également beaucoup plus isolés à l'égard des autres professionnels de santé, qu'ils ne côtoient pour ainsi dire jamais pour des raisons professionnelles.

En outre, il existe une certaine méfiance, voire un certain dénigrement de la part des autres professionnels de santé à l'égard des chiropracteurs, ces derniers ne bénéficiant ni d'une image très positive dans le public, ni d'une bonne presse dans les médias. L'idée que la chiropraxie est une discipline 'dangereuse' est régulièrement véhiculée par leurs opposants dans les médias et l'*Union* doit régulièrement publier sur son site internet des démentis à l'encontre d'articles de presse ou de reportages qui contribuent à donner de leurs praticiens une image de 'faiseurs d'infirmités'.

De plus, en raison de leur situation 'en marge' du système, ils ne peuvent accomplir une série d'actes auxquels ils ont pourtant été formés pendant leurs études, comme par exemple, prescrire à leurs patients des clichés radiographiques ou d'autres examens complémentaires.

D'un point de vue professionnel cependant, les chiropracteurs forment incontestablement un 'corps' de praticiens beaucoup plus homogènes et unis que les ostéopathes. Malgré les restrictions qui leur sont imposées, les praticiens que nous avons rencontrés considèrent globalement que leur statut actuel n'entrave pas vraiment l'exercice de leur profession et tiennent un discours différent à l'égard des médecins et de la médecine.

Sans entrer très en détail dans les fondements théoriques et philosophiques de la chiropraxie, nous avons vu plus haut que celle-ci remet en question l'approche biomédicale des pathologies de l'appareil locomoteur en lui substituant une théorie fondée, entre autres, sur les concepts de 'déviation vertébrale' (spinal malalignment)⁸⁹, de 'subluxation', d'ajustement (*adjustment*), etc.

De manière plus spécifique, les chiropracteurs contestent la conception biomédicale de la normalité ostéo-articulaire. Ils contestent notamment la conception pathologique que véhicule la biomédecine à l'égard de l'arthrose cervicale, de la scoliose vertébrale, etc. :

« C'est comme le problème de l'arthrose, tout le monde a de l'arthrose, c'est un vieillissement normal. Donc dire au patient qu'il a quelque chose d'anormal parce qu'il a de l'arthrose, c'est une erreur. » (praticien chiro I)

« La scoliose, c'est aussi quelque chose que l'on envoie à la tête des gens, alors que c'est pas ça qui est la cause du mal de dos... » (praticien chiro I).

Les chiropracteurs contestent également l'approche biomédicale des lésions ostéo-articulaires.

« On a une attitude dynamique des lésions ostéo-articulaires. Prenons quelqu'un qui a mal au dos. La médecine classique, elle, va tout bloquer avec un corset pour qu'il n'y ait pas d'irritations. Nous, au contraire, on enlève le corset et on fait tout bouger pour voir s'il y a un problème mécanique, pour que tout redevienne normal. On a donc une approche tout à fait opposée : eux ont une approche d'immobilisation, nous on fait tout bouger. Pour nous, ce qui compte, c'est la fonction. Ce n'est pas décelable par radios, scanners, par résonance magnétique, mais par la palpation. C'est pour cela que l'on a des patients ... parce que les gens ont essayé la médecine classique, qui ne les a mené nulle part. Ils viennent chez nous, on découvre des problèmes fonctionnels, et on les résout... » (praticien chiro I)

- **L'ostéopathie est davantage 'intégrée' que la chiropraxie dans le système de santé, mais pour des raisons étrangères à leurs aspects thérapeutiques : parce qu'elle est enseignée en Belgique et parce que la majorité de ses praticiens sont kinésithérapeutes de formation. Ces deux aspects expliquent en grande partie la disparité entre le nombre d'ostéopathes et de chiropracteurs exerçant dans le pays.**
- **Comme dans d'autre pays, la chiropraxie a fait l'objet d'une construction sociale qui en a produit une image négative. L'idée de la chiropraxie comme médecine 'dangereuse' est encore véhiculée par les médias et par certains médecins.**

4 LA PRATIQUE

4.1 LA PRATIQUE DE L'OSTÉOPATHIE

Durant les mois de juin et juillet 2010, la quasi-totalité des membres des six unions professionnelles d'ostéopathie reconnues en Belgique (n=905) ont été invités à répondre à une enquête en ligne du KCE. Le questionnaire de cette enquête a été élaboré selon le canevas d'enquêtes diffusées dans d'autres pays. Il a été adapté au contexte belge grâce à la collaboration des différentes unions professionnelles. Le taux de réponse s'élève à 50,1%.

4.1.1 Caractéristiques de l'échantillon^v

Environ 50% des membres de chaque association a répondu au questionnaire à l'exception de l'UBO/BUO (32,1%) et de la SBO/BVO (67,4%) (tableau 1). Les répondants sont majoritairement âgés de 40 à 59 ans (52,9%) (tableau 2). Un peu plus d'un quart des répondants (28,4%) sont des femmes (tableau 3).

4.1.2 Résultats

En 2010, l'**ancienneté** moyenne dans la pratique de l'ostéopathie est de 12 ans ; le plus ancien dans la profession dans notre échantillon compte 35 ans de pratique. La profession est composée pour moitié (48,0%) d'ostéopathes ayant plus de dix ans de métier et pour moitié d'ostéopathes formés il y a moins de 10 ans (tableau 4).

Une majorité des ostéopathes **pratique** en Flandre (57,6%), un tiers pratique en Wallonie (28,9%) et 13,5% à Bruxelles (tableau 5). Un ostéopathe sur dix environ (11,3%) pratique dans plus d'une province (tableau 6).

Parmi les ostéopathes, 73,5% exercent uniquement l'ostéopathie (on parle de **pratique exclusive** de l'ostéopathie) et 26,5% exercent une ou plusieurs activités en plus de l'ostéopathie (tableau 8). Parmi ces activités supplémentaires à l'ostéopathie figurent, en premier lieu, la pratique d'autres thérapies alternatives (par 19,4% des ostéopathes) (tableau 8). Parmi eux, certains exercent également la kiné. En les regroupant, tous les ostéopathes qui exercent également la kiné constituent 15,3% de l'ensemble des ostéopathes (tableau 8).

La **pratique en solo** concerne 57,9% des ostéopathes tandis que 29,7% pratiquent en cabinet groupé et 12,4% travaillent à la fois en solo et en cabinet groupé (tableau 9).

Parmi les collègues d'ostéopathes travaillant dans ces cabinets groupés, on trouve en premier lieu d'autres ostéopathes (dans 76,6% des cas) ou/et des kinésithérapeutes (dans 58,5% des cas), mais très peu de chiropracteurs (0,5%) (tableau 10a). La configuration la plus courante est le cabinet regroupant plusieurs ostéopathes en plus d'autres thérapeutes (48,4%) ou pas (28,2%) (tableau 10b).

En reprenant toutes les combinaisons de **patientèles** qui ont été indiquées, 69,7% des ostéopathes ont une patientèle majoritairement constituée d'adultes (>20ans) et 16,3% ont une patientèle majoritairement constituée d'adultes et de bébés (<6 mois) (tableau 11).

Au total, ils sont 24,7% à indiquer les bébés parmi leurs patientèles principales (tableau 12) mais ils sont une minorité à avoir une patientèle de bébés uniquement (1,6%) (tableau 11). Les femmes ostéopathes sont deux fois plus nombreuses que les hommes ostéopathes à indiquer les bébés parmi leurs principales patientèles (38,8% vs 19,2%) (tableau 12). Alors que 71,0% des ostéopathes affirment prendre en charge autant d'hommes que de femmes, 29,0% sont principalement consultés par des femmes. (tableau 13). Il y a à peine plus de femmes ostéopathes que d'hommes ostéopathes qui ont une patientèle principalement féminine (34,4% vs 26,9%) (tableau 24).

^v Les tableaux référencés ici se trouvent dans les annexes 'résultats' correspondantes au chapitre 'La pratique'.

A la question « **comment** les patients arrivent-ils chez vous ? », 73,5% des ostéopathes citent en premier lieu une connaissance du patient (tableau 14a). Le médecin est cité en 2^{ème} lieu par 36,3% des ostéopathes (tableau 14b).

Concernant les **raisons médicales** de consultation en ostéopathie, 57,1% des ostéopathes indiquent que leurs patients les consultent en premier lieu pour des problèmes lombaires et 44,8% indiquent en deuxième lieu les problèmes de nuque (tableau 15). Concernant les **motifs de plainte** tels qu'exprimés par les patients, 54,0% des ostéopathes indiquent que leurs patients les consultent en premier lieu pour des « lumbagos » et 28,0% indiquent en deuxième lieu les « sciatiques » (tableau 25). Les ostéopathes ayant une patientèle principalement féminine sont deux fois plus nombreux à indiquer que leurs patients les consultent en premier lieu pour du stress (13% vs 6,7%) (tableau 26).

Il est possible d'obtenir un **rendez-vous** au plus tôt le jour même chez 10,8% des ostéopathes, au plus tôt dès le lendemain chez 46,8% des ostéopathes et au plus tôt après une semaine chez 33,2% d'entre eux (tableau 16).

Bien que le traitement ostéopathique ne se limite pas à l'utilisation de **techniques**, celles-ci sont les seules parties du traitement objectivables dans un questionnaire.

Les techniques utilisées souvent ou très souvent par les ostéopathes sont par ordre de fréquence (tableau 17):

- les techniques soft-tissue (79,7%),
- les techniques viscérales (77,9%),
- les techniques crânielles (76,8%),
- les techniques articulaires (71,1%),
- l'HVLA (63,4%),
- les techniques myofasciales (61,9%),
- les méthodes fonctionnelles (59,2%),
- les MET (Muscle Energy Techniques) (53,2%),
- les FPR (Facilitated Positional Release) (48,8%),
- les counterstrains (39,2%),
- les triggerpoints (32,9%),
- les techniques de pompe lymphatique (22,4%),
- les réflexes de Chapman (16,4%).

Les femmes ostéopathes sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes ostéopathes à pratiquer souvent ou très souvent l'HVLA (44,4% des femmes vs 63,8% des hommes). Elles sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses que les hommes à pratiquer souvent ou très souvent les techniques crânielles (91,3% des femmes vs 70,8% des hommes) et viscérales (89,6% des femmes vs 71% des hommes) (tableaux 18a, b et c).

Plus de trois quart (77,1%) des ostéopathes font **payer leur consultation** entre 35 et 50 euros, que ce soit une première consultation ou une consultation de suivi (celles-ci ayant une durée équivalente) (tableau 19).

Près de 60,0% des ostéopathes (60,5%) voient maximum 10 **patients par jour** (tableau 20).

Les consultations initiales durent **de 30 minutes à une heure** chez 82,9% des ostéopathes et plus d'une heure chez 15,7% des ostéopathes (tableau 21a). Les consultations de suivi durent au minimum 30 minutes chez 97,2% des ostéopathes (tableau 21b).

Un patient non chronique consulte en général de **1 à 5 fois par an** son thérapeute d'après 88% des ostéopathes (tableau 22).

Trois quarts des ostéopathes pratiquent l'ostéopathie à **temps plein** (74,7%) (tableau 7). Environ quarante pourcent des ostéopathes (42,6%) disent travailler entre 5 et 8 heures par jour et 34,6% travaillent plus de 8 heures par jour (tableau 23).

4.2 LA PRATIQUE DE LA CHIROPRACTIE

Du 15 septembre au 15 octobre de la même année, la quasi-totalité des membres de l'Union Belge de Chiropraxie (UBC) (n=101) ont été contactés pour participer à l'enquête en ligne du KCE. Le questionnaire a été élaboré selon le canevas du questionnaire destiné aux ostéopathes. Il a été adapté au contexte de la chiropraxie belge grâce à la collaboration de l'UBC. Le taux de réponse s'élève à 72,2%.

4.2.1 Caractéristiques de l'échantillon

Plus de la moitié des répondants à l'enquête chiropraxie (54,7%) sont âgés de 30 à 50 ans (tableau 2) et 28,8% des répondants sont des femmes (tableau 3).

4.2.2 Résultats

L'ancienneté moyenne dans la pratique de la chiropraxie est de 15 ans ; le plus ancien dans la profession dans notre échantillon compte 51 ans de pratique. Près de la moitié des chiropracteurs (46,5%) ont moins de dix ans de métier (tableau 4).

Une majorité de chiropracteurs **pratiquent** en Flandre (79,2%), 11,7% en Wallonie et 9,1% à Bruxelles (tableau 5). Un chiropracteur sur quatre environ (24,7%) pratique dans plus d'une province (tableau 6).

Parmi l'ensemble des chiropracteurs, 82,9% exercent **uniquement la chiropraxie**. Ceux qui exercent une profession en plus de la chiropraxie se répartissent globalement entre ceux qui exercent seulement la kinésithérapie en plus (7,1%) et ceux qui exercent d'autres thérapies alternatives en plus (8,6%) (tableau 8).

Près d'un chiropracteur sur cinq (19,2%) exerce d'autres activités dans le domaine de la chiropraxie, principalement dans la recherche et l'enseignement (15,1%) (tableau 7b).

Près de la moitié des chiropracteurs pratique en **cabinet groupé** (45,8%), la même proportion travaille en solo. Quelques chiropracteurs combinent ces deux modes d'exercice (8,3%) (tableau 9). Dans 87,8% des cas, les cabinets groupés sont constitués de plusieurs chiropracteurs en plus d'autres thérapeutes (14,6%) ou pas (73,2%) (tableau 10b).

Presque tous les chiropracteurs (97,2%) ne prennent principalement en charge que des **adultes** (tableau 11). Seuls 9,7% des chiropracteurs sont principalement consultés par des femmes (tableau 13).

A l'instar des ostéopathes, 80,5% des chiropracteurs citent en première position une connaissance du patient comme principale **source de référence** vers leur cabinet (tableau 14a). Ils sont 41,6% à citer en deuxième position un médecin (tableau 14b).

Concernant les **raisons médicales de consultation** en chiropraxie, 72,2% des chiropracteurs citent en premier lieu les problèmes lombaires comme principal motif de consultation et en deuxième lieu les problèmes de nuque (43,0%) ou les problèmes de bassin (pelvis) (37,5%) (tableau 15). Concernant les **motifs de plainte** tels qu'exprimés par les patients, 63,3% des chiropracteurs indiquent que leurs patients les consultent en premier lieu pour des « lumbagos » et 35,7% indiquent en deuxième lieu les « sciatiques » (tableau 25).

Il est possible d'obtenir un **rendez-vous** au plus tôt le jour même chez 24,3% des chiropracteurs, au plus tôt dès le lendemain chez 57,1% des chiropracteurs et au plus tôt après une semaine chez 12,9% d'entre eux (tableau 16).

Les **techniques** utilisées souvent ou très souvent par les chiropracteurs sont par ordre de fréquence (tableau 17) :

- HVLA (99%)
- Peripheral Manip (79%)
- Counseling (75%)
- Triggerpoints (68%)
- Exercices (58%)
- Manip Activator (42%)
- Manip Pelvic block (40%)
- Mobilization (38%)
- Coxflexion (32%)
- Crossfriction (26%)
- Applied kinesiology^w (22%)
- PNFstretching (proprioceptive neuromuscular facilitation stretching) (19%)
- Nutritional Supplementation (16%)
- Isometric/isotonic contractions (14%)
- Dry needling (3%)

Le **coût de la consultation** initiale d'un patient varie entre 35 et 50 euros chez 79,2% des chiropracteurs. Le coût d'une consultation de suivi est inférieur à 35 euros chez 30,6% des chiropracteurs. Ces consultations de suivi ne dépassent pas 50 euros chez les chiropracteurs (tableau 19).

Plus de 70% des chiropracteurs (73,6%) voient **minimum dix patients par jour** (tableau 20).

Les consultations initiales durent **de 30 minutes à une heure** chez 79,5% des chiropracteurs, voire moins de 30 minutes chez 19,2% des chiropracteurs (tableau 21a). Les consultations de suivi durent au maximum 30 minutes chez 93,7% des chiropracteurs (tableau 21b).

Un patient non chronique **consulte en général de 4 à 6 fois par an** son thérapeute, d'après 60% des chiropracteurs (tableau 22).

Presque tous les chiropracteurs pratiquent la chiropraxie à temps plein (95,8%) (tableau 7a). A peu près deux sur trois (61,6%) travaillent entre 5 et 8 heures par jour et 27,4% au-delà de 8 heures par jour (tableau 23).

^w Technique diagnostique fondée sur l'évaluation et l'examen de la force, ou de la puissance musculaire.

Messages clés

- **Un ostéopathe pratique en moyenne depuis 12 ans ; un chiropracteur depuis 15 ans.**
- **Un quart des ostéopathes (26,5%) et 19,4% des chiropracteurs pratiquent également d'autres activités thérapeutiques . Ce sont avant tout d'autres médecines alternatives qui sont pratiquées.**
- **La pratique en cabinet groupé concerne environ 45% des ostéopathes et des chiropracteurs. Le cabinet réunit avant tout des collègues de la même profession mais aussi, principalement chez les ostéopathes, des kinésithérapeutes. L'interdisciplinarité est moins fréquente dans les cabinets groupés des chiropracteurs par rapport à ceux des ostéopathes.**
- **Les adultes sont les patients principaux des ostéopathes et des chiropracteurs. Néanmoins, un ostéopathe sur quatre (24,7%) indique également les bébés parmi ses principaux patients et 30% des ostéopathes se disent principalement consultés par des femmes.**
- **C'est une connaissance du patient qui est la principale source de référence vers le cabinet de l'ostéopathe ou du chiropracteur.**
- **Les problèmes de dos sont les motifs de consultation les plus fréquemment invoqués en ostéopathie et plus encore en chiropraxie.**
- **Les délais d'attente avant d'avoir un rendez-vous sont un peu moins longs chez les chiropracteurs par rapport aux ostéopathes.**
- **Les techniques HVLA sont souvent ou très souvent pratiquées par les chiropracteurs (99%) mais elles sont nettement devancées par les techniques soft-tissues (79,7%), viscérales (77,9%) et crânielles (76,8%) chez les ostéopathes.**
- **Les chiropracteurs voient beaucoup plus de patients par jour que les ostéopathes. Leurs consultations durent beaucoup moins longtemps alors qu'un prix relativement semblable est pratiqué.**

5 ASPECTS ORGANISATIONNELS ET LÉGAUX

5.1 CADRE LÉGAL BELGE ET EUROPÉEN

5.1.1 Introduction

Le présent chapitre détaille le cadre légal belge et européen dans lequel les pratiques non conventionnelles peuvent ou non être exercées.

5.1.1.1 *Structure du chapitre*

Les points 5.1.2 à 5.1.5 présentent le contexte légal belge, tant pour les pratiques conventionnelles que non conventionnelles. Outre l'Arrêté Royal n°78 (points 5.1.2.1 à 5.1.2.6), la loi Colla est également examinée, en portant une attention particulière à la *ratio legis* (point 5.1.3.1) et à l'état actuel de la situation (point 5.1.3.2). En son point 5.1.4, le présent chapitre analyse les interactions entre l'Arrêté Royal n°78 et la loi Colla, ainsi que les conséquences de l'exercice (non) conventionnel des soins de santé (point 5.1.5). Enfin, le point 5.1.6 se penche sur l'exercice de la médecine non conventionnelle dans le contexte européen. Il présente en outre un bref tour d'horizon du contexte légal aux Pays-Bas, en France et en Grande-Bretagne.

5.1.1.2 *Méthodologie*

Dans cette analyse de la législation, de la doctrine et de la jurisprudence, tant les bases de données en ligne Juridat et Jura que les sites Internet officiels des cours et tribunaux belges et étrangers ont été consultés. La doctrine et la jurisprudence telles que publiées dans les grandes revues juridiques, comme la Revue de Droit de la Santé et le Rechtskundig Weekblad, ont également été consultées. Pour ce qui concerne la jurisprudence non publiée, les parties concernées ont été contactées afin de pouvoir consulter la jurisprudence en question, ainsi que l'autorisation de la traiter de manière anonyme. Enfin, les principaux ouvrages de référence des experts de ce domaine ont aussi été consultés.

5.1.2 L'exercice des soins de santé conventionnels en Belgique aux termes de l'Arrêté Royal n°78

La description de l'exercice des soins de santé conventionnels se trouve principalement dans l'Arrêté Royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Par facilité, cet Arrêté Royal sera dénommé ci-après 'l'Arrêté Royal n°78'.

5.1.2.1 *L'exercice de l'art de guérir*

L'Arrêté Royal n°78 établit une distinction entre l'art de guérir et la médecine. Par 'art de guérir', l'Arrêté Royal entend l'art médical, en ce compris l'art dentaire, exercé à l'égard d'êtres humains, et l'art pharmaceutique, sous leurs aspects (préventifs ou expérimentaux), curatifs, continus et palliatifs.⁹⁰ Les médecins, les dentistes et les pharmaciens pratiquent donc l'art de guérir.

5.1.2.2 *L'exercice de la médecine*

Par exercice de la *médecine*, l'Arrêté Royal entend tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé, soit la vaccination. En Belgique, le législateur a choisi de conférer aux médecins le monopole légal de la médecine. Peuvent pratiquer la médecine, les seules personnes qui répondent aux conditions définies, à savoir être titulaires d'un diplôme adéquat, avoir obtenu le visa de la Direction générale des professions de santé du SPF Santé publique et être inscrites à l'ordre des médecins. Ce monopole possède un caractère exclusif.

En d'autres termes, seuls les médecins sont habilités à exercer la médecine, à l'exclusion de toute autre personne. Cette règle ne souffre que deux exceptions, à savoir les accoucheuses et les dentistes, qui sont également habilités à exercer la médecine, mais chacun dans leur domaine spécifique. Par ailleurs, ce monopole des médecins possède également un caractère général, en ce sens que chaque médecin est habilité à poser tous les actes médicaux, quelle que soit son éventuelle (sous-)spécialisation.⁹¹

5.1.2.3 *L'exercice de la kinésithérapie*

L'exercice de la kinésithérapie est également soumis à des conditions légales, à savoir être porteur d'une reconnaissance délivrée par le ministre de la Santé publique et avoir fait viser son diplôme par la Direction générale des professions de santé du SPF Santé publique. L'exercice de la kinésithérapie n'est pas réservé exclusivement aux kinésithérapeutes, mais il est également ouvert aux médecins (même sans reconnaissance spécifique pour ce faire). À l'inverse, en revanche, les kinésithérapeutes ne sont pas autorisés à exercer la médecine. En outre, un kinésithérapeute ne peut exercer la kinésithérapie sans prescription d'un médecin, faute de quoi il se rendrait coupable d'exercice illégal de la médecine, pour autant que cet exercice soit pratiqué sur base régulière.⁹¹ La constatation d'une base 'régulière' est laissée à l'appréciation du juge de fond. Certains juges ont déjà considéré que la base est 'régulière' à partir de deux ou trois actes (ex. Cass., 20 septembre 1937, Gand, 2 février 1965). D'autre part, il a déjà été jugé que la base régulière ne doit pas être considérée de manière mathématique, mais bien en fonction des circonstances et des spécificités de chaque cas. Dans cette optique, la base est considérée comme régulière lorsque les actes ne sont ni exceptionnels, ni accidentels (Corr. Namur, 13 octobre 1982).⁹¹

5.1.2.4 *L'exercice de l'art infirmier*

L'exercice de l'art infirmier est également soumis à plusieurs conditions légales, à savoir être porteur du titre requis, avoir fait reconnaître ce titre et en avoir obtenu le visa de la Direction générale des professions de santé du SPF Santé publique. En outre, le législateur a subdivisé les actes ne pouvant être posés que par le personnel infirmier en actes A, B1, B2 et C.⁹¹

5.1.2.5 *L'exercice des professions paramédicales*

L'exercice des professions paramédicales est également régi par la loi. Plusieurs arrêtés royaux ont décrit précisément l'exercice de ces professions, les titres professionnels requis, les qualifications obligatoires, la liste des actes et pratiques pouvant être effectués par les praticiens de ces professions, ainsi que leurs modalités. Par 'professions paramédicales', la loi entend les professions suivantes:

technicien de laboratoire médical, logopède, ergothérapeute, bandagiste, orthésiste, prothésiste, diététicien, technicien en imagerie médicale, assistant technicien pharmaceutique, orthopédiste et podologue. Les praticiens d'une profession paramédicale doivent également disposer d'un titre professionnel ayant été visé par la Direction générale des professions de santé du SPF Santé publique. Lors de l'octroi du visa, cette commission procède à l'enregistrement du praticien.⁹¹

5.1.2.6 *L'exercice de la profession d'accoucheuse*

Au titre d'exception au monopole exclusif de l'exercice de la médecine qui est conféré aux médecins, les titulaires du diplôme d'accoucheuse sont autorisées à effectuer l'acte médical d'accouchements normaux⁹¹, à la condition que leur titre ait été préalablement visé par la commission médicale compétente. En outre, le législateur énumère les activités que l'accoucheuse peut effectuer seule, ainsi que les actes qu'elle ne peut poser.

Messages clés: L'exercice des soins de santé conventionnels en Belgique aux termes de l'Arrêté Royal n°78

- Par 'exercice des soins de santé conventionnels', l'Arrêté Royal n°78 entend l'exercice de l'art de guérir, de la médecine, de la kinésithérapie, de l'art infirmier, des professions paramédicales et de la profession d'accoucheuse.
- Chacune de ces formes d'exercice des soins de santé conventionnels est soumise à des conditions spécifiques.

5.1.3 L'exercice de la médecine non conventionnelle en Belgique

5.1.3.1 La loi Colla

La structure de la loi

Une étape marquante vers la reconnaissance de l'exercice de (certaines formes de) médecine non conventionnelle a été franchie avec la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales (M.B. du 24 juin 1999). Pour des raisons de facilité, cette loi sera dénommée ci-après 'la loi Colla'.

La loi Colla est une loi-cadre succincte qui ne se compose que d'un nombre restreint d'articles: article 1 (référence à l'article 78 de la Constitution), article 2 (définitions, installation des chambres), article 3 (commission paritaire), article 4 (effets de certains arrêtés royaux), article 5 (commission paritaire), article 6 (chambres), article 7 (procédure), article 8 (enregistrement individuel), articles 9 et 10 (devoir d'information), article 11 (dispositions pénales) et article 12 (entrée en vigueur de certains articles).

La raison d'être de la loi

Eu égard au fait que, d'une part, de très nombreuses personnes dans le monde entier ont massivement recours aux services de certaines pratiques non conventionnelles et que, d'autre part, plusieurs pays de l'Union européenne avaient déjà entrepris une démarche réglementaire en la matière, il était grand temps d'engager le débat relatif à l'enregistrement des pratiques non conventionnelles. En raison de l'absence de réglementation spécifique en Belgique, n'importe qui pouvait jusqu'alors pratiquer diverses formes de traitement, et ce sans la moindre garantie de qualité ni de formation. On a également estimé que certaines pratiques non conventionnelles étaient étayées par des fondements suffisants pour justifier la mise en place d'un cadre légal. Ce cadre avait pour but de définir des règles garantissant au patient des soins de qualité. Le résultat de cette démarche est un double système d'enregistrement, tant pour les pratiques non conventionnelles que pour leurs praticiens. La loi-cadre définit les conditions de base d'instauration des deux systèmes d'enregistrement. L'enregistrement d'une pratique non conventionnelle a pour effet de la faire entrer dans le cadre légal de la loi Colla, avec à la clé des garanties pour les patients.⁹² L'enregistrement individuel garantit aux patients que le praticien en question satisfait aux conditions générales applicables à l'exercice des pratiques non conventionnelles, ainsi qu'aux conditions particulières applicables à son enregistrement individuel. Grâce à ce dispositif, les patients ont la certitude de s'adresser à un praticien compétent. Il est également important par rapport au praticien individuel, qui voit ainsi sa pratique non conventionnelle échapper à l'exercice illégal de la médecine, et qui peut désormais exercer en parfaite légalité, pour autant bien sûr qu'il se conforme aux règles en vigueur.

Pratiques non conventionnelles

La loi Colla définit les pratiques non conventionnelles comme la pratique habituelle d'actes ayant pour but d'améliorer et/ou de préserver l'état de santé d'un être humain et exercée selon les règles et conditions stipulées dans la présente loi. La loi considère l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture comme des pratiques répondant à cette définition. Par ailleurs, la loi stipule que d'autres pratiques pourraient être considérées comme telles à l'avenir, à la condition que le Roi institue des chambres à cet effet.

La commission paritaire

La loi Colla stipule qu'une commission paritaire 'pratiques non conventionnelles' doit être instituée auprès du ministre de la Santé, cette commission étant appelée à jouer un rôle primordial dans l'application de la loi.

Cette commission paritaire se compose de plusieurs chambres. Plus particulièrement, la loi Colla prévoit une chambre pour chacune des pratiques non conventionnelles, à savoir l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture.

Dans les six mois de sa constitution, la commission paritaire est tenue de formuler un avis relatif aux conditions générales applicables à l'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles. Cet avis porte notamment sur l'assurance professionnelle et la couverture minimale, l'appartenance à une organisation professionnelle reconnue, un système d'enregistrement, un système de publicité (permettant au public d'avoir connaissance des pratiques enregistrées et des praticiens enregistrés), la liste d'actes non autorisés pour les praticiens non médecins. Les conditions générales sont déterminées par le Roi sur la base de cet avis, par arrêté délibéré en Conseil des ministres. Ce n'est que quand cet avis aura été formulé que la loi pourra être concrètement appliquée.⁹³

Outre les conditions générales, la commission devra également formuler un avis quant à l'enregistrement des pratiques non conventionnelles et à l'enregistrement individuel des praticiens.

La composition de la commission paritaire et les conditions dans lesquelles elle peut émettre un avis sont définies par la loi. Jusqu'à présent (fin 2010), ces dispositions n'ont pas encore été mises en œuvre.

Les chambres pour les pratiques non conventionnelles

La loi Colla instaure une chambre pour chacune des quatre pratiques non conventionnelles qu'elle reconnaît (l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture). En outre, le Roi est habilité à installer à l'avenir des chambres additionnelles pour d'autres pratiques non conventionnelles. Il peut procéder à cette installation de sa propre initiative ou à la demande des organisations professionnelles concernées qui sont reconnues. Il s'agit en l'occurrence d'organisations professionnelles de praticiens d'une pratique pouvant entrer en ligne de compte pour la qualification au titre de pratique non conventionnelle et qui sont reconnues par le Roi sur la base de critères définis par Lui relatifs à la personnalité juridique, à la liste des membres et à l'engagement à participer à la recherche scientifique et à une évaluation externe.

Les chambres ont pour mission d'émettre un avis lors de l'enregistrement d'une pratique non conventionnelle, ainsi que lors de l'enregistrement individuel d'un de ses praticiens. Chaque chambre définit en outre les directives relatives au bon exercice de la pratique en question et conseille le ministre en matière d'organisation d'un système de révision par les pairs et des règles de déontologie professionnelle.

La composition des chambres et les modalités du vote sont définies par la loi.

La procédure

Pour ce qui concerne les modalités de procédure à suivre par la commission paritaire et par les chambres, la loi Colla stipule uniquement qu'il appartient au Roi de fixer les autres dispositions relatives à l'organisation et au mode de travail de la commission paritaire et des chambres, ce qui n'a pas encore été fait jusqu'à présent.

Les conditions d'exercice d'une pratique non conventionnelle enregistrée

Comme indiqué ci-avant, il faut d'abord attendre l'avis de la commission paritaire quant aux conditions générales applicables à l'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles. Sur la base de cet avis, le Roi définira ensuite ces conditions générales par arrêté délibéré en Conseil des ministres. Ce n'est qu'à ce moment que la loi Colla pourra être effectivement appliquée.

En outre, il convient d'instaurer *un enregistrement individuel des praticiens* des pratiques non conventionnelles enregistrées. En vertu de la loi Colla, personne ne peut exercer une des pratiques non conventionnelles enregistrées, ni poser des actes faisant partie de cette pratique, sans être préalablement enregistré. L'enregistrement est accordé par le ministre, sur avis de la chambre concernée, pour autant que le candidat satisfasse aux conditions générales, ainsi qu'aux conditions spécifiques à sa pratique non conventionnelle enregistrée. La loi Colla prévoit les procédures à suivre, mais leur mise en application par le Roi doit encore intervenir.

Pour ce qui concerne l'enregistrement individuel, la loi Colla stipule qu'il peut être suspendu ou retiré, comme sanction en cas de non-respect par le praticien des dispositions de la loi ou de ses arrêtés d'exécution. La suspension (d'une durée maximale d'une année) ou le retrait de l'enregistrement individuel est ordonné par le ministre, sur proposition de la chambre concernée. Ici aussi, la loi prévoit une procédure qui doit encore être mise en œuvre par le Roi (ainsi, la loi en elle-même ne prévoit pas de procédure d'appel).⁹⁴

En outre, la loi Colla prévoit des sanctions en cas d'exercice d'une des pratiques non conventionnelles, ou de dispense des traitements habituels en relation avec une de ces pratiques non conventionnelles enregistrées, sans être enregistré ou lorsque l'enregistrement a été suspendu ou retiré. Ces infractions sont passibles d'une amende et/ou d'une peine d'emprisonnement.

Obligations dans le chef des praticiens d'une pratique non conventionnelle enregistrée

La loi Colla impose une *obligation d'information* à tous les praticiens d'une pratique non conventionnelle enregistrée.

Cette obligation porte tout d'abord sur la tenue d'un *dossier* pour chaque patient. Aucune sanction spécifique n'a été définie en cas de non-respect de cette obligation, ce qui n'empêche qu'il puisse justifier une suspension ou un retrait de l'enregistrement individuel.⁹³

Conformément à la loi Colla, un praticien d'une pratique non conventionnelle enregistrée ne peut entamer un traitement à l'égard d'un patient qu'après avoir reçu un *diagnostic récent* relatif à sa plainte, établi par écrit par un médecin. Cette obligation n'est faite qu'aux praticiens qui ne sont pas également médecins. Le patient est toutefois autorisé à ne pas consulter un médecin préalablement. Dans ce cas, il doit confirmer cette volonté par écrit, ce document étant ensuite joint à son dossier. Le non-respect de cette obligation peut non seulement être passible du retrait ou de la suspension de l'enregistrement individuel, mais aussi d'une sanction (sous la forme d'une amende). Par ailleurs, il ressort des travaux parlementaires préparatoires que le non-respect de cette obligation par un praticien non-médecin ne l'exonère pas de sa propre responsabilité. Le praticien non conventionnel reste en effet responsable de l'indication du traitement qu'il envisage d'entamer, sans qu'il puisse donc s'exonérer ultérieurement de sa responsabilité sous le seul prétexte d'un diagnostic (erroné) d'un médecin.⁹⁵

Une autre obligation qui est faite au praticien d'une pratique non conventionnelle enregistrée est le *devoir de précaution*. En vertu de cette obligation, le praticien doit prendre toutes les précautions voulues pour éviter que son patient soit privé d'un traitement conventionnel. Il ressort des travaux parlementaires préparatoires qu'il ne s'agirait ici que des traitements indispensables au patient. Ainsi, le praticien devrait par exemple attirer l'attention du patient sur la nécessité, le cas échéant, de consulter un médecin.⁹⁵

Dans le cadre de ce devoir de précaution, le praticien d'une pratique non conventionnelle enregistrée qui n'est pas lui-même médecin est tenu d'*informer* un médecin, à la demande de celui-ci, de l'évolution de la santé de son patient. Cet échange d'informations ne peut toutefois avoir lieu sans l'accord du patient. Par ailleurs, ce praticien peut également fournir ou obtenir des informations à un autre praticien d'une pratique non conventionnelle enregistrée. Enfin, la loi Colla stipule aussi qu'un médecin peut également solliciter de sa propre initiative des informations relatives à l'évolution de la santé de son patient auprès du praticien non-médecin d'une pratique non conventionnelle, et ce uniquement dans l'intérêt du patient et avec son accord. On remarquera que la loi Colla n'évoque que l'*évolution de la santé* du patient, et non par exemple le traitement choisi.⁹³

La loi Colla mentionne en outre explicitement l'applicabilité de l'article 458 du Code pénal (*secret professionnel*) au praticien non-médecin d'une pratique non conventionnelle enregistrée.

L'applicabilité de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient aux praticiens d'une pratique non conventionnelle enregistrée est examinée au point 5.1.5.2.

5.1.3.2 *La loi Colla aujourd'hui*

Le choix d'une loi-cadre

Lors de l'élaboration de la loi Colla, le législateur a opté pour une loi-cadre. Cette loi-cadre a pour finalité d'offrir aux patients des garanties d'ordre général et de diverses natures, avant une formulation plus détaillée des conditions concrètes en matière de formation, d'évaluation, de déontologie, d'enregistrement des praticiens, etc. Comme il n'a semblé ni possible ni souhaitable que les pouvoirs publics assument eux-mêmes cette tâche de formulation détaillée, le législateur a opté pour une loi-cadre, qui définit principalement la procédure à suivre. L'élément central de cette loi-cadre est l'instauration d'une commission paritaire, au sein de laquelle tant la médecine classique que les pratiques de soins alternatives sont représentées, qui est chargée de déterminer quelles pratiques non conventionnelles peuvent entrer en ligne de compte pour un agrément, et surtout de définir les conditions auxquelles leur exercice doit être soumis.⁹⁶

Entrée en vigueur

Pour savoir à quelle date la loi Colla est entrée en vigueur, il faut établir une distinction entre les articles 3, 8, 9, 10 et 11 et les autres articles. Là où les articles 3 (commission paritaire), 8 (enregistrement individuel), 9 (obligations), 10 (relation avec l'Arrêté Royal n°78) et 11 (dispositions pénales n'entreront en vigueur que six mois après le premier jour du mois qui suit la prise d'effet de la nomination des membres de la commission paritaire, les autres articles sont déjà entrés en vigueur le 4 juillet 1999.

Les arrêtés d'exécution

Plus de dix ans plus tard, quatre arrêtés d'exécution de la loi Colla ont été pris. Tous portent sur l'article 2, §1, 3°, à savoir la reconnaissance des organisations professionnelles.

Le *premier arrêté d'exécution* est l'Arrêté Royal du 4 juillet 2001 relatif à la reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle (M.B. du 19 janvier 2002).

Cet Arrêté Royal définit les conditions auxquelles une organisation professionnelle doit satisfaire pour obtenir et conserver la reconnaissance en tant que pratique non conventionnelle. Cette reconnaissance est accordée par Arrêté Royal pour une période renouvelable de six années. Les modalités de l'introduction d'une demande en reconnaissance sont définies par le ministre compétent en matière de Santé. Le ministre a précisé ces modalités par le biais de l'arrêté ministériel du 30 septembre 2002 portant définition des modalités de demande de reconnaissance en tant qu'organisation professionnelle de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle (M.B. du 5 décembre 2002).

Le *deuxième arrêté d'exécution* est l'Arrêté Royal du 10 février 2003 portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle (M.B. du 26 février 2003). Par le biais de cet Arrêté Royal, dix organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle ont été reconnues.

Le *troisième arrêté d'exécution* est l'Arrêté Royal du 10 novembre 2005 portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle (M.B. du 9 décembre 2005). Par le biais de cet Arrêté Royal, deux nouvelles organisations professionnelles ont été reconnues.

Le *quatrième et dernier arrêté d'exécution* est l'Arrêté Royal du 6 avril 2010 portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle (M.B. du 12 avril 2010). Par le biais de cet Arrêté Royal, neuf organisations professionnelles ont vu leur reconnaissance reconduite et deux nouvelles organisations de praticiens d'une pratique non conventionnelle ont été reconnues.

Les conséquences de l'exécution restreinte

La loi Colla ne peut pas être appliquée pour l'instant parce qu'elle n'a pas encore été suffisamment exécutée.

La commission paritaire chargée d'émettre des avis concernant les conditions générales d'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles, leur enregistrement et les conditions d'enregistrement individuel n'étant pas encore constituée, cette commission n'a pas encore pu commencer ses travaux. Cette situation a notamment pour conséquence que les praticiens d'une pratique non conventionnelle (tels qu'un ostéopathe, un chiropraticien, un acupuncteur ou un homéopathe) qui ne sont pas médecin ne sont pas autorisés, à l'heure actuelle, à poser des actes relevant de la médecine. S'ils ne se conforment pas à cette interdiction, ils se rendent coupables d'exercice illégal de la médecine, qui est punissable par la loi. Certains professionnels comme les kinésithérapeutes peuvent cependant pratiquer sur prescription médicale certains traitements qui se retrouvent également dans des CAM.

Par ailleurs, le patient reste également dans l'attente dans le domaine des garanties de qualité lors de l'exercice d'une pratique non conventionnelle car, à l'heure actuelle, pratiquement n'importe qui peut exercer une pratique non conventionnelle sans avoir bénéficié de la moindre formation.

La condamnation de l'État belge

C'est précisément en raison de la non-exécution de la loi Colla que l'association professionnelle 'Le Registre des Ostéopathes de Belgique' a assigné l'État belge en mai 2008 devant le tribunal de première instance de Bruxelles. En date du 22 janvier 2010, ce dernier a rendu un jugement condamnant l'État belge. Le tribunal a considéré que l'État belge est en défaut, pour cause de non-exécution de la loi Colla dans un délai raisonnable. Ce défaut engendre un préjudice dans le chef de tiers, et notamment des associations professionnelles, et porte atteinte à l'honneur et à la réputation de l'organisation professionnelle et de ses membres. En l'occurrence, il n'y aurait pas eu de préjudice si la commission paritaire avait été constituée et si elle avait donc été en mesure de faire son travail, conformément aux dispositions de la loi Colla.

Un dédommagement *in natura* ayant été requis, le tribunal a condamné l'État belge à constituer la commission paritaire comme le prévoit la loi Colla, conformément aux prescriptions légales, sous peine d'une astreinte de 5.000 euros par mois de défaut après un délai de trois mois suivant la notification du jugement. Depuis Juin 2010, l'Etat doit verser mensuellement 5 000 euros d'astreinte à deux associations d'ostéopathes.

Quelques points d'attention quant à l'exécution de la loi « Colla »

Un certain nombre d'éléments rendent difficile l'exécution de la loi Colla.

LA COMPOSITION DE LA COMMISSION PARITAIRE

La commission paritaire doit en effet être composée notamment de 'praticiens d'une pratique non conventionnelle' (art. 5). Il n'est pas précisé dans l'art. 5 si ces membres doivent être enregistrés individuellement. La loi ne donne pas non plus de définition de ce qu'est un « praticien d'une pratique non conventionnelle ». En conséquence il n'est pas clair si la loi requiert pour la première composition de la commission paritaire que ces praticiens soient enregistrés.

La loi précise bien que nul ne peut exercer une pratique non conventionnelle sans avoir fait l'objet d'un enregistrement (Art. 8 §1). De plus la règle est telle que l'exercice professionnel d'une pratique non conventionnelle par un non-médecin revient à un exercice illégal de la médecine, ce qui est punissable (bien que la jurisprudence récente tende à tempérer cette position et que certaines pratiques non conventionnelles peuvent se retrouver dans des pratiques qui sont légalement autorisées pour les kinésithérapeutes, sur prescription médicale)⁹⁰. Si on maintient l'interprétation comme quoi un enregistrement individuel n'est pas nécessaire pour pouvoir rassembler une première fois la commission paritaire, il est possible que certains membres de cette commission exercent la médecine de manière illégale. Afin d'être conforme avec la législation actuelle (la loi Colla et l'arrêté royal n° 78) la commission paritaire ne pourrait être composée que de médecins. Ceci irait tout à fait à l'encontre du caractère 'paritaire' tel qu'il est établi dans la loi. En outre, demeure le problème que les médecins qui pratiquent également une pratique non conventionnelle et qui siègent dans la commission paritaire comme « praticien d'une pratique non conventionnelle », doivent aussi en tant que médecins satisfaire aux conditions de la loi Colla et doivent donc être également enregistrés individuellement.

Si on accepte qu'un enregistrement individuel est nécessaire pour une première constitution de la commission paritaire, un problème apparaît puisque un enregistrement individuel est seulement possible à condition que soit établies les conditions d'enregistrement par arrêté royal. Cet arrêté royal reprenant les conditions d'enregistrement n'est possible que moyennant l'avis de la commission paritaire. Mais cette commission paritaire ne pourra être constituée, tant qu'il ne pourrait pas exister de praticiens (enregistrés) d'une pratique non conventionnelle. Par cette interprétation, une révision de la loi serait donc nécessaire afin de briser le cercle vicieux^{97, 98}. La composition de la commission paritaire sans modification préalable de la loi implique un risque potentiel, tel que la contestation juridique de la composition de la commission paritaire (en ce y compris toutes les décisions de cette commission paritaire qui ont des conséquences juridiques).

CONFIRMATION PAR LA LOI DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 6 AVRIL RECONNAISSANT LES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES DES PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES OU D'UNE PRATIQUE QUI PEUT ENTRER EN CONSIDÉRATION POUR ÊTRE QUALIFIÉE DE PRATIQUE NON CONVENTIONNELLE

Il semble propre à une loi-cadre qu'elle s'accompagne toujours d'un travail d'exécution de longue haleine. La mise en application intégrale de la loi dépend toujours de la promulgation de multiples arrêtés. En outre, plusieurs arrêtés d'exécution doivent être entérinés a posteriori par le Parlement.

L'Arrêté Royal du 6 avril 2010 illustre ceci tenant compte de la reconnaissance des associations professionnelles d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique qui peut entrer en considération pour être qualifiée de pratique non conventionnelle⁹⁹. La reconnaissance des unions professionnelles est nécessaire à la constitution de la commission paritaire. La confirmation par la loi de cet arrêté royal a eu lieu le 19 novembre 2010.

L'Arrêté Royal ne peut en effet suivant la loi Colla entrer en exécution s'il n'est pas entériné par la loi avant 6 mois révolus après la publication de celui-ci dans le moniteur belge.

Dans ce cas-ci, l'Arrêté Royal du 6 avril 2010 a été publié au Moniteur belge du 12 avril 2010. Cela signifie – pour être applicable – qu'il devait être entériné par la Chambre et le Sénat au plus tard le 12 octobre 2010. Etant donné que l'entérinement date du 19 novembre 2010, celui-ci arrive trop tard.

On pourrait argumenter que le législateur ne peut pas en principe engager ses successeurs. En conséquence, un nouveau législateur doit pouvoir décider de faire ratifier la loi lui-même après ce terme de 6 mois. Ce raisonnement pose cependant la question si un tel procédé est conforme avec le principe d'égalité (art. 10 et 11 de la Constitution), principe général selon lequel chaque citoyen a (légalement) les mêmes droits et doit être traité de la même façon. On peut se demander si le fait de changer la règle générale par une application légale individuelle ne porte pas préjudice au fait que chaque citoyen aux yeux de l'état a le droit à une même application de la loi ? Ici en effet, en ratifiant la reconnaissance individuelle des unions professionnelles après le terme de 6 mois, le législateur s'est éloigné de la règle générale. Les membres des unions professionnelles qui seront reconnus à l'avenir n'ont donc pas de garantie légale quant au délais dans lequel leur « AR de reconnaissance » sera confirmé par la loi.

La conséquence d'une ratification tardive est que l'Arrêté Royal concerné ne peut être exécuté et les suites juridiques ne peuvent donc avoir lieu (telle que la désignation des chambres).

Une solution possible serait de publier à nouveau l'Arrêté Royal et qu'il soit (bien) entériné dans les 6 mois.

INTÉGRER LÉGISLATION ET PRATIQUE

L'exécution de la loi Colla est en outre compliquée par le fait que les pratiques non conventionnelles se sont développées depuis 1999 et qu'elles connaissent depuis lors une croissance ininterrompue, sans que cette croissance semble être affectée par l'absence d'évolution du cadre légal. Ainsi, l'acupuncture est désormais enseignée dans plusieurs facultés de médecine, l'ULB propose un cycle de formation en ostéopathie, et diverses prestations sont dorénavant remboursées par les mutuelles dans le cadre de l'assurance complémentaire. Ces évolutions doivent faire l'objet d'une analyse attentive avant la mise en œuvre de la loi-cadre¹⁰⁰. La législation et la pratique évoluent chacune à leur rythme, ce qui complique l'opération de rattrapage législatif.

L'exécution de la loi n'est en outre pas facilitée par les contextes très différents des diverses pratiques. Ainsi par exemple, la loi stipule que la moitié des membres d'une chambre est constituée des praticiens de pratiques non conventionnelles concernées qui sont proposés par **une** union professionnelle. Lorsqu'il existe plusieurs unions professionnelles, comme c'est le cas pour les osteopathes, la possibilité de présenter un membre devrait être offerte à **toutes** les unions professionnelles.

Messages-clés: l'exercice de la médecine non conventionnelle en Belgique

- **La loi Colla du 29 avril 1999 est une loi-cadre qui régit, par le biais d'un nombre restreint d'articles, l'exercice de la médecine non conventionnelle en Belgique.**
- **La loi Colla a pour ambition de fixer des règles de nature à garantir au patient des soins de qualité. Cette garantie passe essentiellement par un double système d'enregistrement: l'enregistrement des pratiques non conventionnelles et l'enregistrement individuel du praticien.**
- **La loi Colla contient la description d'une pratique non conventionnelle et considère l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture comme telles.**
- **Une commission paritaire doit être constituée. Cette commission est appelée à jouer un rôle clé dans l'exécution de la loi Colla. Elle est notamment chargée d'émettre un avis relatif aux conditions générales régissant l'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles et les conditions auxquelles les praticiens de pratiques non conventionnelles doivent satisfaire pour pouvoir être enregistrés individuellement.**
- **Une chambre est constituée pour chacune des pratiques non conventionnelles reconnues. Ces chambres émettent des avis lors de l'enregistrement d'une pratique non conventionnelle, ainsi que d'un praticien individuel.**
- **La loi Colla prévoit des sanctions en cas de non-respect de certaines règles.**
- **Les praticiens d'une pratique non conventionnelle enregistrée sont soumis à de multiples obligations.**

5.1.4 La relation entre la loi Colla et l'Arrêté Royal n°78

5.1.4.1 Généralités

En rapport avec la loi Colla, des questions se sont posées quant au positionnement de cette loi par rapport à l'Arrêté Royal n°78.

Un commun dénominateur marquant entre les deux textes réside dans la similitude entre les définitions d'une pratique non conventionnelle, à savoir 'la pratique habituelle d'actes ayant pour but d'améliorer et/ou de préserver l'état de santé d'un être humain et exercée selon les règles et conditions stipulées dans la présente loi' (loi Colla) et 'l'accomplissement habituel par une personne ne réunissant pas l'ensemble des conditions requises par l'alinéa 1er du présent paragraphe de tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé, soit la vaccination', qui est la définition de l'exercice (il)légal de la médecine contenue dans l'Arrêté Royal n°78. Cette dernière définition est à ce point large qu'elle couvre également les pratiques non conventionnelles⁹³.

Dans son avis concernant le projet de loi de la loi Colla, le Conseil d'État, section de législation, a estimé que la description d'une pratique non conventionnelle est tellement large qu'elle porte sur des actes qui, en vertu du droit en vigueur, doivent être considérés comme faisant partie de l'exercice de la médecine, de telle sorte que ces pratiques sont également régies par l'Arrêté Royal n°78. D'autre part, le Conseil d'État a estimé que le caractère non conventionnel des pratiques est tel qu'elles sont exercées dans le respect des règles et conditions stipulées dans la loi Colla, de telle sorte que le praticien de ces pratiques a le choix: soit il pose les actes en question en respectant les dispositions de la loi Colla, soit il se conforme aux dispositions de l'Arrêté Royal n°78.

Dans le premier cas, il exerce une pratique non conventionnelle, dans le second une pratique conventionnelle. Le Conseil d'État considère qu'une stricte distinction est ainsi établie entre les pratiques conventionnelles et les pratiques non conventionnelles¹⁰¹.

La question se pose alors de savoir s'il est possible qu'une personne exerce au même moment une pratique conventionnelle et non conventionnelle. La loi Colla n'exclut pas cette possibilité.

5.1.4.2 *Concrètement: l'exercice d'une pratique non conventionnelle par un médecin*

Est punissable, d'après la loi Colla, toute personne qui exerce une des pratiques non conventionnelles enregistrées ou qui pose des actes faisant partie de cette pratique, sans être enregistrée à titre individuel. On peut dès lors se poser la question de savoir si un médecin est tenu d'obtenir un enregistrement individuel pour pouvoir exercer une pratique non conventionnelle.

D'après le Conseil d'État, section de législation, le médecin exerçant une pratique non conventionnelle a le choix, lorsqu'il pose les actes en question, entre le respect (1) des dispositions de la loi Colla ou (2) des dispositions de l'Arrêté Royal n°78. Dans le premier cas, il exerce une pratique non conventionnelle, dans le second une pratique conventionnelle¹⁰¹.

Un médecin peut donc exercer une pratique non conventionnelle enregistrée conformément à la loi Colla. Dans un tel cas, il est évident qu'il est tenu de respecter les dispositions de cette loi et notamment l'obligation d'enregistrement individuel. Si le médecin pose des actes ressortissant à la médecine, il est en outre tenu de se conformer aux dispositions de l'Arrêté Royal n°78. Cette obligation est explicitement prévue dans la loi Colla, qui stipule que les dispositions de l'Arrêté Royal n°78 s'appliquent intégralement aux praticiens de pratiques non conventionnelles enregistrées tels que visés par l'Arrêté Royal n°78 dans ses articles 2, 3, 21bis, 21quater et 22 (à savoir les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et le personnel paramédical), pour autant qu'il s'agisse de prérogatives qui leur sont attribuées par ou en vertu de l'Arrêté Royal n°78⁹³.

Au demeurant, il est loisible à un médecin souhaitant exercer une pratique non conventionnelle de se faire enregistrer. Les pratiques non conventionnelles sont en effet également couvertes par la large définition de la médecine contenue dans l'Arrêté Royal n°78. Sur le plan juridique, cela a pour conséquence que ce médecin n'exerce pas *stricto sensu* une pratique non conventionnelle enregistrée, car il ne se conforme pas aux exigences de la loi Colla⁹³. Dans un tel cas, le médecin est toutefois tenu de continuer à prendre toutes les précautions d'usage et de s'abstenir de poser des actes médicaux pour lesquels il ne possède pas une maîtrise suffisante¹⁰².

Enfin, un médecin pourrait aussi exercer une pratique non conventionnelle enregistrée qui ne ressortirait pas à l'exercice de la médecine. Dans un tel cas, seule la loi Colla serait d'application et le médecin serait tenu d'obtenir un enregistrement individuel. L'Arrêté Royal n°78 n'étant pas d'application dans une telle hypothèse, le médecin ne pourrait pas poser d'actes médicaux. Il est probable que le Roi, sur la base de la loi Colla et sur avis de la commission paritaire, puisse déclarer une ou plusieurs dispositions de l'Arrêté Royal n°78 applicables notamment aux médecins en ce qui concerne les actes ne faisant pas partie des prérogatives qui leur sont attribuées par ou en vertu de l'Arrêté Royal n°78⁹³.

5.1.4.3 *Concrètement: l'exercice d'une pratique non conventionnelle par un non-médecin*

En raison des vastes définitions contenues dans la loi Colla, certains actes ressortissant exclusivement à la médecine (conventionnelle) peuvent désormais également être posés par des non-médecins. Cette possibilité est toutefois réservée aux pratiques non conventionnelles, dans le respect des règles et conditions en vigueur¹⁰².

En principe, il était prévu de soustraire les pratiques non conventionnelles au champ d'application de l'Arrêté Royal n°78. Le Roi aurait toutefois eu la possibilité d'étendre les sanctions prévues dans l'Arrêté Royal n°78 en cas d'exercice illégitime d'une profession aux praticiens d'une pratique non conventionnelle⁹³.

La loi Colla respecte en outre le monopole des médecins, comme en témoigne l'obligation faite aux non-médecins d'obtenir de la part de leur patient, en principe avant le début du traitement non conventionnel, un diagnostic écrit récent relatif à ses plaintes, établi par un médecin, sous peine d'amende. Le client a le droit de ne pas consulter un médecin au préalable et de s'adresser directement à un praticien non-médecin d'une pratique non conventionnelle. Dans ce cas, une déclaration écrite du patient doit être jointe à son dossier et il appartient alors au praticien non-médecin de poser le diagnostic. En outre, le praticien d'une pratique non conventionnelle est également tenu de ne pas tenir compte du diagnostic du médecin s'il estime que ce diagnostic est erroné. Il ne peut invoquer le diagnostic d'un médecin pour s'exonérer de sa propre responsabilité. Chaque intervenant sera considéré comme responsable de sa part du préjudice¹⁰².

Messages- clés: la relation entre la loi Colla et l'Arrêté Royal n°78

- **La description de l'exercice de la médecine contenue dans l'Arrêté Royal n°78 est si vaste qu'elle englobe également les pratiques non conventionnelles.**
- **Un médecin exerçant une pratique non conventionnelle a le choix entre deux options. Soit il choisit d'exercer une pratique non conventionnelle, auquel cas il doit se conformer aux dispositions de la loi Colla, soit il choisit d'exercer une pratique conventionnelle, auquel cas il doit se conformer aux dispositions de l'Arrêté Royal n°78.**
- **Conformément à la loi Colla, un praticien d'une pratique non conventionnelle enregistrée ne peut entamer un traitement à l'égard d'un patient qu'après avoir reçu un diagnostic récent relatif à sa plainte, établi par écrit par un médecin (sauf si le patient décide de ne pas consulter préalablement un médecin)**

5.1.5 Les conséquences de l'exercice (non) conventionnel des soins de santé

5.1.5.1 *La pose d'un diagnostic*

En Belgique, seuls les titulaires d'un diplôme de médecin ou d'une licence en dentisterie sont habilités à poser un diagnostic et à prescrire un traitement. Pour ce faire, ils disposent d'une liberté thérapeutique et diagnostique de principe.⁹⁰ Pour poser leur diagnostic et choisir la thérapeutique, ils peuvent donc utiliser les moyens qu'ils jugent adéquats, y compris les pratiques non conventionnelles. Les praticiens qui ne sont pas titulaires d'un tel diplôme et qui procèdent sur base régulière à la pose de diagnostics ou au choix de thérapeutiques se rendent coupables d'exercice illégal de la médecine, qui est passible de sanctions pénales.

5.1.5.2 *L'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients*

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (ci-après dénommée « la loi 'droits des patients' » publié au MB le 26 septembre 2002), s'applique à tous les rapports juridiques contractuels et non contractuels, de droit privé et de droit public, relatifs à des soins de santé dispensés à un patient par un praticien professionnel.

Par 'praticien professionnel', la loi 'droits des patients' entend les praticiens visés par l'Arrêté Royal n°78, ainsi que les praticiens professionnels d'une pratique non conventionnelle visés par la loi Colla.

Bien que la loi 'droits des patients' ait clairement pour but de s'appliquer aux praticiens d'une pratique non conventionnelle, ce n'est jamais le cas dans la pratique. En effet, il faudra attendre l'entrée en vigueur de la loi Colla pour que ces praticiens soient également tenus de respecter les droits des patients aux termes de cette loi. En l'absence d'arrêtés d'exécution, les principales dispositions de la loi Colla ne sont pas encore entrées en vigueur. Dès que les dispositions clés de la loi Colla entreront effectivement en vigueur, la loi 'droits des patients' s'appliquera (automatiquement) à ces praticiens professionnels. En conséquence, les praticiens d'une pratique non conventionnelle devront également tenir compte des principes de la loi 'droits des patients', tels que le droit à la prestation de services de qualité, à l'information sur son état de santé, à un consentement éclairé, libre et préalable, au refus et à la rétractation du consentement, à un dossier individuel correctement tenu à jour, à la protection de sa vie privée et au respect de son intimité...

5.1.5.3 *L'application de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé*

Dans sa forme actuelle, la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (publication au M.B. 2 avril 2010) établit le principe de l'indemnisation des préjudices résultant de la dispensation de soins de santé et qui découlent soit d'un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins, soit d'un accident médical n'engageant pas de responsabilité. Dans ce dernier cas, les patients peuvent obtenir une indemnisation par le fonds des accidents médicaux. La loi a toutefois prévu une série d'exceptions, comme dans le cas des expérimentations ou des interventions esthétiques non remboursées. Dans certains cas, le fonds n'interviendra pas davantage en cas de faute dans le chef d'un prestataire de soins, dont il peut être tenu pour responsable.

Dans la loi, le concept des 'soins de santé' est considéré au sens large. Ils sont en effet définis comme étant les services dispensés par un prestataire de soins en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé du patient ou de l'accompagner en fin de vie. L'acception de 'prestataire de soins' est également très large, car la loi vise tant les praticiens professionnels que les institutions de soins de santé. Les 'praticiens professionnels' sont non seulement les praticiens professionnels traditionnels (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.), mais aussi les praticiens d'une pratique non conventionnelle, mais uniquement à partir de l'entrée en vigueur de la loi.

5.1.5.4 *Le remboursement des traitements*

En Belgique, toute personne est tenue de s'assurer afin de couvrir ses soins de santé conventionnels de base. Les patients qui bénéficient de ces soins de santé seront en principe remboursés (totalement ou partiellement) sous la forme d'une intervention de l'assurance maladie obligatoire. En revanche, lorsqu'un patient bénéficie de soins de santé non conventionnels, il ne bénéficie pas de cette intervention. Dans la pratique, quand le prestataire des soins de santé non conventionnels est titulaire d'un numéro d'inscription à l'INAMI, il peut y avoir une certaine intervention de l'assurance maladie obligatoire (par exemple un médecin qui est également homéopathe et qui traite un patient peut déclarer une consultation à l'INAMI)¹⁰³.

Les patients ont cependant le loisir de choisir des traitements alternatifs. Chaque individu dispose en effet du libre choix de sa thérapeutique. L'assurance maladie obligatoire n'intervient toutefois pas dans le remboursement de ces traitements alternatifs. Certains prestataires de soins proposent cependant un remboursement de certains traitements alternatifs via une assurance libre complémentaire.

En raison du recours croissant des patients à la médecine non conventionnelle, les mutuelles, en tant qu'émanations de leurs membres, commencent à rembourser (partiellement) certaines formes de médecine non conventionnelle. Les mutuelles étant des institutions libres, elles peuvent prendre des décisions relatives aux assurances complémentaires sans devoir en principe en demander l'autorisation à l'État, hormis le service de contrôle des mutuelles. Il leur est donc possible d'adapter leurs services à l'évolution des attentes de leurs membres. En l'occurrence, une telle adaptation a déjà eu lieu en intégrant certaines pratiques non conventionnelles dans l'assurance complémentaire généraliste. La plupart des mutuelles limitent cette intervention à un certain nombre de pratiques non conventionnelles, en l'assortissant, pour chacune de ces pratiques, à certaines conditions (telles que le plafonnement du remboursement)¹⁰³.

Les détracteurs de cette approche avancent que les mutuelles et les compagnies d'assurances, en remboursant les médecines alternatives, agissent comme des instances commerciales, en se plaçant au-dessus de la loi et en donnant un signal trompeur au public. Ce remboursement pourrait inciter les patients à opter pour des traitements non réglementés et non reconnus, dont l'utilité est très restreinte et dont les dangers ne sont pas négligeables¹⁰⁴.

Le débat relatif à l'opportunité de l'intervention de l'État et/ou des mutuelles dans les médecines alternatives a été relancé en janvier 2004, après qu'une trentaine de sceptiques aient absorbé, dans le cadre de l'université de Gand, une surdose d'homéopathie (à savoir 30 ml d'une dilution C30 (1 pour 10⁶⁰ de venin de serpent, arsenic, belladone, lait de chienne ou extrait de cancrelat). Ce prétendu suicide au moyen d'un produit homéopathique avait pour but de prouver que les médicaments homéopathiques ne contiennent pas de substances actives, ainsi que de mettre en cause les mutuelles, qui remboursent des médicaments non certifiés sur la base de la 'satisfaction du client' et non de leur 'efficacité prouvée'.

5.1.5.5 La formation

L'acupuncture est aujourd'hui enseignée dans certaines facultés de médecine. L'Université libre de Bruxelles a lancé un cycle complet de formation à l'ostéopathie en 2004.

En Flandre, il est possible de suivre une formation en ostéopathie dans des instituts privés non subsidiés (tels que l'*International Academy of Osteopathy* (IAO) à Gand ou le *Flanders International College of Osteopathy* (FICO) à Anvers). Depuis l'année académique 2004-2005, l'ULB propose également une formation en ostéopathie. Cette formation est dispensée dans le cadre de l'Institut des Sciences de la Motricité, sous la forme d'une maîtrise complémentaire. Cette formation est réservée aux titulaires d'un diplôme des sciences de la motricité, avec orientation en ostéopathie. Elle est dispensée par des professeurs des facultés de médecine et des sciences de la motricité, ainsi que par des ostéopathes DO pour les exercices pratiques.

Cette formation se subdivise en trois années de baccalauréat, suivies de deux années de master, puis par une année de post-master. Cette formation universitaire officielle, au demeurant la première en Europe, a pu être proposée grâce au décret du 31 mars 2004 de la Communauté française définissant l'enseignement supérieur, favorisant son intégration dans l'espace européen de l'enseignement supérieur et finançant les universités (M.B. du 18 juin 2004). Ce décret s'inscrit dans le cadre de la réforme européenne de Bologne. Bien qu'il soit donc désormais possible d'obtenir un diplôme d'ostéopathe délivré par l'ULB, rien ne change au fait que l'exercice de cette pratique n'est pas encore reconnu et que, au sens strict, il puisse dès lors être assimilé à l'exercice illégal de la médecine.

5.1.5.6 La responsabilité de l'exercice d'une pratique non conventionnelle

Tant que la loi Colla n'est pas exécutée, de nombreuses questions continuent à se poser au sujet des responsabilités qui en découlent. Souvent, on est amené à se demander dans quelle mesure le praticien d'une pratique non conventionnelle a agi ou non dans le domaine des pratiques médicales. Cette question peut être illustrée par plusieurs exemples.

Le 9 juin 2009, le tribunal correctionnel de Bruges a été amené à juger un kinésithérapeute qui pratique l'acupuncture. L'Association belge des Médecins-Acupuncteurs (appelée "Association professionnelle des Médecins-Acupuncteurs de Belgique" dans le jugement) avait introduit une plainte avec constitution de partie civile en raison d'un prétendu exercice illégal de la médecine/pharmacie. Dans son jugement, le président fait référence à un arrêt de la Cour de Cassation du 20 juin 1990, dans lequel la Cour considère que l'exercice de l'acupuncture ressortit à la pose d'actes médicaux (voir infra). Le président considère en outre que l'acupuncture fait partie des pratiques non conventionnelles de la médecine et que, en vertu de la loi Colla, elle est soustraite au champ d'application de l'Arrêté Royal n°78, dans la mesure où elle est exercée dans le respect des règles et conditions figurant dans la loi Colla. Cette dernière n'étant pas encore entrée en vigueur, un acupuncteur n'est pas en mesure de se conformer aux conditions en vigueur, ce qui a pour conséquence que seuls des médecins sont habilités à poser légalement des actes qui sont considérés par la loi Colla comme des actes d'une pratique non conventionnelle. L'acupuncteur en question se rend ainsi coupable d'un exercice illégal de la profession. Néanmoins, le tribunal correctionnel a acquitté l'acupuncteur en question. Le président souligne que le recours aux médecines non conventionnelles fait partie d'une réalité sociale, comme confirmé par la loi Colla et par l'attitude prise par plusieurs mutuelles. Le président souligne également la contradiction qui en résulte, entre d'une part les acupuncteurs qui ont bénéficié d'une formation sérieuse, qui sont titulaires d'un diplôme d'acupuncture et qui sont membres d'une organisation professionnelle reconnue, mais qui exercent illégalement la médecine, et d'autre part les médecins qui sont habilités à poser des actes d'acupuncture, en application de leur liberté thérapeutique, mais qui n'ont bénéficié d'aucune formation à cette fin. Cette situation a amené le président à prendre l'attitude suivante: l'acupuncteur pourrait choisir de ne pas traiter par acupuncture le patient qui le consulte en raison de sa compétence dans ce domaine; ce faisant, il contreviendrait à sa responsabilité professionnelle, qui lui impose d'apporter à son patient l'assistance requise, et commettrait ainsi un acte punissable par la loi, du chef de non-assistance à personne en danger (article 422 bis du Code pénal). L'obligation de fournir des soins de qualité peut obliger l'acupuncteur à administrer un traitement d'acupuncture et ce alors qu'un tel traitement constitue une infraction à l'Arrêté Royal n°78, sur la base de la situation actuelle. Le tribunal juge que l'on peut retenir dans le chef de l'accusé une *situation d'urgence justificative*, suite à la constatation paradoxale selon laquelle l'accusé contrevient à l'Arrêté Royal n°78 (en raison de l'absence d'arrêtés d'exécution) afin de préserver une valeur juridique supérieure, à savoir la dispensation de soins de qualité à ses patients. Entre-temps, le ministère public a fait appel de ce jugement. Le jugement de l'instance d'appel n'est pas connu à l'heure de clôturer la présente étude.

Dans un autre dossier, la cour d'appel d'Anvers a confirmé le 25 juin 2010 l'acquittement d'un prévenu, pour des faits similaires, prononcé par le tribunal correctionnel de Turnhout le 13 février 2009. Il s'agit en l'occurrence d'un kinésithérapeute qui, après avoir suivi une formation en acupuncture, a commencé à exercer cette pratique. Lui aussi a été poursuivi pour exercice illégal de la médecine, à savoir la pratique de l'acupuncture en tant que non-médecin. Le président du tribunal correctionnel a d'abord fait valoir que l'accusé exerçait une profession médicale à part entière en tant que kinésithérapeute, ce qui l'autorise à poser légalement certains actes répertoriés par la loi sans se rendre coupable d'exercice illégal de la médecine. Parmi eux, on recense certains actes médicaux qui ne peuvent toutefois être posés qu'en concertation avec le médecin traitant.

Le président a ensuite constaté que l'exercice de l'acupuncture ne fait par ailleurs pas partie des pratiques conventionnelles visées par l'Arrêté Royal n°78, mais se trouve dans un vide juridique en raison de la non-exécution de la loi Colla. Le président a en outre souligné que la loi ne fait aucune interdiction légale expresse aux kinésithérapeutes de pratiquer l'acupuncture, et qu'il appert de la loi Colla que le législateur a l'intention d'autoriser également les kinésithérapeutes à exercer des pratiques non conventionnelles, dans certaines conditions. À titre complémentaire, le président a fait référence à l'Arrêté Royal du 10 février 2003, portant notamment reconnaissance de l'association professionnelle belge des acupuncteurs. Le fait que des non-médecins soient membres de cette association a amené le président à estimer que cette reconnaissance par les pouvoirs publics doit être considérée comme une reconnaissance de la légitimité de la pratique de l'acupuncture par des non-médecins. Le président a considéré par ailleurs qu'un kinésithérapeute qui pratique l'acupuncture doit se conformer, pour cette pratique, aux restrictions et obligations applicables à une pratique conventionnelle, et ce précisément en raison du vide juridique existant. Considérant que le prévenu a suivi une formation sérieuse en acupuncture et qu'il est membre d'une association professionnelle reconnue, considérant en outre qu'il a pu en l'occurrence apporter la preuve du fait qu'il a toujours agi en concertation avec un médecin traitant, le président a jugé que le prévenu, en l'absence de conditions d'exécution légales, s'est conformé à toutes les obligations légales actuellement applicables afin de pratiquer l'acupuncture dans le cadre d'une profession médicale, et qu'il a respecté toutes les conditions et restrictions imposées aux kinésithérapeutes par l'Arrêté Royal n°78. Le président a cependant fait référence à une interprétation de la Cour d'Appel de Gand, dans son arrêt du 28 juin 2000, selon laquelle un kinésithérapeute se rend coupable d'exercice illégal de la médecine lorsque, sur la base de sa connaissance de la médecine chinoise et de l'acupuncture, il pose son propre diagnostic et dispense un traitement sur cette base. Dans l'affaire dont la Cour d'Appel de Gand avait à connaître, l'accusé a été déclaré coupable d'exercice illégal de la médecine, mais la suspension du prononcé lui a été accordée en raison du sérieux des formations qu'il a suivies, ainsi que des atermoiements du législateur. (Gand, 28 juin 2000, T. Gez. 2001-02, 195).

La jurisprudence récente ne considère donc plus automatiquement comme exercice illégal de la médecine le fait qu'une personne exerce une pratique non conventionnelle sans être médecin. Il convient toutefois de noter que les cours et tribunaux ne prononcent généralement pas l'acquiescement, parce qu'il n'est pas question dans ces affaires d'exercice illégal de la médecine (ce dont il s'agit in se), mais plutôt d'une 'voie détournée', telle que le constat de l'existence (de longue date) d'un vide juridique, ou encore la théorie de la justification par l'état de nécessité. Il s'agit de figures juridiques du droit pénal ordinaire, qui n'ont donc aucun lien de fond avec l'Arrêté Royal n°78.

La jurisprudence plus ancienne va, à l'inverse, dans ce sens. Citons notamment la condamnation le 14 septembre 1999 d'un médecin chinois par le tribunal de première instance de Gand, pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Ce praticien était un médecin chinois actif en Belgique et aux Pays-Bas, pratiquant notamment l'acupuncture, la phytothérapie et l'administration d'herbes. Bien qu'il ait bénéficié d'une formation de médecin en Chine, il n'a pas fait reconnaître son diplôme en Belgique en raison de la durée et de la complexité de la procédure. De ce fait, il n'était pas autorisé à poser en Belgique des actes ressortissant à la médecine ou à la pharmacie. Pour sa défense, il a invoqué le fait qu'il n'exerçait pas la médecine.

Cet argument n'a pas été retenu, car tant la doctrine que la jurisprudence belges considèrent la pratique de l'acupuncture comme faisant partie de la médecine. Conformément à un arrêt de la Cour de Cassation du 20 juin 1990, l'Arrêté Royal n°78 ne doit pas être interprété au sens restrictif et il porte également sur la médecine alternative¹⁰⁵. Bien que le médecin chinois en question ait invoqué la loi Colla en matière d'acupuncture (non encore publiée à l'époque, mais déjà promulguée et publiée par le Roi), le tribunal a jugé qu'il ne pouvait s'en prévaloir, car il n'était pas enregistré comme praticien de l'acupuncture. Il en va toujours de même à l'heure actuelle, en raison de l'absence d'arrêtés d'exécution de la loi Colla.

La justice s'est également prononcée quant à la responsabilité d'un homéopathe qui exerçait cette pratique aux Pays-Bas et qui y soignait des Belges. L'un d'entre eux a assigné cet homéopathe belge devant la justice belge. Comme le traitement homéopathe avait été prodigué aux Pays-Bas, c'est le droit néerlandais qui était d'application. En date du 16 février 1998, la cour d'appel d'Anvers a reconnu la spécificité d'un homéopathe, de telle sorte qu'un patient qui choisit de s'adresser à un tel praticien non conventionnel le fait en connaissance de cause et ne peut s'attendre aux mêmes critères que dans la médecine classique, et qu'il en accepte en quelque sorte le risque. Il ne s'agit pas *stricto sensu* d'une acceptation du risque, mais bien d'une simple application des règles de responsabilité, à savoir le contrôle de la référence d'un homéopathe non conventionnel normalement prudent placé dans le même contexte¹⁰⁶.

Dans les années 1980, un certain nombre d'ostéopathes ont été poursuivis pour exercice illégal de la médecine. La plupart d'entre eux (essentiellement des kinésithérapeutes) ont été acquittés. Une condamnation d'ostéopathe a toutefois été prononcée le 15 mai 1985 par le tribunal de première instance de Namur. L'accusé n'étant pas porteur d'un diplôme de médecin, le tribunal a cherché à déterminer s'il avait ou non posé des actes médicaux. Pour ce faire, le président a procédé à une comparaison entre (certains) traitements d'ostéopathie et de médecine, et il en a conclu que les actes posés sur base régulière par l'accusé devaient être considérés comme des traitements médicaux. Dans cette affaire, l'accusé a été condamné du chef d'exercice illégal de la médecine.

5.1.5.7 *La législation relative aux médicaments*

Pour savoir si un produit doit être considéré ou non comme un médicament, il convient d'en examiner la présentation et/ou les propriétés. Dès qu'un produit est présenté comme un médicament (même s'il ne l'est pas) ou que sa composition correspond à celle d'un médicament (en termes de fonction, teneur ou propriétés), il est considéré comme un médicament. En conséquence, les médicaments homéopathiques sont aussi considérés comme des médicaments¹⁰⁷. Du fait de cette qualification des médicaments, il convient de tenir compte de multiples lois et arrêtés d'exécution.

Ainsi, un médicament ne peut être commercialisé qu'après obtention d'une autorisation de mise sur le marché. Une telle autorisation est délivrée soit au niveau national (en Belgique par le ministre compétent à l'issue d'une procédure nationale) soit au niveau européen (par le European Medicines Agency, à l'issue d'une procédure soit centralisée, soit décentralisée, encore appelée de reconnaissance mutuelle). Des procédures d'enregistrement spécifiques ou simplifiées ont toutefois été instaurées pour certains groupes de médicaments¹⁰⁸. C'est notamment le cas pour les médicaments homéopathiques à usage oral ou externe, lorsqu'aucune indication thérapeutique spécifique n'est mentionnée sur l'étiquette ou dans l'information relative au médicament en question, et lorsque son niveau de dilution est tel que l'innocuité du médicament est garantie¹⁰⁸. Les médicaments homéopathiques qui ne satisfont pas à ces conditions sont soumis en revanche à une autre procédure, par laquelle le ministre définit notamment des prescriptions particulières portant sur des tests et évaluations cliniques et précliniques, conformément aux principes et spécificités de la médecine homéopathique.

Messages clés: Les conséquences de l'exercice (non) conventionnel des soins de santé

- **Seuls les titulaires d'un diplôme de médecine ou d'une licence en dentisterie sont autorisés à poser un diagnostic et à prescrire un traitement.**
- **La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ne s'appliquera à l'exercice des pratiques non conventionnelles que lorsque la loi Colla aura été exécutée.**
- **Il en va de même pour l'application de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.**
- **Certaines mutuelles remboursent certaines formes de traitements alternatifs.**

- **Bien qu'il soit souvent question d'une formation organisée, aucune pratique non conventionnelle n'est encore reconnue à l'heure actuelle, de sorte que l'exercice de ces pratiques peut être considéré comme un exercice illégal de la médecine.**
- **Bien que plusieurs praticiens d'une pratique non conventionnelle aient déjà été condamnés du chef d'exercice illégal de la médecine, les tribunaux semblent de moins en moins enclins à prononcer des condamnations.**

5.1.6 L'exercice de la médecine non conventionnelle dans le contexte européen

5.1.6.1 Deux conceptions

Au sein de l'Union européenne, deux conceptions coexistent en matière de soins de santé¹⁰⁹.

En vertu de *la première conception*, seuls les médecins sont habilités à pratiquer la médecine, et ce à quelques exceptions près (cette conception est d'application en Belgique). Dans les pays ayant adopté cette approche, la demande en médecines non conventionnelles est toutefois à ce point élevée qu'une tolérance est exercée.

La seconde conception part du principe inverse et considère que toute personne qui le souhaite peut pratiquer la médecine, à l'exception néanmoins de certains actes qui ne peuvent être posés que par des médecins.

Du fait de la coexistence de ces deux conceptions contraires, le Parlement européen est souvent confronté au cas de praticiens de soins de santé qui sont officiellement reconnus dans leur propre pays, mais qui sont condamnés dans un autre pays du chef d'exercice illégal de la médecine. Les divergences de statut et de modalités de reconnaissance des médecines non conventionnelles au sein de l'Union européenne contreviennent aux principes de libre circulation des personnes et de liberté d'établissement (telles que garanties par le traité régissant le fonctionnement de l'Union européenne). Une résolution a finalement été adoptée en 1997 relative au statut de la médecine non conventionnelle (PB. Nr. C-182, 16 juin 1997, 0067), dans laquelle le Parlement européen demande à la Commission de s'engager dans la poursuite de la reconnaissance des médecines non conventionnelles. Cette résolution se déclare favorable à la reconnaissance de la médecine non conventionnelle, à la condition que les résultats de l'étude le permettent. Le 11 juin 1999, le Conseil de l'Europe a également publié une résolution à ce sujet (non contraignante pour les États membres) par laquelle il exhorte ses États membres à harmoniser leurs réglementations¹¹⁰.

Pour mieux regrouper les résultats des études scientifiques relatives aux médecines non conventionnelles, le "COST B4" a été mis en place ("European Cooperation in the field of Science and Technology"). Ce groupe a notamment formulé la conclusion selon laquelle le critère essentiel de choix d'une thérapeutique doit être son efficacité, attestée de préférence par des essais randomisés en double insu, tout en recommandant de tenir compte également de la satisfaction et du bien-être du patient, dans le cas des traitements tant conventionnels que non conventionnels. Toujours d'après ce groupe, les États devraient encourager les études sur les traitements non conventionnels, tout en veillant à ce que ces études se conforment à de rigoureux critères méthodologiques¹⁰⁴.

5.1.6.2 *La preuve de l'efficacité clinique*

Dans son rapport du 6 mars 1997 sur le statut de la médecine non conventionnelle, le Parlement européen estime qu'il convient de distinguer les différentes médecines non conventionnelles. Pour ce faire, des études cliniques, une évaluation des résultats des traitements et d'autres études scientifiques ou académiques sont requises pour permettre l'analyse des faits et de leurs interrelations. D'après le Parlement européen, cette évaluation doit se faire selon les méthodologies adaptées aux différentes médecines. Cette démarche n'est toutefois pas évidente dès le moment où leur effet thérapeutique ne peut être attesté par les méthodes scientifiques communément acceptées. Cette problématique est en outre controversée. Il est dès lors important de choisir des méthodologies reconnues et de définir des critères de validité adéquats. Par ailleurs, le Parlement européen a conscience qu'il convient d'avoir recours à un 'éventail fluctuant' de preuves et d'acceptabilité, plutôt qu'à un strict clivage entre les preuves scientifiques et non scientifiques. Un autre élément à prendre en compte est le fait que plusieurs médecines non conventionnelles bénéficient déjà d'une certaine forme de reconnaissance officielle dans certains États membres et disposent parfois d'une organisation professionnelle représentative au niveau européen. Leur efficacité est attestée par diverses études (d'ampleur restreinte), dont les résultats sont généralement convaincants (par exemple pour la chiropraxie et l'homéopathie).

Messages clés: l'exercice de la médecine non conventionnelle dans le contexte européen

- **Deux conceptions des soins de santé coexistent au sein de l'Union européenne.**
- **En vertu du premier principe, seuls les médecins sont habilités à pratiquer la médecine.**
- **En vertu du second principe, toute personne qui le souhaite peut pratiquer la médecine, à l'exception de certains actes qui sont réservés aux médecins.**
- **La preuve d'une efficacité clinique est importante afin de distinguer les différentes pratiques non conventionnelles.**

5.1.7 Conclusion relative au cadre légal belge et européen

5.1.7.1 *L'exercice de la médecine conventionnelle en Belgique*

L'exercice de la médecine conventionnelle en Belgique est essentiellement régi par l'Arrêté Royal n°78. Par 'exercice de la médecine', le législateur entend l'exercice de l'art médical, de la médecine, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales et d'accoucheuse. Chacune de ces professions est régie par des critères spécifiques.

5.1.7.2 *L'exercice de la médecine non conventionnelle en Belgique*

La loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales définit un cadre pour la reconnaissance de l'exercice de (certaines formes de) médecine non conventionnelle. La loi Colla considère comme pratiques non conventionnelles l'exercice de l'homéopathie, de la chiropraxie, de l'ostéopathie et de l'acupuncture. Cette liste n'est pas limitative et d'autres pratiques non conventionnelles pourraient y être ajoutées.

La loi Colla a pour but de garantir au patient des soins de qualité. Cette garantie se concrétise par un double système d'enregistrement. D'une part, chacune des pratiques non conventionnelles doit être enregistrée (ce qui n'est possible qu'à la condition de satisfaire à un certain nombre de critères) et, d'autre part, chaque praticien de ces disciplines doit également être enregistré (en satisfaisant à diverses conditions).

La commission paritaire instaurée par la loi Colla est appelée à jouer un rôle clé dans ce domaine, notamment en rendant un avis quant aux conditions générales applicables à l'exercice des pratiques non conventionnelles.

Cette commission paritaire n'ayant pas encore été constituée, elle n'est pas en mesure de jouer ce rôle clé, de sorte que la loi ne peut être exécutée et qu'elle n'est dès lors pas encore appliquée.

5.1.7.3 *La relation entre la loi Colla et l'Arrêté Royal n°78*

L'Arrêté Royal n°78 fournit une description à ce point large de l'exercice de la médecine qu'elle englobe l'exercice des pratiques non conventionnelles.

Le praticien d'une pratique non conventionnelle qui est également médecin a le choix d'exercer une pratique non conventionnelle ou d'exercer une pratique conventionnelle. Dans le premier cas, il doit se conformer aux dispositions de la loi Colla, dans le second aux dispositions de l'Arrêté Royal n°78. En revanche, le praticien d'une pratique non conventionnelle qui n'est pas médecin ne peut en principe procéder à une prestation de cette pratique qu'après avoir reçu un diagnostic écrit et récent d'un médecin, relatif à la plainte.

5.1.7.4 *Les conséquences de l'exercice (non) conventionnel des soins de santé*

Seuls les titulaires d'un diplôme de médecine ou d'une licence en dentisterie sont habilités à poser un diagnostic et à prescrire un traitement

Les dispositions de la loi 'droits des patients' du 22 août 2002 et de la loi d'indemnisation en matière de soins de santé du 31 mars 2010 ne pourront être appliquées aux praticiens d'une pratique non conventionnelle que lorsque la loi Colla sortira pleinement ses effets.

Tant que la loi Colla n'est pas intégralement appliquée, l'exercice d'une médecine non conventionnelle par un thérapeute non-médecin est assimilé à l'exercice illégal de la médecine. Plusieurs praticiens d'une pratique non conventionnelle qui ne sont pas médecins par ailleurs ont déjà été condamnés de ce chef. Il convient toutefois de souligner que la jurisprudence évolue de plus en plus dans le sens d'un acquittement, pour autant que certaines conditions soient satisfaites (telles qu'une formation adéquate) et eu égard au défaut d'exécution de la loi Colla. De plus certains traitements médicaux qui peuvent être pratiqués également dans des CAM, peuvent être légalement pratiqués par certains professionnels tels que les kinésithérapeutes.

5.1.7.5 *L'exercice de la médecine non conventionnelle dans le contexte européen*

Deux conceptions des soins de santé coexistent au sein de l'Union européenne. En vertu du premier principe, seuls les médecins sont habilités à pratiquer la médecine. En vertu du second, toute personne qui le souhaite peut pratiquer la médecine, à l'exception de certains actes qui sont réservés aux médecins.

5.2 LA SITUATION AUX PAYS-BAS, EN FRANCE ET AU ROYAUME-UNI

5.2.1 Structure du chapitre

Le chapitre contient une brève présentation de la situation légale aux Pays-Bas, en France et au Royaume-Uni.

5.2.2 Pays-Bas

5.2.2.1 *La situation légale*

C'est en 1865 qu'a été promulguée aux Pays-Bas la *Wet op de Uitoefening der Geneeskunst* (Loi relative à l'Exercice de la Médecine, ci-après dénommée 'WUG') qui instaure un examen préalable à l'obtention de la qualité de médecin. Cette loi fait une distinction entre la médecine conventionnelle et la médecine alternative, en rendant punissable l'exercice de la médecine conventionnelle par des personnes non habilitées. Le législateur néerlandais tolérait ainsi les thérapeutes alternatifs. Aux Pays-Bas, la médecine 'alternative' s'oppose à la médecine 'conventionnelle'.

Ce monopole des médecins a été altéré en novembre 1993 par la *Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg* (Loi relative aux Professions de Soins de Santé individuels, ci-après dénommée 'BIG'). Cette loi autorise en principe quiconque à fournir des soins médicaux, à l'exception de certains actes qui ne peuvent être posés que par des praticiens spécialement habilités à cet effet par la loi BIG. Il s'agit d'actes qui entraîneraient un risque notable pour la santé du patient s'ils n'étaient posés par un thérapeute compétent (chirurgie, obstétrique, anesthésie, notamment). En revanche, un diagnostic peut être posé par n'importe qui. La liberté de l'exercice des soins médicaux est toutefois assortie d'un contrepoids pénal: une personne qui porte atteinte à la santé d'autrui est punissable en vertu de la loi BIG.

5.2.2.2 *La loi BIG*

La loi BIG est partiellement une loi-cadre. Les principaux points régis par cette loi sont l'enregistrement constitutif et la protection du titre, les actes réservés (y compris la mission en ce sens), le droit disciplinaire et le droit pénal, les spécialités, et l'agrément des diplômés étrangers. De très nombreuses modalités doivent être finalisées par le biais de 'mesures générales d'administration' (des arrêtés d'exécution), telles que les critères de formation, les domaines de spécialisation, le système de l'enregistrement périodique, ainsi que les critères de qualité. Le législateur a en outre confié de très nombreux points à l'autorégulation des associations professionnelles, dans le cadre défini par la loi, tels que l'instauration de spécialités¹¹¹. Le législateur néerlandais ayant aussi opté (partiellement) pour une loi-cadre, sa mise en application est subordonnée à la prise d'arrêtés d'exécution. Aux Pays-Bas, cette démarche a également été laborieuse et s'est étalée sur plusieurs années.

Le principe de la loi BIG repose sur l'enregistrement des titres professionnels et des titres de formation, avec une distinction fondamentale entre deux catégories. La première catégorie est celle de la 'régulation lourde' (traduction littérale) et couvre les médecins, dentistes, psychologues de la santé, psychothérapeutes, physiothérapeutes, obstétriciens et infirmiers (article 3). Pour chacune de ces professions, la loi BIG régit le niveau de compétence et les exigences en termes de formation. La loi BIG contient par ailleurs des dispositions régissant l'instauration de spécialités, en étroite concertation avec les organisations professionnelles représentatives. La deuxième catégorie est celle de la 'régulation légère'; elle s'applique aux professions paramédicales, en partant du principe selon lequel la formation doit satisfaire à des critères de qualité (article 34). Seules les personnes ayant suivi avec fruit la formation imposée ou recommandée par le ministre peuvent faire usage du titre de cette formation¹¹².

L'habilitation juridique à porter un titre protégé par la loi est accordée via un enregistrement constitutif faisant aussi office de protection du titre dans le cadre du 'règlement lourd' des professions visées à l'article 3 et via une protection du titre de la formation dans le cadre du 'règlement léger' des professions visées à l'article 34.

Le fait d'avoir suivi avec fruit la formation requise donne droit à l'inscription au registre du BIG (comparable à l'INAMI en Belgique) du chef de l'article 3 ou, pour la protection du titre de la formation, du chef de l'article 34. L'inscription au registre de l'article 3 autorise la personne ayant suivi la formation à porter le titre qui s'y rapporte. En revanche, le titre de la formation des professions de l'article 34 est protégé et peut être utilisé sans enregistrement préalable. Les personnes non enregistrées ne sont pas habilitées à porter le titre. L'usage illégitime d'un titre protégé ou d'une dénomination similaire est punissable par la loi¹¹¹.

Un corollaire à l'inscription au registre BIG est l'habilitation à évoluer de manière indépendante dans le domaine des actes réservés, pour autant que ces actes soient considérés par la loi comme faisant partie de la profession en question. L'inscription est également une reconnaissance formelle de la compétence de la personne dans le domaine propre à la profession (ou à la spécialisation). Les domaines de compétence sont décrits par groupe de professions, ce qui revêt une importance plus particulière en matière d'information du public. Par ailleurs, le domaine de compétence intervient dans le droit disciplinaire (qui ne s'applique qu'aux thérapeutes enregistrés dans le cadre de l'article 3, ce qui n'empêche que les praticiens d'une profession 'article 34' ont l'obligation légale de fournir des soins adéquats) et dans les dispositions pénales. Les domaines de compétence respectifs des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des infirmiers sont décrits sommairement dans la loi BIG. Pour les autres professions 'article 3' et pour les professions 'article 34', le domaine de compétence est régi par des arrêtés d'exécution, et ce compte tenu du fait que ces domaines sont moins fixés et susceptibles de davantage d'évolutions. L'habilitation à poser des actes réservés est la restriction légale par rapport à la pratique professionnelle de personnes compétentes. La compétence de poser des actes réservés peut être utilisée de manière autonome dans la pratique, pour autant que la compétence ait été acquise par l'expérience. Si une personne est habilitée, mais pas compétente, à poser les actes réservés, elle peut donner une prescription en ce sens.

L'appréciation de la compétence est confiée au praticien de la profession en question, ou à son association professionnelle¹¹¹.

5.2.2.3 *Évaluation de la loi BIG*

Pour ce qui concerne la médecine alternative, le législateur néerlandais a opté pour le principe d'autorégulation en matière d'amélioration de la qualité des soins et de l'information du public par les praticiens alternatifs. Les praticiens de médecines alternatives ne sont pas couverts par la loi BIG et ne disposent d'aucune reconnaissance officielle. Il n'existe pas davantage de dispositif d'enregistrement des médecines alternatives¹⁰⁶.

Du fait de la loi BIG, la position sociétale des associations représentatives de médecines alternatives aurait considérablement évolué sur plusieurs points, eu égard surtout à la disparition du concept d'*exercice non habilité de la médecine*. D'autre part, la loi BIG régit exclusivement ce que la loi nomme 'les personnes qualifiées', en faisant par trop pencher la balance vers la liberté de choix du citoyen, au détriment de sa sécurité. En outre, le contrôle par les instances publiques des praticiens (alternatifs) non conventionnels est considéré comme insuffisant et le ministère public n'engagerait pas suffisamment de poursuites. Autres critiques: les sanctions pénales sont considérées comme trop lourdes, le demandeur de soins n'est pas suffisamment protégé et la qualité des soins est trop dépendante de l'approche choisie par l'association professionnelle¹¹¹.

De nombreuses critiques sont en outre adressées à l'attitude des pouvoirs publics, plutôt neutre par rapport à la médecine alternative. D'aucuns considèrent que les instances publiques devraient élaborer sans délai une politique spécifique aux professions alternatives telles que visées par l'article 34. Une clarté suffisante se serait en effet dégagée dans l'intervalle quant aux critères à utiliser¹¹¹.

Points clés: la situation aux Pays-Bas

- La loi BIG permet en principe à toute personne de fournir des soins médicaux, à l'exception de certains actes 'réservés' ne pouvant être posés que par les praticiens professionnels habilités par la loi BIG.
- La loi BIG est partiellement une loi-cadre, qui régit divers points importants. De nombreuses autres modalités sont toutefois laissées à l'autorégulation des organisations professionnelles.
- La loi BIG repose sur le principe de l'enregistrement des titres professionnels et des titres de formation, et fait une distinction entre deux catégories, soumises chacune à des règles spécifiques.

5.2.3 France

5.2.3.1 Généralités

Tout comme en Belgique, le législateur français considère que seuls les médecins diplômés peuvent exercer la médecine. En conséquence, l'exercice de traitements alternatifs est réservé aux médecins, ce qui débouche en France également sur un paradoxe, à savoir certains médecins ne disposant que d'une connaissance parcellaire des traitements alternatifs sont habilités à y avoir recours, alors que ces pratiques sont interdites à des non-médecins ayant suivi une formation en bonne et due forme à des thérapeutiques alternatives. En cas d'infraction à cette interdiction, ces derniers sont passibles de poursuites pénales.¹¹¹

Nonobstant ces principes, la France fait preuve d'une certaine tolérance, comme nous allons le découvrir ci-dessous.

5.2.3.2 Homéopathie

En France, les médicaments homéopathiques délivrés sur prescription médicale sont remboursés par la mutuelle, et ce depuis 1948. Cette situation est particulière, dans la mesure où l'homéopathie n'est pas reconnue par la loi française, car elle n'est sanctionnée par aucun diplôme¹¹³ et que les actes posés par les homéopathes ne sont pas éligibles à un remboursement différencié¹⁰⁹.

5.2.3.3 Ostéopathie et chiropraxie

En mars 2000, le ministre Kouchner a instauré une commission chargée de formuler les critères de reconnaissance officielle de l'ostéopathie et de la chiropraxie. Ces critères sont contenus dans l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 'relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé'. En vertu de l'article 75 de cette loi, l'utilisation du titre d'ostéopathe ou de chiropraticien est réservée aux titulaires d'un diplôme décerné par les établissements et instituts agréés par le ministre de la Santé, et ce selon des modalités fixées par décret. Le programme et la durée de ces formations (3 520 heures au moins), ainsi que les examens qui les sanctionnent, sont fixés par voie de règlement.

Une qualification officielle analogue doit être accordée aux diplômés étrangers, et ce en fonction de modalités fixées par décret. L'article 75 prescrit par ailleurs que les praticiens de ces disciplines sont soumis à une obligation de formation permanente, dont les modalités doivent également être définies par décret. La Haute Autorité de Santé a reçu pour mission d'élaborer et de valider les recommandations de bonne pratique, ainsi que de dresser la liste des bonnes pratiques devant être enseignées par les établissements et instituts de formation. L'article 75 prescrit en outre la publication par décret d'une liste des actes pouvant être posés par les ostéopathes et les chiropraticiens, ainsi que les conditions d'exercice de ces pratiques. Ces praticiens ne peuvent poser des actes thérapeutiques qu'après inscription sur la liste ad hoc.

Dans l'intervalle, plusieurs arrêtés d'exécution ont été pris en matière d'ostéopathie. Citons le décret 2007-435 du 25 mars 2007 'relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie', ainsi que divers arrêtés du 25 mars 2007 relatifs à l'exercice de l'ostéopathie en France. Ces multiples dispositions définissent la finalité de l'ostéopathie, la manière d'atteindre ces objectifs, ainsi que les actes autorisés ou non.

Seuls (1) les médecins, les accoucheuses, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers porteurs d'un diplôme universitaire (D.U.) ou d'un diplôme interuniversitaire (D.I.U.), (2) les porteurs d'un diplôme d'ostéopathie délivré par un établissement reconnu et (3) les porteurs d'une autorisation d'exercer l'ostéopathie ou d'utiliser le titre d'ostéopathe délivré par une instance habilitée, peuvent utiliser le titre de praticien en ostéopathie. Les ostéopathes doivent en outre faire enregistrer leur titre. Par ailleurs, les modalités de la formation et de l'agrément des instituts d'ostéopathie sont fixées par les arrêtés du 25 mars 2007.

Les universités françaises délivrent deux types de diplômes: d'une part les diplômes nationaux qui sont soumis à une habilitation par le ministère, et d'autre part les diplômes délivrés sous la seule responsabilité de l'université, de manière indépendante et après approbation par le conseil d'administration. On parle de diplôme universitaire (D.U.) lorsqu'une seule université enseigne la matière en question et de diplôme interuniversitaire (D.I.U.) lorsque plusieurs universités enseignent la même matière¹¹³.

5.2.3.4 *Acupuncture*

L'acupuncture est reconnue depuis 1950 par l'Académie de Médecine française. Elle peut être exercée légalement, mais uniquement par des médecins¹¹³. Lorsque l'intervention est effectuée sur prescription médicale, elle est même partiellement remboursée par la sécurité sociale. En France, les acupuncteurs non-médecins ne sont par contre pas reconnus. S'ils pratiquent l'acupuncture, ils se rendent coupables d'exercice illégal de la médecine.

Pour les médecins, il existe depuis plusieurs années un D.I.U. en acupuncture. C'est par ce biais que sont réglementés l'enseignement et les bonnes pratiques de l'acupuncture. D'après l'Ordre français des Médecins, seuls les médecins porteurs d'un diplôme d'acupuncture peuvent faire état de cette capacité. Depuis novembre 2009, la Faculté de Médecine Paris Sud XI délivre un D.U. en 'Acupuncture médicale occidentale'. Cette formation est accessible aux médecins, vétérinaires et accoucheuses.

5.2.3.5 *Remboursement*

En France aussi, diverses mutuelles remboursent les soins non conventionnels. Ces remboursements sont souvent limités à un certain nombre de séances. Dans certains cas, cette intervention est proposée dans le cadre d'une assurance complémentaire. La reconnaissance du diplôme par la mutuelle est souvent une des conditions du remboursement¹¹³.

Points clés: la situation en France

- **Seuls les médecins diplômés peuvent exercer la médecine. Le recours à des thérapeutiques alternatives est réservé aux médecins.**
- **Bien que l'homéopathie ne soit pas reconnue par la loi, les médicaments homéopathiques sont remboursés par les mutuelles, sous certaines conditions.**
- **La France a déjà pris diverses initiatives dans le sens d'une reconnaissance de l'ostéopathie et de la chiropraxie.**
- **En France, l'acupuncture est reconnue par l'Académie de Médecine et peut légalement être pratiquée par les médecins.**

5.2.4 Royaume-Uni

5.2.4.1 *Droit coutumier versus autorégulation*

Pour désigner les médecines non conventionnelles, le législateur britannique utilise le terme générique 'complementary and alternative medicine (CAM, pour 'médecine complémentaire et alternative').

Au Royaume-Uni, en vertu de la Common Law (le droit jurisprudentiel), tout non-médecin peut proposer une thérapie alternative, à la condition qu'il ne se présente pas comme un médecin, qu'il n'exerce pas une discipline protégée (dentiste, accoucheuse ou vétérinaire, par exemple) et qu'il ne prescrive pas de médicaments disponibles exclusivement sur prescription médicale¹¹⁴. Ces thérapeutes ne peuvent pas davantage affirmer être capables de guérir certaines maladies (comme le cancer, la tuberculose ou l'épilepsie), ni en faire de la publicité¹¹⁵. En revanche, ils peuvent traiter ces maladies.

Comme le Royaume-Uni n'interdit pas l'exercice des médecines alternatives, il n'existe que quelques prescriptions et obligations, de sorte que chaque praticien peut faire des choix personnels et suivre son propre programme¹¹⁴.

Malgré ce contexte propre au Royaume-Uni, des demandes se sont manifestées en faveur d'une réglementation. Ainsi, le Health Act de 1999 a décrété que les praticiens de CAM pouvaient être régulés sans avoir à se soumettre à la longue procédure d'une loi parlementaire, comme ce fut le cas pour l'ostéopathie et la chiropraxie (voir infra). La majorité des praticiens CAM préfère toutefois une autorégulation (librement consentie) à une intervention législative. Cette dernière suscite aussi de multiples oppositions, en raison précisément de la grande liberté offerte par la Common Law¹¹⁵.

En 2000, la Chambre des Lords a publié un rapport sur les CAM. Dans ce rapport, les CAM sont subdivisés en trois groupes principaux, le premier d'entre eux étant celui des pratiques alternatives organisées de manière professionnelle. L'acupuncture, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'homéopathie font partie de ce groupe¹¹⁴. Par ailleurs, le rapport formule des recommandations en matière de formation, de recherche et de développement, de diffusion de l'information, etc.¹¹⁵.

5.2.4.2 *L'ostéopathie et la chiropraxie*

Malgré la Common Law en vigueur au Royaume-Uni, l'ostéopathie et la chiropraxie ont pris une autre voie. Ces deux disciplines ont effectué une longue démarche dans le sens de l'autorégulation, après quoi elles ont bénéficié d'un statut juridique particulier suite à une intervention législative.

L'ostéopathie s'est vu conférer un statut juridique par l'Osteopaths Act de 1993. Cette loi régit l'exercice de l'ostéopathie en termes d'enregistrement des ostéopathes agréés, de formation à l'ostéopathie et des conditions d'exercice de la profession. L'instance réglementaire instaurée par la loi est le General Osteopathic Council.

Toute personne souhaitant exercer l'ostéopathie au Royaume-Uni doit se faire enregistrer par cette instance, après avoir suivi une formation agréée.

L'exercice de la chiropraxie est régi pour sa part par le Chiropractors Act de 1994. Cette loi régit la chiropraxie en termes d'enregistrement des chiropraticiens reconnus, de formation à la chiropraxie et des conditions d'exercice de la profession. L'instance réglementaire instaurée par la loi est le General Chiropractic Council. Toute personne souhaitant exercer la chiropraxie au Royaume-Uni doit se faire enregistrer par cette instance, après avoir suivi une formation reconnue.

5.2.4.3 *L'homéopathie*

L'homéopathie a été reconnue en 1950 par la Faculty of Homeopathy Act. Cette 'Faculty' forme les médecins, les vétérinaires, les dentistes et les accoucheuses à l'homéopathie et est officiellement reconnue par l'État comme institut de formation à l'homéopathie¹¹⁶.

Aucune réglementation spécifique ne s'applique aux autres homéopathes, à savoir les praticiens qui ne sont pas médecin, vétérinaire, dentiste ou accoucheuse. Il existe cependant des organisations professionnelles d'homéopathes, qui exigent que leurs membres soient adéquatement assurés et qu'ils se conforment au Code of Professional Ethics¹¹⁷.

5.2.4.4 *L'acupuncture*

Dans le rapport publié par la Chambre des Lords en 2000, il est recommandé aux praticiens de la phytothérapie et de l'acupuncture de se doter d'une réglementation légale, à l'instar de l'ostéopathie et de la chiropraxie¹¹⁵. Par la suite, des propositions allant dans le sens d'une telle réglementation ont été formulées par le Department of Health. Cette réglementation a principalement pour objectif de protéger les patients en fixant des critères en matière de formation et de compétence. Jusqu'à présent, ces propositions n'ont pas encore été traduites dans la législation.

5.2.4.5 *Les autres pratiques CAM*

Pour les autres pratiques CAM, les instances publiques britanniques encouragent les praticiens à pratiquer l'autorégulation et n'ont pas l'intention d'intervenir par le biais d'une législation. Les pouvoirs publics partent du principe que les praticiens CAM non régulés doivent fixer eux-mêmes les modalités et critères de leur pratique. Il existe cependant un Complementary and Natural Healthcare Council, au sein duquel un registre a été ouvert, auquel peuvent s'inscrire librement les praticiens qui se conforment à certaines normes, qui ont suivi une certaine formation et qui sont suffisamment assurés¹¹⁸.

5.2.4.6 *Le remboursement*

En règle générale, les frais liés aux médecines non conventionnelles ne sont pas remboursés par le National Health Service¹¹⁹. Le Royaume-Uni est toutefois le seul pays d'Europe à disposer de plusieurs hôpitaux publics qui proposent (exclusivement) des prestations de médecines alternatives (à Glasgow, Londres, Liverpool, Bristol et Tunbridge Wells)¹¹⁷. Ces prestations sont remboursées par le National Health Service. Par ailleurs, diverses assurances pour particuliers interviennent dans le coût d'une thérapeutique alternative, toutefois souvent à la condition que les actes en question soient posés par un praticien agréé¹¹⁹.

Points clés: la situation au Royaume-Uni

- **Toute personne qui n'est pas médecin peut, en vertu du droit coutumier, proposer une thérapeutique alternative, à la condition qu'il ne se présente pas comme un médecin et qu'il n'exerce pas une discipline protégée. Cette personne ne peut pas prétendre être capable de guérir les maladies. Par contre, elle peut traiter les maladies.**
- **L'ostéopathie et la chiropraxie ont reçu un statut juridique suite à une intervention législative.**
- **L'homéopathie a été reconnue par la Faculty of Homeopathe Act. Cette faculté forme les médecins, les vétérinaires, les dentistes et les accoucheuses à l'homéopathie.**
- **L'acupuncture devrait également bénéficier d'un statut juridique par voie législative, mais cette démarche n'a pas encore été finalisée.**
- **Pour ce qui concerne les autres thérapeutiques alternatives, les pouvoirs publics recommandent aux praticiens d'autoréguler leur profession.**

5.2.5 Conclusion sur la situation aux Pays-Bas, en France et au Royaume-Uni

5.2.5.1 *La situation aux Pays-Bas*

La loi BIG permet en principe à toute personne de fournir des soins médicaux, à l'exception de certains actes 'réservés' ne pouvant être posés que par les praticiens professionnels habilités par la loi BIG.

La loi BIG est partiellement une loi-cadre, qui régit divers points importants. De nombreuses autres modalités sont toutefois laissées à l'autorégulation des organisations professionnelles. La loi BIG repose sur le principe de l'enregistrement des titres professionnels et des titres de formation, et fait une distinction entre deux catégories, soumises chacune à des règles spécifiques.

5.2.5.2 *La situation en France*

Seuls les médecins diplômés peuvent exercer la médecine. Le recours à des thérapies alternatives est réservé aux médecins. La France a déjà pris diverses initiatives dans le sens d'une reconnaissance de l'ostéopathie et de la chiropraxie. En France, l'acupuncture est reconnue par l'Académie de Médecine et peut légalement être pratiquée par les médecins.

5.2.5.3 *La situation au Royaume-Uni*

Toute personne qui n'est pas médecin peut, en vertu de la Common Law, proposer une thérapie alternative, à la condition qu'il ne se présente pas comme un médecin et qu'il n'exerce pas une discipline protégée. Cette personne ne peut pas davantage prétendre être capable de guérir les maladies. Par contre, il peut traiter les maladies.

L'ostéopathie et la chiropraxie ont reçu un statut juridique suite à une intervention législative. L'homéopathie a été reconnue par la Faculty of Homeopathe Act. Cette faculté forme les médecins, les vétérinaires, les dentistes et les accoucheuses à l'homéopathie. L'acupuncture devrait également bénéficier d'un statut juridique par voie législative, mais cette démarche n'a pas encore été finalisée. Pour ce qui concerne les autres thérapies alternatives, les pouvoirs publics recommandent aux praticiens d'autoréguler leur profession.

5.2.5.4 *Observations finales*

La brève description des approches de l'exercice de la médecine non conventionnelle aux Pays-Bas, en France et au Royaume-Uni illustre clairement la disparité existant dans ce domaine en Europe. Chaque État membre de l'Union européenne a instauré son propre système, de telle sorte que l'exercice de la médecine non conventionnelle est loin d'être régi par une réglementation uniforme. Ce manque d'harmonie et d'uniformité, ainsi que la situation atypique dans laquelle se trouve la Belgique ne permettent pas de s'inspirer, pour le cadre juridique belge, de la situation qui prévaut aux Pays-Bas, en France et au Royaume-Uni.

5.3 ORGANISATION DE LA FORMATION

5.3.1 Ostéopathie

5.3.1.1 Avant la loi Colla

Deux courants de formation en ostéopathie, très différents à la fois sur les plans géographiques et philosophiques, sont nés durant les années 1970 parmi les anciens élèves de l'Ecole française d'ostéopathie (créée en 1957) :

- Certains anciens élèves traversent la manche pour créer l'**European School of osteopathy** (à Maidstone au Royaume-Unis en 1970). Celle-ci donnera naissance à un courant d'écoles belges attachées aux préceptes des pères fondateurs (Still, Wernham) dont parmi elles : le Flanders International College of Osteopathy (FICO) et l'International Academy of Osteopathy (IAO). On voit également apparaître dans cette tradition un enseignement combiné de l'ostéopathie et de la kinésithérapie au sein de la Belgian School of Osteopathy (BELSO).
- D'autres anciens élèves restent en France pour créer le **Collège français d'Ostéopathie** (1973) qui donnera ensuite naissance, en Belgique, à l'Institut William Gardner Sutherland (IWGS) puis au Sutherland College of Osteopathic Medicine (SCOM). Ces formations se sont davantage tournées vers l'enseignement d'une ostéopathie scientifique axée sur les techniques de manipulation plutôt que sur les préceptes des pères fondateurs.

En 1987, le titre d'ostéopathe « DO » est déposé. Il qualifie celui qui a complété sa formation par la présentation d'une thèse.

5.3.1.2 Après la loi Colla

Instituts de formation belges

Aujourd'hui, en 2010, on compte en Belgique 5 enseignements privés de l'ostéopathie:

- le FICO (1992)
- le Collège Belge d'Ostéopathie (CBO) (1996)
- le SCOM (1994)
- le BELSO (1992)
- l'IAO (1993)

Et un enseignement universitaire :

- l'Université Libre de Bruxelles (ULB) –Master complémentaire en ostéopathie (2004)

Chaque formation procure le titre de D.O. de manière à répondre aux conditions d'affiliation aux unions professionnelles. Les formations (IAO et ULB) liées à un établissement universitaire octroient aussi le titre de bachelier et master.

La description détaillée de tous les instituts de formation est présentée dans un tableau qui figure dans en annexes au présent chapitre.

Suite au développement de l'enseignement universitaire, le SCOM a annoncé qu'il n'y aurait plus de rentrée académique à partir de 2010. Le SCOM entame dès lors sa reconversion dans la formation continue.

Dates de création

Les écoles qui existent encore sont toutes apparues dans les années 90. Aucune école privée nouvelle n'a été créée après la Loi Colla. Un enseignement universitaire a été créé en 2004.

Répartition géographique

Les instituts de formation se répartissent à travers toute la Belgique. Les enseignements sont pour moitié donnés en français et pour moitié en néerlandais.

L'IAO a des implantations dans différents pays (Allemagne, Suisse, Autriche, Danemark, Pays-Bas).

Critères d'admission

A l'ULB, la formation à temps plein peut être suivie dès la fin de l'école secondaire. C'est également le cas pour l'IAO sauf si l'étudiant détient déjà un diplôme de kinésithérapie ou de médecine (la durée de la formation est alors raccourcie d'un an).

Pour suivre une formation à temps partiel, il faut détenir un diplôme de kinésithérapie ou de médecine (voire de vétérinaire ou de sage-femme pour le CBO).

Durée et structuration de la formation

Les formations en ostéopathie dans la plupart des écoles privées s'adressent à un public qui a déjà une occupation professionnelle. Les formations à temps partiel sont donc prédominantes et données le week-end (moyenne de 5 ans). Néanmoins, il est possible de suivre à temps plein une formation d'ostéopathie dès la sortie du secondaire, en 5,5 ans à l'IAO (après 4 ans de formation full time Bachelier (en collaboration avec l'Université du Pays de Galles) en D.O., le master dure 18 mois (en collaboration avec l'Université d'Innsbruck) ou en 6 ans à l'ULB (5 ans master en motricité + 1 année d'ostéopathie). La durée est réduite à 3 ans en full time pour le diplôme de bachelier et le titre de D.O., le master implique 18 mois supplémentaires à l'IAO pour les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire en kinésithérapie ou en médecine.

Contenu de la formation

L'origine historique des écoles privées et le courant philosophique auquel elles adhèrent a fortement déterminé le contenu des programmes.

Dans toutes les écoles privées, les programmes de cours incluent une formation en techniques de manipulations, en ostéopathie crânio-sacrée et en ostéopathie viscérale.

Le programme du cursus de l'ULB est issu de longues négociations entre des enseignants du SCOM, la Faculté de Médecine et l'Institut Supérieur de Motricité. Il exclut les enseignements de techniques crânio-sacrées et viscérales au nom de la rationalité.

Prix de la formation

Les montants à déboursier par les étudiants tournent aux alentours de 2000 euros par an. Le coût moyen des études d'ostéopathie s'élève donc à 11 000 euros pour obtenir une formation complète. Seule exception : le CBO qui demande 3600 euros par an.

Reconnaissance officielle

L'accréditation est la reconnaissance officielle d'une formation sur la base d'une décision d'un organe indépendant qui constate que la formation répond à des exigences minimales pré-établies en matière de qualité et de niveau.

La formation en ostéopathie n'est pas reconnue officiellement en Belgique, de sorte que les écoles ne sont pas soumises à des audits externes de la structure et du contenu de leur formation.

En 1986, une Académie belge de l'Ostéopathie a été fondée dans le but de faire des recommandations concernant les normes de formation, de donner des conseils pour répondre aux questions philosophiques, scientifiques et morales concernant la médecine ostéopathique et de promouvoir la recherche scientifique¹²⁰.

Des critères académiques minimaux ont été établis à la fois pour l'enseignement à temps partiel et l'enseignement universitaire. Les critères pour l'enseignement à temps partiel comprennent :

- les conditions d'admission (diplôme de médecine, kinésithérapie)
- la durée des études (5 ans), les hypothèses explicatives au sein de l'ostéopathie devant être réduites à un strict minimum
- la compétence des formateurs (être porteur d'un titre de D.O.)
- le contenu du cours de sémiologie (avec le diagnostic d'inclusion ou d'exclusion)
- les examens (examen clinique et travail de fin d'étude)

Les critères pour l'enseignement universitaire comprennent :

- les conditions d'admission (diplôme de l'enseignement secondaire supérieur)
- la durée des études (6 ans, dont 3 années de baccalauréat, 2 années de maîtrise et un master complémentaire)
- les examens (un mémoire)

Ces critères reflètent la formation universitaire qui est dispensée à l'ULB.

Les membres de cette académie sont des ostéopathes académiques, principalement attachés à la formation ULB.

Malgré cette zone d'ombre de la reconnaissance des formations, l'IAO et le FICO ont pris les choses en main et ont démarré eux-mêmes des procédures de qualité.

L'IAO a obtenu le label de qualité ISO-9001 depuis 1997. Ce label couvre des procédures spécifiques et des audits externes destinés à garantir la qualité.

L'IAO propose aussi une formation de bachelier et une formation de master en liaison avec une université (Pays de Galles, Innsbruck). Cette alliance implique en outre un contrôle régulier de la formation par une commission d'inspection.

Par leur alliance avec une université, l'IAO et l'ULB suivent les principes de la déclaration de Bologne^x. Le processus de Bologne est essentiellement connu par sa réforme de l'enseignement supérieur, qui évolue vers une structure tripartite (baccalauréat-maîtrise-doctorat) en vue du développement d'un European Higher Education Area (EHEA, soit un espace européen de l'enseignement supérieur) favorisant la mobilité des étudiants et des professeurs entre différents instituts de formation. Outre une structure internationale d'enseignement standardisé, la déclaration de Bologne prévoit aussi un contrôle de qualité, à savoir l'établissement de normes de qualité (Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area, normes et directives de garantie de qualité dans l'espace européen de l'enseignement supérieur).

Le FICO organise sa formation en ostéopathie en fonction des lignes directrices établies par la Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (société néerlandaise d'ostéopathie) et la Stichting het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO, soit la fondation registre néerlandais d'ostéopathie)¹²². Leur profil de compétence (PCP) (voir plus loin) sert de norme pour l'accréditation des formations reconnues par le NRO. Le PCP énumère les conditions d'entrée, les finalités et les exigences de qualité de la formation à temps partiel et à temps plein. Le contrôle de qualité s'effectue sur la base du matériel didactique (établissement d'un plan-cadre d'apprentissage et d'objectifs d'apprentissage, exigences minimales pour les examens et les stages cliniques), d'un contrôle de qualité interne (évaluation par les étudiants et les professeurs) et d'un contrôle de qualité externe (inspection par le NRO).

^x Pour en savoir plus sur la déclaration de Bologne, consultez le site internet¹²¹.

Ce que nous apprend l'enquête auprès des ostéopathes

La formation des ostéopathes belges est complémentaire à une formation antérieure dans 87,8% des cas (tableau 1^y). Les formations à temps plein en ostéopathie étant de nature très récente, elles ont été suivies principalement par de jeunes diplômés .

La kinésithérapie est la formation de base de 83,4% des ostéopathes exerçant aujourd'hui en Belgique (tableau 2).

La majeure partie des ostéopathes belges ont suivi une (et une seule) formation en ostéopathie en Belgique. La plus récente (l'ULB) est la moins représentée dans l'échantillon (1,1%). La plus importante en nombre d'étudiants (l'IAO) est la plus représentée (39,7%) (tableau 6).

L'association très forte entre ces formations et les unions professionnelles est confirmée dans l'enquête. Les trois unions suivantes : la SBO/BVO, l'UBO/BUO et l'UKO sont des unions professionnelles beaucoup plus diversifiées en ce qu'elles accueillent des élèves d'au moins 6 formations différentes (8 pour l'UKO) (tableau 7).

Environ 35% des ostéopathes (n=165) ont suivi une formation à l'étranger, complémentaire à leur formation en Belgique pour un peu plus de la moitié d'entre eux.

Deux pays sont fréquemment mentionnés comme lieu de formation : la Grande-Bretagne et la France. Ils sont classés ci-dessous selon le volume d'étudiants qui y ont été formés (tableau 3) :

- Grande-Bretagne (n=76)
- France (n=49)

Ici aussi on observe que les filières d'accès à la profession sont fortement liées aux filières de formation à l'étranger via, notamment, l'organisation de certains enseignements trans-nationaux.

La majorité des ostéopathes (89,5%) suivent une formation continue (Tableau 5).

Messages clé

- **La formation en ostéopathie peut être suivie via une formation à temps partiel ou à temps plein. Les deux types de formation conduisent à l'obtention du titre de D.O., les formations à temps plein débouchant sur un master (complémentaire) en ostéopathie.**
- **On observe un glissement de la formation à temps partiel le week-end dans des écoles privées (5 ans) vers des formations universitaires à temps plein (4-6 ans)**
- **Le prix de revient total moyen d'une formation en ostéopathie dans une école privée oscille entre 11 000 et 18 000 euros.**
- **La préformation en kinésithérapie ou en médecine est aussi en recul dans les formations à temps plein.**
- **La formation ULB s'écarte de la philosophie et des principes ostéopathiques et limite le contenu de la formation aux techniques de manipulation du système pariétal.**
- **Actuellement, il n'existe pas encore de garanties sur le plan de la qualité de la formation.**

^y Les tableaux sont disponibles dans les annexes 'résultats' de la partie formation

5.3.2 Chiropraxie

5.3.2.1 *Instituts de formation*

La chiropraxie n'est pas enseignée en Belgique. A l'étranger, la formation est une formation universitaire à temps plein. Les instituts de formation les plus connus sont (données fournies par l'UBC-BVC) :

- Anglo-European College of Chiropractic de Bournemouth (AECC) (R.U.), en association avec l'université de Portsmouth
- Institut Franco-Européen de Chiropraxie de Paris (France)
- Real Centro Universitario Escorial-Maria Christina (Espagne)
- University of Southern Denmark d'Odense (Danemark)
- Les principales écoles aux Etats-Unis se trouvent à Chicago, Los Angeles, New York et Toronto

La formation conduit à l'obtention du titre de Doctor of Chiropractic (D.C.) aux Etats-Unis ou à un Masters' degree en chiropraxie au Royaume-Uni.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2005 des principes directeurs pour la formation en chiropraxie et les contre-indications du traitement¹².

La ligne directrice établit plusieurs modèles de formation :

- Catégorie I formation complète en chiropraxie
 - La catégorie IA comprend les formations à temps plein destinées à des étudiants n'ayant pas de préformation (programme à temps plein de 4 ans, programme de baccalauréat de 5 ans, programme pré-professionnel de maîtrise de 2 ou 3 ans)
 - La catégorie IB comprend la formation pour les étudiants ayant une préformation (la durée de la formation dépend de la préformation)
- Catégorie II : formation limitée (temporaire) en chiropraxie (pour les pays où la chiropraxie n'est pas encore légalisée)
 - La catégorie IIA comprend un programme de reconversion pour les étudiants ayant une préformation, lequel débouche sur une qualification limitée en chiropraxie
 - La catégorie IIB comprend la formation (de durée et de teneur variables) permettant d'obtenir une qualification plus étendue mais non complète (niveau 1^{er} bachelier) pour les personnes ayant une préformation

Nous ne détaillerons pas ici la liste des contre-indications du traitement dans les principes directeurs, mais celle-ci peut être trouvée dans le chapitre sur les preuves et le chapitre sur le profil de compétences professionnelles. (voir chapitre suivant).

Dates de création

La formation en chiropraxie a démarré dans les différents instituts de formation entre 1965 (AECC) et 2007 (Espagne).

Répartition géographique

La formation en chiropraxie est organisée dans les pays suivants : Australie, Brésil, Canada, Danemark, France, Japon, Malaysia, Mexique, Nouvelle-Zélande, Afrique du Sud, Corée du Sud, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni et Etats-Unis.

Critères d'admission

Chaque institut de formation a ses propres critères et modalités d'admission à la formation, mais en général, un diplôme d'enseignement secondaire et la réussite d'un test d'anglais suffisent pour être admis.

Avant de pouvoir entamer ses études, le candidat-étudiant doit avoir un entretien avec son union professionnelle nationale.

Le lieu et la langue des études font que le nombre d'étudiants belges est limité.

Durée et structuration de la formation

La formation de six ans se compose d'une formation de cinq ans dans un institut de formation et d'une année de stage complémentaire obligatoire dans le pays d'origine de l'étudiant (le fameux programme GEP - Graduate Education Program).

Les étudiants ayant une préformation dans le secteur médical peuvent suivre un programme raccourci, les deux premières années étant groupées en une seule.

Contenu de la formation

La formation de six ans se compose de 3 années de baccalauréat, 2 années de maîtrise et une année de stage dans le pays où la profession sera exercée. La formation se présente comme suit :

- Les deux premières années, les sciences fondamentales
- La 3^e et la 4^e année, les sciences cliniques avec l'apprentissage des techniques thérapeutiques et diagnostiques et les premiers stages dans la clinique de formation
- La 5^e année est principalement faite de stages cliniques, avec la défense d'un mémoire devant un jury international
- La 6^e année est faite de stages en clinique, c'est le programme GEP (organisé par l'union professionnelle)

Le Graduate Education Program (GEP) consiste à suivre des séminaires, à écrire des articles scientifiques, à faire des stages chez des chiropracteurs et des chirurgiens et à réussir un examen final. Des informations complémentaires sur le contenu du programme GEP se trouvent en annexe.

Prix de la formation

L'AECC est la formation la plus connue en Europe. Le prix de revient de la formation complète de chiropracteur s'élève à 3290 £ par an pour les années de baccalauréat et à 10400 £ par an pour les années maîtrise (année académique 2010-2011)¹²³. Les prix des autres formations n'ont pas été détaillés.

Accréditation/reconnaissance

A l'échelle européenne, une commission d'accréditation, le European Council on Chiropractic Education (ECCE, le conseil européen de l'enseignement chiropraxique), a été créé afin d'offrir une garantie sur la formation¹²⁴. Cette organisation internationale autonome a édicté des normes que les instituts de formation doivent respecter pour obtenir une (ré)accréditation de leur formation en chiropraxie. Ces normes ont pour objectif de garantir une formation produisant des professionnels de la santé compétents, capables de répondre aux besoins du patient dans les soins de première ligne. La commission n'a pas l'intention d'élaborer des cursus détaillés, mais s'est plutôt consacrée à la description des connaissances, des attitudes et des compétences qu'un chiropracteur doit avoir à la fin de ses études pour offrir en toute sécurité des soins de première ligne au patient.

Les normes décrivent l'ensemble du cadre de formation, subdivisé en 10 domaines avec 36 sous-domaines. La version complète de ces normes n'est pas abordée plus en détail ici (la version complète figure en annexe).

L'ECCE a établi un rapport d'auto-analyse qui permet à chaque institut de formation de procéder à une auto-évaluation de sa formation. Les établissements de formation doivent également compléter chaque année un rapport dans lequel ils communiquent les toutes dernières réformes de leur programme.

L'action de l'ECCE a conduit à un grand degré de similitude dans la structure, le processus et le produit de la formation proposée par les différents instituts de formation.

Ce que nous apprend l'enquête auprès des chiropracteurs

La formation des chiropracteurs belges est complémentaire à une formation antérieure dans 45,2% des cas (Tableau 1). La kinésithérapie est la formation de base la plus courante (21,9%) (Tableau 2).

Tous les chiropracteurs belges ont été formés à l'étranger. Quatre pays différents sont mentionnés comme lieux de formation. Ils sont classés ci-dessous selon le volume d'étudiants qui y ont été formés (Tableau 3) :

- Grande-Bretagne (n=39)
- Etats-Unis d'Amérique (n=32)
- Canada (n=3)
- France (n=2)

Plus de 7 collègues sont cités aux Etats-Unis (le Palmer College of Chiropractic étant le plus souvent cité) pour un seul collègue au Royaume-Uni (l'Anglo-European College of Chiropractic) (Tableau 4).

Près de 80% des chiropracteurs suivent une formation continue (Tableau 5).

Messages clé

- **Il n'existe pas de formation en chiropraxie en Belgique, avec comme conséquence que les étudiants doivent suivre une formation à l'étranger pendant 5 ans (d'où le coût élevé des études).**
- **Les formations sont pilotées au départ d'une organisation européenne, avec un mécanisme européen d'accréditation qui assure une uniformité entre les formations.**
- **La formation s'achève par un programme GEP (sous la responsabilité de l'union professionnelle), l'étudiant effectuant une année clinique avec des possibilités de recherche dans le pays où il exercera son métier.**
- **Ce programme GEP peut faciliter l'intégration du chiropracteur débutant et le soutenir dans le développement de sa propre pratique.**

5.4 ORGANISATION DE LA PROFESSION^z

5.4.1 Ostéopathie

5.4.1.1 Avant la loi Colla

Les deux premières organisations d'ostéopathes belges sont créées par les anciens élèves belges des écoles d'ostéopathie française (l'Institut William Gardner Sutherland (IWGS)) et britannique (l'Ecole Européenne d'ostéopathie de Maidstone (ESO)). Elles sont au départ en grande partie consacrée à la thérapie manuelle avant de se définir pleinement comme associations d'ostéopathe. La Société Belge d'Ostéopathie (SBO/BVO) (1986) née de ces deux associations a joué un rôle fondateur dans la défense et la reconnaissance de la profession. Elle s'implique pendant près de quinze ans dans des batailles juridiques avec des associations professionnelles de médecins afin d'être reconnue en tant qu'union professionnelle. Ce faisant la SBO fait jurisprudence pour toutes les associations en voie d'émergence.

5.4.1.2 Après la loi Colla

Dès 1999, la prolifération des écoles et des associations cède la place au regroupement. Au niveau des organisations, une nouvelle ASBL - le Groupement Nationale Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie Groepering, Nationaal en Representatief voor de Professionele Osteopaten (GNRPO) - regroupe les cinq unions professionnelles suivantes :^{7, 125, 126}

- la Société belge d'ostéopathie (SBO-BVO) (1986) : 343 membres,
- l'Union des ostéopathes (UVO) (1995) : 68 membres,
- l'Union belge des ostéopathes (UBO-BUO) : 84 membres,
- le Registre des ostéopathes de Belgique (ROB-ABRO) (1995) : 290 membres,
- l'Association Belge des Ostéopathes Classiques (ABOC-BAKO) (1999) : 29 membres.

Le Groupement National Représentatif des professionnels de l'Ostéopathie (GNRPO) milite pour une pratique exclusive de l'ostéopathie. Les membres effectifs doivent donc renoncer à leur numéro INAMI.

Les critères d'adhésion au GRNPO sont :

- une préformation (qui relève de l'AR78), sauf pour les étudiants qui ont suivi une formation fulltime après l'enseignement secondaire
- le diplôme de D.O. en ostéopathie (avec défense de la thèse)
- une assurance responsabilité civile
- une attestation annuelle vierge de remboursements sous numéro INAMI

En 2010, l'Union des diplômés en kinésithérapie et ostéopathie (UKO) (214 membres) est reconnue à son tour, bien qu'elle existe déjà depuis plus de dix ans. Elle défend quant-à-elle une pratique combinée de l'ostéopathie et de la kinésithérapie¹²⁷.

Le GNRPO se distingue de l'UKO par l'obligation imposée à ses membres de déposer le numéro INAMI et d'exercer l'ostéopathie comme profession unique. A l'inverse, l'UKO permet à ses membres de combiner la kinésithérapie avec l'ostéopathie.

Pour être reconnues comme union professionnelle, toutes ces associations doivent remplir plusieurs conditions concernant la formation de leurs membres, les rémunérations en vigueur, la couverture en responsabilité civile, etc.

^z La description détaillée des Unions professionnelles est disponible en annexe ainsi que la méthodologie de collecte des données.

Les unions professionnelles ont un nombre de membres très variable allant de 29 (l'ABOC qui a vu sa principale école fermer rapidement) à 343 (la SBO qui est la plus ancienne) (voir tableaux descriptifs en annexe). La plupart de ces unions sont profondément marquées par l'un ou l'autre courant de formation selon que la majorité de leurs membres provient de telle ou telle école.

La formation la plus récente en ostéopathie (ULB) a aussi débouché sur la création d'une nouvelle union professionnelle. Cette union professionnelle (Union Professionnelle de Médecine Ostéopathique/Beroepsvereniging Voor Osteopathische Geneeskunde (UPMO/BVOG)) n'est actuellement pas encore reconnue par le GRNPO et par l'Etat. A la différence des autres unions professionnelles, elle suit le discours de l'ULB, prenant (provisoirement) ses distances par rapport aux principes crânio-sacrés et viscéraux¹²⁸.

Toutes les unions professionnelles se sont inscrites sur la scène internationale au sein d'organisations plus larges.

5.4.1.3 *Mission*

L'histoire des unions démontre qu'elles sont très actives dans la défense des intérêts des professionnels (voir ligne du temps en annexe). Elles se sont engagées dès les années 1970 dans un processus de reconnaissance de la profession:

- au milieu des années 1980 elles défendent les ostéopathes en procès pour exercice illégal de la médecine;
- en 1986 elles déposent une requête pour être reconnue comme union professionnelle;
- en 1987, dépôt du titre de DO;
- en 2007, protection du titre ;
- en 2010 procès contre l'Etat suite à la non publication des décrets d'exécution de la Loi Colla.

5.4.1.4 *Profil de compétences (PCP)*

Le regroupement des différentes unions professionnelles sous l'organisation faîtière qu'est le GRNPO a aussi débouché sur la présentation d'une vision commune de l'exercice de la profession d'ostéopathe en Belgique. Cette vision est exposée dans le profil de compétences professionnelles (PCP)².

Un PCP a pour objectif de fixer les critères d'exercice de la profession de l'ostéopathe belge à l'issue de sa formation de base. Ces critères sont considérés comme des exigences minimales pour l'exercice de la profession. Le PCP vise à accroître la professionnalisation du métier en rendant l'ostéopathie intelligible et identifiable pour tout le monde et en fournissant des normes de garantie de la qualité et de l'identité de l'ostéopathe.

Ce profil a été soumis au vote du conseil d'administration du GRNPO en septembre 2010. Le ROB a voté contre et a établi son propre profil. L'UVO et l'ABOC/BAKO ont approuvé le profil à quelques conditions. Interrogés, les différents partenaires ont fait ressortir les points d'achoppement suivants : l'utilisation de la formation universitaire de l'ULB comme formation type, l'accent limité mis sur les techniques et concepts crânio-sacrés et viscéraux de l'ostéopathie, et l'accent mis sur la vision d'avenir qui reflète de façon limitée l'exercice actuel de la profession par les ostéopathes en Belgique.

Actuellement, les pourparlers se poursuivent pour arriver quand même à une vision commune.

A l'échelle européenne également, les deux organisations européennes (FORE et EFO) de l'ostéopathie ont uni leurs efforts pour arriver à un « Scope of Osteopathic Practice in Europe » (champ d'application de la pratique ostéopathique en Europe). La version la plus récente de ce document est une version provisoire qui a été envoyée à tous les membres pour validation. Sa structure et son contenu sont très proches du PCP du GRNPO.

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons principalement aux ressemblances et aux différences entre les PCP du GRNPO et du ROB^{2 129}. La description du PCP est principalement axée sur l'identité de l'ostéopathie et la vision de l'intégration de l'ostéopathie dans les soins de santé. Les versions complètes des PCP figurent en annexe.

Identité de l'ostéopathie

Définition

Plusieurs définitions de l'ostéopathie sont citées et les concepts clés suivants ressortent de la description de l'identité (tant du côté du GRNPO que du ROB) : **unité du corps et de l'esprit, autorégulation du corps humain, rapport de réciprocité entre structure et fonction étayé par 5 modèles de relations structure-fonction** (biomécanique, neurologique, respiratoire/circulatoire, bio-psychosocial et bio-énergétique). Ces modèles montrent le **caractère holistique** de l'ostéopathie.

Le PCP du ROB se distingue du PCP du GRNPO en décrivant plus explicitement la fonctionnalité des systèmes comme une **fonction pariétale** (se rapportant à l'appareil locomoteur et à toutes les structures tissulaires conjonctives), une **fonction viscérale** (fonction métabolique) et une **fonction crano-sacrée** (se rapportant à la commande et la régulation des différentes fonctions corporelles). Une dimension supplémentaire est ajoutée à la définition, la médecine ostéopathique étant décrite comme **une philosophie, une science et un art**. Le PCP du ROB plaide en faveur d'une médecine ostéopathique selon des directives fondées sur des preuves scientifiques (dans la mesure du possible), sans pour autant renoncer aux principes et à la philosophie ostéopathiques.

Ceci contrairement au PCP du GRNPO, qui prend délibérément ses distances par rapport aux doctrines du fondateur et qui soutient l'idée d'une poursuite du développement du volet recherche, afin de garantir la qualité de l'acte ostéopathique.

Techniques

L'acte ostéopathique est caractérisé par des techniques manuelles, le GRNPO mettant davantage l'accent sur le **sens du toucher ostéopathique** développé par l'ostéopathe. Ce toucher ostéopathique (osteopatic touch) est décrit comme une compétence haptique hautement développée associée à un acte technique habilement réalisé.

Le but d'un traitement ostéopathique est de récupérer la fonction normale d'un tissu. La pratique clinique est limitée à l'usage des mains à une fin diagnostique et thérapeutique pour remédier à des douleurs portant sur l'**appareil locomoteur** (d'après le GRNPO). Ceci exclut l'usage de médicaments et de techniques invasives. Les plaintes sont par ailleurs (encore) limitées à l'appareil locomoteur, des recherches complémentaires étant nécessaires pour les plaintes relatives à la digestion ou à la circulation du sang.

Dans le PCP du ROB, l'ostéopathie est décrite comme une **thérapie de stimulation sensorielle fonctionnelle** qui joue sur l'irritabilité de certains systèmes du corps qui entrave un fonctionnement normal de ce corps. Un traitement ostéopathique consiste en une diversité de techniques (**osteopathic manipulative techniques (OMT) ou techniques de manipulation ostéopathique**), dont les techniques viscérales et crano-sacrées font également partie.

Compétences

La mise en œuvre d'une garantie de qualité se manifeste aussi à travers l'établissement d'une liste des différentes compétences d'un ostéopathe (et étudiant ostéopathe). Ces différents rôles et compétences ont été développés selon le modèle CanMEDS^{aa} et complétés par le modèle SERV^{bb} dans le PCP du GNRPO et par le modèle pyramidal de Miller dans le PCP du ROB¹³⁰⁻¹³². Les différents rôles de l'ostéopathe sont : expert en ostéopathie, communicateur, professionnel de la santé, étudiant, avocat de la santé, manager, professionnel. Chaque rôle est décrit sur la base d'une définition, des compétences, des indicateurs et des connaissances nécessaires. Nous ne nous attarderons pas davantage sur ces différents rôles dans cette description du PCP.

Vision de l'intégration de l'ostéopathie dans les soins de santé

Dans les deux PCP, il est dit que l'ostéopathie remplit une **fonction de première ligne** tant au niveau diagnostique qu'au niveau thérapeutique, l'ostéopathie pouvant aussi bien être complémentaire qu'alternative au traitement médical standard. L'argumentation développée pour lui accorder cette place dans les soins de santé est la compétence de la pose d'un diagnostic différentiel. La compétence de la pose d'un diagnostic est étayée par l'énumération des contre-indications absolues et relatives de techniques directes et indirectes.

Tout comme le GRNPO, le ROB plaide pour une fonction de première ligne au sein des soins de santé, la pose de diagnostic étant un facteur distinctif par rapport à d'autres thérapies. La compétence de **pose de diagnostic** est décrite comme : définir les demandes d'aide, procéder à une anamnèse et effectuer efficacement un examen physique pour arriver ainsi à un diagnostic ostéopathique, les contre-indications étant exclues par le biais du diagnostic différentiel. Le diagnostic ostéopathique implique une détection manuelle des dysfonctionnements somatiques, par le recours à la palpation, à l'examen manuel de la mobilité et à l'interprétation des tests cliniques.

Cette compétence est déjà prise en compte dans la formation et est soulignée une fois de plus dans la vision de la formation du futur ostéopathe (voir plus loin). Outre une fonction curative, l'ostéopathie joue aussi un rôle préventif.

Formation

Le PCP du GRNPO dresse un tableau de l'exercice de la profession d'ostéopathe. Des finalités sont formulées pour la formation dans le PCP, avec comme message clé une poursuite du développement de la professionnalisation du métier via la formation. Le GRNPO se range du côté d'une **académisation** de la formation en ostéopathie, à travers le soutien de la formation universitaire (comme à l'ULB) et l'instauration d'une **année de stage** (apprentissage) pour les jeunes diplômés, afin que ceux-ci acquièrent de l'expérience, des compétences cliniques et organisationnelles et des connaissances complémentaires.

Ce PCP servira de document de base pour le profil de formation, dans lequel des critères de qualité seront établis pour la formation.

Tout comme dans le PCP du GNRPO, le profil est considéré comme un fil conducteur pour les finalités de la formation en ostéopathie. La **déclaration de Bologne** est au cœur de tout ceci, avec une structure bachelier-master, le ROB plaidant pour une formation dans un établissement universitaire ou attaché à une université.

^{aa} CanMeds: Canadian Medical Education Directions for Specialists

^{bb} SERV: Sociaal-Economische Raad voor Vlaanderen

Place dans les soins de santé

Un dernier chapitre du PCP du ROB aborde la distinction par rapport aux professions apparentées (kinésithérapie, chiropraxie, médecine manuelle et thérapie manuelle et médecine allopathique), en mettant l'accent sur le dysfonctionnement somatique comme cause possible des plaintes, le diagnostic spécifique et l'utilisation de quelques techniques manuelles en ostéopathie.

Les différences ne sont pas énumérées dans le PCP du GRNPO, mais on allègue simplement que la distinction avec d'autres thérapies est établie par le concept ostéopathique sous-jacent.

En résumé, on peut dire que les deux PCP présentent de grandes similitudes, comme le plaider en faveur de l'exercice de l'ostéopathie en tant que soin de première ligne. Aucun des deux profils ne fait mention de l'exercice unique de l'ostéopathie (exclusion de la combinaison kinésithérapie et ostéopathie). Mais dans l'un comme dans l'autre, aucun profilage clair, aucune définition précise de la profession n'apparaît non plus.

Les différences se situent plutôt dans le développement plus en profondeur de certains chapitres, comme le profil de formation. Dans le PCP du GRNPO, on cite quelques finalités et on renvoie à un futur profil de formation, contrairement au PCP du ROB qui cite les directives de la déclaration de Bologne. Dans le PCP du ROB, les techniques ostéopathiques sont explicitement citées, entre autres les techniques crano-sacrées et viscérales, à l'inverse du GRNPO qui prend ses distances par rapport aux concepts sous-tendant ces techniques. Une dernière nette différence entre les deux profils concerne la comparaison ou absence de comparaison de l'ostéopathie avec les autres professions soignantes.

Actuellement, un accord européen a également été trouvé pour établir une norme CEN. Nous donnons plus d'informations sur le CEN sous la rubrique chiropraxie.

Recherche

La recherche en ostéopathie est encouragée par la création d'un fonds de financement (Swiss Fund for Evidence Based Osteopathic Medicine-SFEBOM). Cette organisation collabore avec la CORPP (Commission for Osteopathic research, Practice and Promotion). Cette organisation a pour but de promouvoir la recherche scientifique¹²⁵.

Messages clés

- **Depuis 1999, les différentes unions professionnelles d'ostéopathes se sont regroupées au sein d'une organisation faitière, le GNRPO, qui défend l'ostéopathie comme thérapie unique.**
- **L'UKO se démarque du GRNPO en défendant la combinaison de la kinésithérapie avec l'ostéopathie.**
- **Les évolutions récentes en matière d'enseignement ont donné naissance à une nouvelle union professionnelle, qui défend la médecine fondée sur des preuves scientifiques en ostéopathie et renonce aux concepts ostéopathiques qui sous-tendent les techniques viscérales et crano-sacrées.**
- **Le PCP du GNRPO dresse un tableau de l'exercice de la profession en Belgique, mais a aussi conduit à un désaccord (provisoire) au sein du GNRPO.**
- **En réaction à ce PCP, le ROB (deuxième plus grosse association au sein du GNRPO) a établi son propre PCP, mettant davantage l'accent sur le concept ostéopathique des techniques OMT.**

5.4.2 Chiropraxie

La seule association professionnelle de chiropractors (Union Belge des chiropractors/Belgische Vereniging van chiropractors, UBC-BVC) en Belgique compte 105 membres et est représentative de 95% de l'ensemble des chiropractors en Belgique. Cette union professionnelle (fondée en 1945) est membre de la European Chiropractor's Union et de la World Federation of chiropractic¹³³.

L'UBC-BVC a fixé des critères d'adhésion à l'union professionnelle en qualité de chiropracteur :

- Un diplôme obtenu auprès d'un établissement reconnu par le Council of Chiropractic Education (CCE)
- Sur la base de son diplôme, le candidat est admis provisoirement en tant que membre (période maximum de 2 ans).
- Pendant la période d'affiliation provisoire, on est obligé de réussir un Graduate Education Program (GEP) organisé par l'UBC-BVC (obligatoire depuis 1995) (pour la description de ce programme, voir chapitre formation)

Une fois que l'on a réussi, on peut devenir membre à part entière de l'union professionnelle.

5.4.2.1 Mission de l'UBC-BVC

La mission de l'UBC-BVC englobe :

- Défense et reconnaissance des aspects scientifiques et légaux relatifs à l'exercice et au développement de la chiropraxie
- Surveillance de l'éthique professionnelle et de la déontologie de la profession
- Entretien du dialogue avec les autorités
- La diffusion d'informations scientifiques
- La promotion de la recherche scientifique, en mettant l'accent sur une approche pluridisciplinaire
- La diffusion des résultats de la recherche
- Organisation d'une formation continuée pour les chiropractors

L'UBC-BVC a aussi établi un code avec les principes éthiques et règles professionnelles qui constituent ensemble la déontologie de la chiropraxie, entre autres l'interdiction de combinaison d'une pratique chiropraxique avec une autre activité professionnelle, la conclusion obligatoire d'une assurance responsabilité civile professionnelle, responsabilité extra-contractuelle et protection juridique (via des polices collectives).

5.4.2.2 PCP de chiropraxie

L'UBC-BVC n'a pas établi elle-même de PCP, mais suit les directives établies par la European chiropractors' Union, notamment le Code of Good Practice (code de bonnes pratiques) et l'ECU Chiropractic Profile Document (document de profil chiropraxique de l'ECU)^{3, 134}.

Le Code of Good practice fixe les règles générales de conduite pour ce qui est du travail avec les patients, du travail avec les collègues, de l'intégrité et de leur propre santé et sécurité³.

L'ECU Chiropractic Profile Document décrit les critères d'exercice de la profession et de formation pour arriver ainsi à une nouvelle optimisation de la qualité des soins dans un cadre pluridisciplinaire. Dans ce cadre, les soins sont centrés sur le patient. Ce document se base aussi sur les documents de la World Federation of Chiropractic¹³⁴.

En ce moment, il y a aussi un premier projet de norme européenne (Health care provision by chiropractors, fourniture de soins de santé par les chiropractors) établi par le CEN (Comité européen de Normalisation) en collaboration avec les unions professionnelles de différents pays européens. Ce document est soumis à tous les membres, après une dernière adaptation il deviendra la norme européenne pour les soins chiropraxiques. Le CEN – le comité européen de normalisation – est l'organisme chargé par l'UE et les Etats membres de rédiger et publier les normes européennes (ISO est leur homologue à l'échelle mondiale). Vous trouverez plus d'informations sur cette organisation sur leur site internet¹³⁵.

Identité de la chiropraxie

La chiropraxie est décrite comme : Chiropractic care, including diagnosis and management, focuses upon the relationship between structure, primarily the spine, and function, primarily via the nervous system, as it relates to health, posture and performance (définition de l'ECU, 2005). Les soins chiropraxiques, diagnostic et traitement compris, se concentrent sur la relation entre structure, essentiellement la colonne vertébrale, et fonction, essentiellement via le système nerveux, et son impact sur la santé, la posture et la performance.

Les plaintes à traiter sont liées à des affections bio-psychosociales du système neuro-musculo-squelettal.

Les compétences du chiropractor ont été définies comme suit (World Federation of Chiropratic) :^{134, 136}

- Capacité d'arriver à une amélioration de la fonction dans le système neuro-musculo-squelettal, de la santé, du bien-être et de la qualité de vie
- Approche spécialisée de l'examen, du diagnostic et du traitement sur la base des études disponibles et des preuves cliniques avec accent sur la relation entre la colonne vertébrale et le système nerveux
- Pas de recours aux médicaments ou à la chirurgie, et épargner au patient ces stratégies de traitement quand c'est possible
- Praticiens spécialisés du « spinal adjustment », de la manipulation, d'autres techniques manuelles, capables d'expliquer des exercices et d'éduquer les patients
- Une approche centrée sur le patient et bio-psychosociale, où l'accent est mis sur la relation entre esprit et corps, les capacités d'autoguérison de l'individu, la responsabilité de l'individu par rapport à sa santé et l'encouragement de l'autonomie du patient.

Les soins chiropraxiques se subdivisent en 3 tâches principales : l'examen fonctionnel, clinique et diagnostique, le raisonnement clinique (avec le concept du complexe de subluxation) et le traitement chiropraxique. Ce traitement comprend des techniques de manipulation de la colonne vertébrale et des extrémités, des conseils ergonomiques, de la prévention et l'évaluation de la thérapie.

Outre les compétences de thérapeute du chiropracteur, on met aussi en avant ses compétences en tant que professionnel, comme le développement de la recherche pour améliorer la qualité et l'instauration d'une collaboration avec les autres disciplines des soins de santé.

Vision de l'intégration de la chiropraxie dans les soins de santé

Le chiropracteur est décrit, selon l'identité définie par la World Federation of Chiropractic, comme le spécialiste du dos dans les soins de santé, où il remplit une fonction de première ligne (le patient n'est pas renvoyé à lui par un autre médecin). La chiropraxie est guidée par la recherche fondée sur des preuves, mais une absence ou une insuffisance de preuves ne doit pas d'office conduire à un rejet d'un concept de traitement.

A l'échelle européenne, la recherche scientifique est appuyée par un conseil de la recherche (Research Council). Ce conseil de la recherche évalue les propositions scientifiques sur la base de leur pertinence, de leur impact potentiel, de leur qualité et de leur faisabilité. Toutes les études portant sur la chiropraxie sont aussi rassemblées dans un registre (European Chiropractic Research Register), tandis que les jeunes chercheurs sont soutenus. L'ECU (European Chiropractors' Union) a en outre créé, en collaboration avec le Research Council, un fonds de recherche pour promouvoir et soutenir (financièrement) la recherche scientifique, de manière à ce que les connaissances, la vision et la pratique des soins chiropraxiques fassent partie de la médecine scientifique¹³⁷.

Les contre-indicateurs d'un traitement chiropraxique sont énumérés dans les directives de l'OMS.

L'importance d'une bonne formation est soulignée dans ce document à travers une courte description du European Council on Chiropractic Education (ECCE), du Graduate Education programme (GEP) et de la formation continuée (pour une description plus détaillée, voir chapitre sur la formation en chiropraxie).

Messages clés

- **Les chiropractors sont représentés par une union professionnelle (UBC-BVC)**
- **L'union professionnelle soutient le chiropractor fraîchement diplômé à travers le programme GEP, obligatoire, qui permet à l'étudiant de s'intégrer plus rapidement dans la pratique clinique en Belgique**
- **Le PCP des chiropractors a été établi et approuvé à l'échelle européenne et est utilisé comme charte en Belgique**

6 ASPECTS SÉMANTIQUES: HOLISME ET GLOBALITÉ

6.1 HOLISME ET GLOBALITÉ

L'une des stratégies discursives propres aux médecines non reconnues réside dans l'usage qu'elles font de mots-concepts à forte composante symbolique, mais au contenu nébuleux, comme ceux d'énergie, de « vitalisme », de « globalité » et, bien sûr, d'« holisme ». Les notions de « holisme » et de « globalité » sont toutes les deux centrales dans le vocabulaire et le discours tant de l'ostéopathie que de la chiropraxie. Il n'est toutefois pas inutile de tenter de clarifier la signification que ces termes prennent ici, étant donné leur polysémie. Ces deux concepts prennent en effet des sens quelque peu différents selon le contexte dans lequel ils sont utilisés.

Du grec holos « entier », l'**holisme** (mot introduit dans les années 1920 par Jan Christiaan Smuts, militaire et philosophe sud-africain) est originellement une théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible qui ne peut être réduit à l'une de ses composantes (physique, physiologique, psychique). Smuts a défini l'holisme comme « Les tendances créatrices présentes dans la nature à former des ensembles plus larges que la somme de leurs parties »¹³⁸.

La notion de « **globalité** », dérivée du mot globe, désigne quant à elle toute approche qui envisage un phénomène dans son ensemble, dans sa totalité.

Enfin, le « **globalisme** » désigne une doctrine d'après laquelle un tout composé a des propriétés que les composants n'ont pas^{cc}. Ces termes sont en fait presque synonymes et contiennent l'idée selon laquelle les caractéristiques d'un système (physique, biologique, technique, chimique, économique, symbolique, thérapeutique, etc.) ne peuvent s'expliquer par la somme de ses composants.

L'holisme est parfois utilisé comme étant l'inverse du réductionnisme^{dd}. On retrouve le concept de holisme dans de nombreuses disciplines mais utilisé selon des acceptions très différentes :

- dans les sciences naturelles, notamment dans l'approche qui est parfois désignée de manière dédaigneuse sous le terme de « mysticisme quantique » visant des auteurs comme Fritjof Capra, auteur du best-seller « Le Tao de la physique »¹³⁹, dans lequel il établit un parallèle entre la philosophie orientale et la mécanique quantique ;
- dans la psychologie (psychologie globaliste, approche systémique, psychanalyse jungienne, etc.) ;
- dans la sociologie (durkheimisme, structuro-fonctionnalisme, etc.) ;
- dans la théologie (panthéisme, comme utilisé par les païens grecs et romains, mouvance New Age, nouveaux mouvements religieux, etc.) ;
- dans le vocabulaire de l'EBM. La base de données bibliographique médicale Medline, par exemple, l'introduit dans son thésaurus (terme MeSH) en 1980 et le définit de la manière suivante : « Conception de la santé fondée sur l'idée que les hommes et les autres organismes vivants fonctionnent comme des unités intégrées plutôt que comme des agrégats d'éléments séparés. »
- en sciences infirmières, le 'nursing holistique' est défini comme « Une philosophie de soins qui prend en compte tous les besoins tant physiques, émotionnels, sociaux, économiques et spirituels des patients, leur réaction à la maladie, et l'impact de la maladie sur leur capacité à prendre en charge leurs soins »¹⁴⁰.

cc Le Nouveau petit Robert, éd. 1996

dd Wikipédia, art. « holisme »

La conception relativement homogène du patient, qui reconnaîtrait l'influence du social et du psychique sur les mécanismes physiologique est également fort présente dans les milieux cliniques qui traitent des cas de douleur chronique, et plus particulièrement dans les services hospitaliers qui adoptent une approche pluridisciplinaire du patient comme en oncologie par exemple. De ce point de vue, l'approche « biopsychosociale » adoptée dans la plupart des traitements de la douleur chronique (dans les cliniques de la douleur par exemple^{141, 142}) peut sans aucun doute être qualifiée de « globale », même si les modes concrets de son application en contexte hospitalier ne sont pas toujours bien définis, et même si les aspects « sociaux » du patient sont souvent réduits à sa situation économique.

Plusieurs auteurs ont ainsi proposé d'utiliser le concept de « wholisme »¹⁴³ pour éviter toute confusion entre cette conception du holisme médical, qui désigne une approche plurielle du patient, et la conception plus « métaphysique » que l'on retrouve souvent dans le vocabulaire des médecines alternatives et complémentaires.

6.2 LE HOLISME EN OSTÉOPATHIE ET EN CHIROPRACTIQUE

Le concept d'holisme est souvent utilisé dans la littérature ostéopathique et chiropractique, mais n'est presque jamais clairement défini, tout comme le sens avec lequel il est utilisé n'est quasiment jamais explicité, comme si sa définition allait de soi.

Still par exemple, le fondateur de l'ostéopathie, retient comme l'un des grands principes fondateurs de l'ostéopathie l'idée que « le corps est envisagé comme une unité organique »¹⁴⁴. Il n'y a pas vraiment de consensus sur l'implication de ce principe pour la pratique concrète de l'ostéopathie, mais lorsqu'on le rapproche des traitements ostéopathiques par manipulations, on peut facilement en déduire qu'il ne s'agit pas de la même idée contenue dans le concept de « wholisme » évoqué plus haut.

Si l'on prend pour exemple le traitement des coliques du nourrisson par manipulation, pratique courante tant en ostéopathie qu'en chiropraxie, cela suppose implicitement l'existence d'un lien entre la colique et la structure manipulée, lien qui est nécessaire pour rendre l'effet de la manipulation plausible. Ce lien n'est cependant que postulé, il ne peut être observé dans l'anatomie humaine. Une certaine forme de « pensée magique » (provenant certainement du « vitalisme » d'origine) est donc inhérente à la philosophie et à la pratique ostéopathique et chiropractique, qui postule soit des relations entre des choses, soit des effets de certains gestes sur certains symptômes, mais qui ne peuvent être ni confirmés ni infirmés par la connaissance scientifique. Or, il s'agit là d'un aspect auquel tiennent beaucoup les praticiens des deux disciplines et qui en fait bien des disciplines « alternatives ».

Une approche « wholistique » du patient en ostéopathie ou en chiropraxie pourrait être envisagée de différentes manières :

- On pourrait tout d'abord considérer telle une approche thérapeutique qui tiendrait compte de certaines caractéristiques (âge, condition physique, état émotionnel, ancrage relationnel, etc.) propres à chaque patient et qui, en fonction de ces caractéristiques, proposerait des traitements différents pour chaque patient. Or, ni l'ostéopathie ni la chiropraxie ne présentent une telle organisation de leurs traitements, puisque ceux-ci consistent souvent en la manipulation d'une articulation, et en la répétition, au fil des consultations, de la même manipulation pour le même patient. Si l'anamnèse et le diagnostic effectué par le praticien sont plus ou moins complexes, le traitement, lui, ne l'est en fait jamais.
- Une autre approche que l'on pourrait considérer comme holistique ou globale consisterait à combiner, pour chaque patient, une multitude d'outils thérapeutiques, choisis en fonction des problèmes de santé qu'il présente. Or, à nouveau, force est de constater que ni l'ostéopathie ni la chiropraxie ne présentent cette forme d'holisme.

Le souci de la globalité du patient et, son corollaire, la crainte de la réduction de celui-ci à son symptôme, sont des préoccupations qui sont probablement autant présentes dans la médecine classique que dans les médecines non conventionnelle. Ce rapport n'a pas examiné dans quelle mesure ces préoccupations dépassent le contour des intentions ou du discours des praticiens.

6.3 EN CONCLUSION

Comme nous pouvons le voir, l'utilisation à sémantique variable des concepts d'holisme et de globalisme dans le domaine de la médecine, en font ce que les anglo-saxons appellent des buzzwords, c'est-à-dire des mots fourre-tout, « bons à utiliser », précisément en raison de leur imprécision sémantique et de leur charge symbolique. Dans le discours des praticiens, ces termes sont surtout utilisés à la manière d'un « boundary object »¹⁴¹, comme critères de distinction pour marquer une frontière entre « eux » et « nous » : d'un côté, les médecins accusés de pratiquer une médecine du symptôme qui ne tient pas compte de ses aspects bio-psycho-sociaux, de l'autre les ostéopathes et les chiropracteurs prétendant pratiquer une approche « globale » du patient.

7 DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSIONS

7.1 INTRODUCTION

A la demande de la Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, le KCE a dressé un état des lieux des quatre thérapies non conventionnelles encadrées par la « loi Colla » depuis 1999 en Belgique, à savoir l'acupuncture, l'homéopathie, la chiropraxie et l'ostéopathie. On définit ces médecines comme un "groupe de divers systèmes médicaux et de soins de santé, de pratiques et de produits qui ne sont pas actuellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle". Ces thérapies sont qualifiées de 'complémentaires' lorsqu'elles sont utilisées conjointement avec des traitements conventionnels, et d'alternatives' lorsqu'elles le sont à la place d'un traitement conventionnel. Ces médecines s'opposent à la médecine classique ou conventionnelle en ce sens qu'elles ne sont pas fondées sur l'expérimentation scientifique. Pourtant, elles sont utilisées par un grand nombre de personnes.

Le présent rapport est le premier d'une série de trois : il concerne la chiropraxie et l'ostéopathie, deux disciplines essentiellement basées sur des techniques manuelles.

Il a pour objectifs de répondre plus spécifiquement aux questions suivantes :

3. Quelle est l'efficacité de l'ostéopathie et de la chiropraxie ? Quels sont les bénéfices et effets nocifs ?
4. Comment ces médecines se définissent-elles elles-mêmes et comment ces médecines sont-elles utilisées par la population belge ?
5. Quel est le statut légal de ces médecines et comment sont-elles organisées en Belgique?
6. Comment les thérapeutes sont-ils formés ?

Pour appréhender ces médecines dans leur complexité, le KCE a opté pour une approche multidimensionnelle, à la fois médicale, sociologique, anthropologique, juridique et organisationnelle. Ce choix s'imposait en raison du caractère 'holistique' spécifique à ces médecines alternatives, qui reposent sur des conceptions du corps et de la santé différentes de celles utilisées par les médecines conventionnelles (voir plus loin).

Pour chacune de ces dimensions, le KCE a fait appel à des méthodologies adaptées: une revue systématique de la littérature scientifique destinée à évaluer l'efficacité clinique et la sécurité des thérapies étudiées, une enquête par téléphone auprès de la population générale destinée à mesurer l'importance de la consommation de ces thérapies dans la population générale, une enquête par entretiens de type socio-anthropologique destinée à appréhender les perceptions des usagers réguliers et de thérapeutes, une enquête en ligne auprès des praticiens destinée à décrire les praticiens et les pratiques, une analyse détaillée du cadre juridique et organisationnel destinée à aider à comprendre la loi Colla et ses enjeux et, enfin, la consultation des unions professionnelles et d'experts permettant de décrire la manière dont ces professions s'organisent et dont les praticiens sont formés.

7.2 L'OSTÉOPATHIE ET LA CHIROPRACTIE EN BELGIQUE: LES UTILISATEURS, LES PRATICIENS, LES PRATIQUES

7.2.1 UN RECOURS TOUJOURS PLUS FRÉQUENT

L'enquête nationale de santé sur les comportements et la consommation des individus en matière de soins de santé, réalisée tous les 4 ans par l'Institut de Santé publique, avait déjà souligné le succès des médecines alternatives, dites non conventionnelles, auprès de la population. En 2001, 11 % des personnes interrogées avaient consulté un 'thérapeute alternatif' au cours des 12 derniers mois, et 12% en 2008.

L'enquête menée par le KCE en 2009 auprès d'un échantillon représentatif des adultes belges indique pour sa part qu'un tiers des répondants a déjà consulté au moins une fois un thérapeute alternatif au cours de sa vie et que, au cours des 12 derniers mois 7% ont consulté un ostéopathe, 6% un homéopathe, 3% un acupuncteur et 2% un chiropracteur. Ceci représente un nombre non-négligeable de personnes.

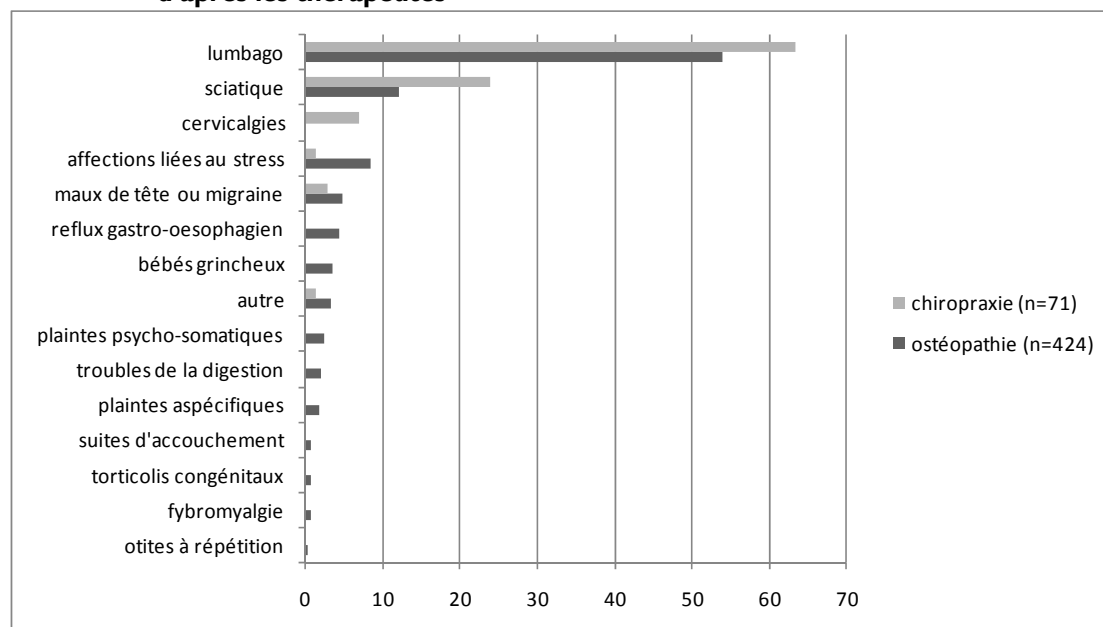
7.2.2 Qui sont les patients ?

La patientèle générale des ostéopathes est principalement constituée de bébés et d'adultes. On y retrouve très peu d'adolescents. Certains ostéopathes se sont d'ailleurs spécialisés dans le traitement soit des bébés et des femmes enceintes, soit des adultes. Par ailleurs, on n'observe pas de lien statistiquement significatif entre le sexe du thérapeute et celui de sa patientèle.

Les chiropracteurs traitent quant à eux une patientèle couvrant toutes les catégories d'âge, mais principalement constituée d'adultes.

En interrogeant les patients, on apprend que les problèmes pour lesquels ils recourent aux services d'ostéopathes ou de chiropracteurs sont à peu près identiques et touchent au système musculo-squelettique (maux de dos et de nuque principalement). En général, ils ont d'abord consulté un thérapeute conventionnel. Ces tendances sont confirmées par les thérapeutes eux-mêmes.

Figure 1 : Motifs de consultation des ostéopathes et des chiropracteurs d'après les thérapeutes^{ee}



^{ee} La question des cervicalgies n'a pas été posée aux ostéopathes par erreur.

En marge de ces motifs de consultation, émerge une demande de soins spécifiques aux bébés (presque exclusivement pour l'ostéopathie) : le reflux gastro-œsophagien chez les nourrissons et les bébés grincheux sont les principaux motifs poussant les jeunes parents à se tourner vers cette thérapie.

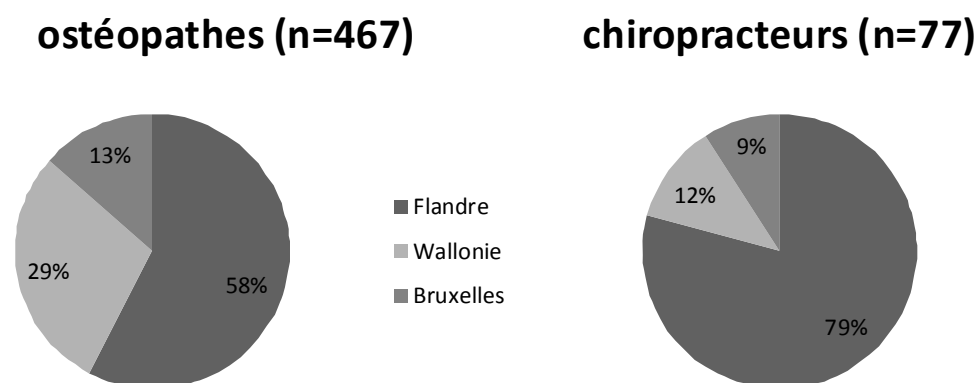
7.2.3 Qui sont les praticiens?

On dénombre actuellement en Belgique environ 1000 ostéopathes en exercice, affiliés à une union professionnelle. Près de la moitié d'entre eux sont âgés de 40 à 59 ans et un peu plus d'un quart sont des femmes (28%).

Du côté des chiropracteurs, on recense 110 affiliés à l'unique union professionnelle de notre pays. Ils sont en moyenne un peu plus jeunes (55% sont âgés de 30 à 50 ans) et 29% sont des femmes.

La chiropraxie est davantage pratiquée en Flandre qu'en Wallonie ou à Bruxelles.

Figure 2 : Répartition géographique des ostéopathes et chiropracteurs



La majorité des ostéopathes travaillent en solo (58%), et quand ils sont en cabinet groupé, ils travaillent principalement aux côtés d'autres ostéopathes et/ou de kinésithérapeutes. Certains combinent des pratiques en solo et en groupe. La pratique en solo est moins répandue chez les chiropracteurs (42%). La majorité de ceux qui travaillent en groupe le font exclusivement avec d'autres chiropracteurs.

La formation initiale des ostéopathes est le plus souvent une formation de kinésithérapie (83%) et 1% sont médecins. Par contre les chiropracteurs ont le plus souvent suivi une formation en chiropraxie directement, sans autre formation antérieure (56%). Vingt deux pourcents sont cependant kinésithérapeutes de formation et 3% médecins. (voir plus loin: comment devient-on ostéopathe ou chiropracteur?)

Pour être complet, il faut aussi signaler que certains médecins (généralistes et spécialistes) ont suivi une formation en 'médecine manuelle' en plus de leur formation classique. Ces médecins pratiquent donc des manipulations vertébrales sans être ni ostéopathes, ni chiropracteurs. Comme ils exercent dans le cadre de la médecine classique, ils ne sont pas repris dans le présent rapport.

7.2.4 Itinéraire type d'un patient

7.2.4.1 *Franchir le pas vers les médecines alternatives*

Il ressort de l'enquête par entretiens que les patients ne connaissent pas (ou peu) les philosophies et théories sous-jacentes aux deux thérapies et qu'ils ne s'y intéressent généralement pas. Ils ignorent même parfois s'ils consultent un chiropracteur ou un ostéopathe. Ils cherchent simplement à être soulagés de leurs maux de manière rapide et efficace.

Les patients qui ont déjà consulté un thérapeute alternatif ne rejettent pas la médecine conventionnelle, mais y recourent généralement dans le cadre d'une démarche complémentaire. En effet, l'enquête téléphonique auprès de la population révèle que de manière générale, 87% des répondants recourant aux médecines alternatives consultent également un médecin conventionnel et, le plus souvent, pour la même raison médicale. Toutefois, ils semblent conscients de l'existence d'une sorte de fossé entre médecines conventionnelles et alternatives car ils se montrent réticents à signaler à leur médecin qu'ils ont recours à ces thérapies non conventionnelles. En conséquence, les différents praticiens ne sont pas toujours au courant des traitements suivis ailleurs. Ils n'ont donc pas de vision globale des traitements administrés à leur patient, ce qui n'est pas idéal pour une pratique de qualité.

Quand un patient est orienté vers un praticien de l'ostéopathie ou de la chiropraxie, c'est d'ailleurs essentiellement sur base du bouche à oreille, sur les conseils de proches ou de connaissances. C'est donc fort différent de ce qui se passe dans le réseau conventionnel (médecin, dentiste, etc.) où ce sont souvent les médecins qui conseillent à leur patient de consulter tel ou tel confrère.

On notera également que 4% des personnes interrogées par téléphone n'ont jamais eu recours aux médecines alternatives parce que leur médecin traitant le leur a déconseillé.

7.2.4.2 *La consultation*

L'activité des ostéopathes et chiropracteurs présente un socle commun à partir duquel apparaissent quelques différences.

L'obtention d'un **premier rendez-vous** chez un chiropracteur est relativement rapide (le jour même ou le lendemain dans 81% des cas), et un peu moins chez un ostéopathe (le jour même ou le lendemain dans 57% des cas).

La **première consultation** dure entre 30 et 60 minutes chez la majorité des praticiens (79% des chiropracteurs et 83% des ostéopathes). Elle dépasse l'heure chez 16% des ostéopathes, ce qui n'est pratiquement jamais le cas chez un chiropracteur.

On peut identifier certaines différences nettes entre ostéopathes et chiropracteurs dans le type de **contacts avec les patients** :

- **La durée des consultations de suivi** : celles-ci durent au *maximum* 30 minutes chez un chiropracteur et au *minimum* 30 minutes chez un ostéopathe. En effet, la consultation ostéopathique laisse beaucoup plus de place au dialogue que la consultation chiropratique. De plus, l'ostéopathie recourt à des actes plus longs.
- Etant donné cette différence de temps consacré au patient, les espaces de consultations sont parfois **organisés** de manière différente : alors que chez certains chiropracteurs plusieurs patients à la fois peuvent attendre leur tour, chacun dans une cabine où ils se seront préalablement déshabillés, un ostéopathe ne recevra qu'un seul patient à la fois.
- Chiropracteurs comme ostéopathes utilisent **différentes techniques manuelles** en fonction de la plainte pour laquelle le patient consulte:

- La technique dite HVLA (High Velocity Low Amplitude) est utilisée par les deux professions. Cette technique consiste à pratiquer sur l'articulation un mouvement très rapide et très court (pas de grand déplacement = 'basse amplitude'), ce qui peut faire 'craquer' l'articulation (décoaptation). Cette manipulation, dosée de manière très précise, peut lever des contractures musculaires au voisinage des articulations concernées. Nonante neuf pourcents des chiropracteurs et 63% des ostéopathes y recourent souvent ou très souvent. Cependant **la manière d'exercer ces manipulations** diffère et repose sur des philosophies sous-jacentes différentes (voir le cadre historique plus loin).
- Des **techniques 'douces'**, sans 'craquement', sont également utilisées par les deux professions. Plus de 77% des ostéopathes et 75% des chiropracteurs les utilisent souvent ou très souvent. Cependant, ici les techniques diffèrent plus nettement entre les deux disciplines :
 - La majorité des ostéopathes utilisent des techniques viscérales et crânio-sacrées qui consistent en la manipulation des organes et du crâne par des pressions. Celles-ci sont particulièrement utilisées pour traiter les bébés. Toutefois, les fondements et le recours à ces techniques ne font pas l'unanimité dans la profession comme nous le verrons plus loin dans la définition de l'ostéopathie.
 - Les chiropracteurs utilisent quant à eux essentiellement des techniques centrées sur les 'trigger points', points d'hyper-irritabilité situés à des zones de tension des muscles ou des tendons. Ces techniques sont également pratiquées par les ostéopathes.
- Les ostéopathes utilisent une grande diversité d'actes reflétant la diversité des écoles ostéopathiques, une autre spécificité qui les distinguent des chiropracteurs. Cette **composition interne relativement 'éclatée'** de l'ostéopathie (trois piliers : viscéral, crânial et pariétal – voir profils de compétence) contraste avec l'homogénéité de la chiropraxie, qui repose sur un arsenal de techniques dans lequel tous les chiropracteurs se retrouvent.
- Les ostéopathes utilisent peu de matériel technique. Par contre, les chiropracteurs recourent à toute une série d'outils comme par exemple l'activator (sorte de pistolet à ressort délivrant une pulsion dosée au niveau de la colonne) et effectuent leur traitement en partie à l'aide d'une table spéciale, limitant le corps à corps nécessaire aux ostéopathes pour effectuer leurs manipulations.

En général, les ostéopathes et les chiropracteurs que nous avons rencontrés considèrent que seule une minorité des plaintes peuvent être traitées en une seule séance.

7.2.5 Aspects financiers

A l'issue de la consultation, les patients déboursent entre 25 et 50 euros chez un ostéopathe et entre 35 et 50 euros chez un chiropracteur, parfois moins pour une consultation de suivi.

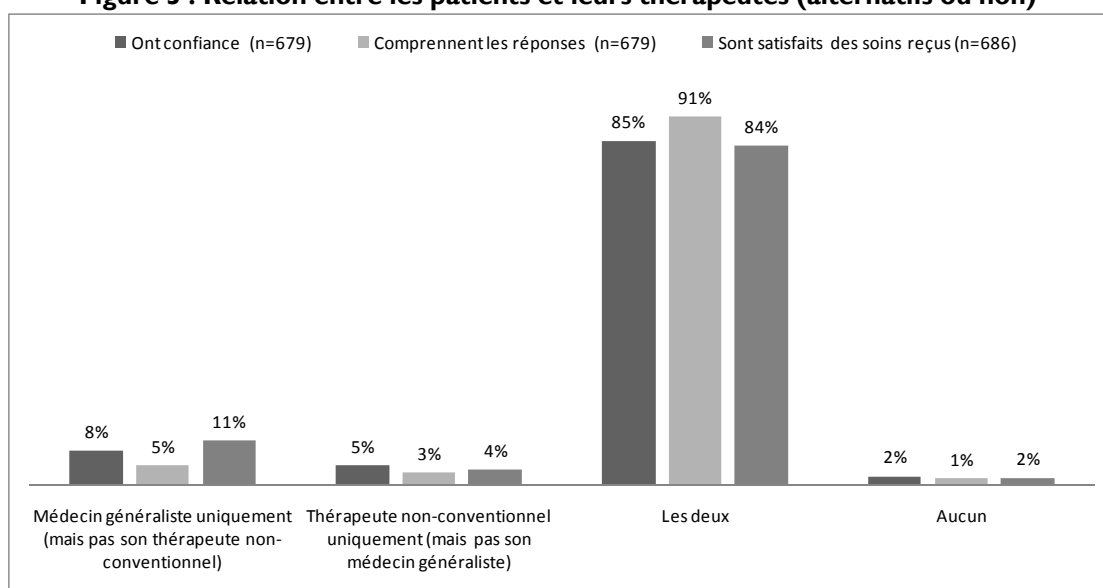
Ni l'ostéopathie ni la chiropraxie ne sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, les patients affiliés à certaines mutualités peuvent bénéficier d'un remboursement partiel de leur consultation dans le cadre de l'assurance complémentaire (entre 10 et 12,5 €/visite pour 5 séances de thérapies alternatives par an maximum), et ce à condition que leur thérapeute soit reconnu par leur mutualité. Certaines assurances privées prévoient également une intervention. Celle-ci dépendant du type de couverture souscrit et est accordée généralement sur base d'une prescription médicale.

Le coût financier du recours à ces pratiques est donc essentiellement à charge du patient. L'enquête par téléphone indique d'ailleurs que 12% des personnes interrogées n'ont jamais eu recours à une médecine non conventionnelle parce qu'elles la trouvent trop onéreuse.

7.2.6 Appréciations des patients

Les réponses à l'enquête téléphonique tendent à montrer qu'à l'issue du traitement, les patients sont satisfaits de leur thérapeute, des soins qu'ils reçoivent, qu'ils ont confiance en lui et comprennent correctement l'information donnée. Leur attitude vis-à-vis des thérapeutes alternatifs ne diffère pas de celle qu'ils ont à l'égard de leur médecin conventionnel : rares sont les patients qui ne sont pas satisfaits (au sens large) des soins prodigués par ce dernier.

Figure 3 : Relation entre les patients et leurs thérapeutes (alternatifs ou non)



Les usagers réguliers d'ostéopathie apprécient particulièrement le sentiment de bien-être général ressenti lors de la consultation, tandis que les usagers de chiropraxie mettent surtout en avant la rapidité de disponibilité du traitement.

Cette satisfaction manifestée par les patients nourrit leurs regrets que ces thérapies ne soient pas plus accessibles financièrement pour tout un chacun.

Malgré la satisfaction générale des usagers rapportée par la population au cours de l'enquête téléphonique et des entretiens individuels, certains usagers réguliers font état d'expériences négatives qui les ont conduits à changer de thérapeute mais pas forcément à renoncer à recourir à ces formes de médecine non conventionnelle.

Les usagers convaincus par le traitement reçu retournent généralement consulter leur thérapeute pour d'autres plaintes que leur problème initial. Il semble donc que leur expérience positive les fidélise à ces pratiques. Ainsi, 88% des ostéopathes déclarent revoir le même patient 1 à 5 fois par an, et 69% des chiropracteurs, 1 à 6 fois par an. Chez ces derniers, la fréquence est même supérieure à 6 fois par an dans presque un tiers des cas.

Tableau I : La consultation chez un ostéopathe et un chiropracteur

	Chez un ostéopathe	Chez un chiropracteur
Organisation du cabinet	58% en solo	42% en solo
Formation initiale du thérapeute	Ostéopathie: 12% Kinésithérapie: 84%	Chiropraxie: 56% Kinésithérapie: 22%
Activités autres du thérapeute	Seulement ostéopathie: 73% Ostéopathie + kinésithérapie: 15%	Seulement chiropraxie 83% Chiropraxie + kinésithérapie : 8%
Attente pour obtenir un rendez-vous	Rendez-vous le jour même ou le lendemain : 57%	Rendez-vous le jour même ou le lendemain : 81%
Durée de la 1ère consultation	1 heure à 1 heure 30, voire plus	1 heure à 1 heure 30 maximum
Durée de la consultation de suivi	<u>Minimum</u> 30 minutes	<u>Maximum</u> 30 minutes
Organisation du cabinet de l'espace de consultation	<u>Maximum</u> 10 patients /jour pour 60% des ostéopathes	<u>Minimum</u> 10 patients /jour pour 70% des chiropracteurs Parfois plusieurs cabines de déshabillage
Techniques communes utilisées au cours du traitement	HVLA : 63% Techniques douces : 77% Centrées sur les trigger points : 33%	HVLA : 99% Techniques douces : 75% Centrées sur les trigger points : 68%
Diversité d'actes	Grande variété liés aux 3 piliers (viscéral, pariétal, crânial)	Centrés sur les manipulations articulaires
Matériel	Peu	Divers dont table spéciale et activator
Honoraires	25-50 €	35-50 €
Remboursement par les assurances (complémentaires ou privées)	Max 5 séances par an (toutes médecines alternatives confondues)	Max 5 séances par an (toutes médecines alternatives confondues)
Nombre de séances par an	88% : 1 à 5 séances	69% : 1 à 6 séances

7.3 ORIGINES ET CONCEPTS DE L'OSTÉOPATHIE ET DE LA CHIROPRAxie

Pour essayer de comprendre les principes mis en application dans ces deux formes de pratiques, nous avons consulté deux types de sources.

D'une part, nous avons retracé les fondements de ces médecines, toutes deux nées aux Etats-Unis, et en particulier la manière dont elles se sont implantées dans le paysage médical belge.

D'autre part, nous nous sommes référés aux profils de compétences qui servent à définir ces deux professions.

7.3.1 L'histoire de l'ostéopathie

7.3.1.1 Origines aux Etats-Unis :

Le père de l'ostéopathie est A.T.Still (1828-1917), un médecin de campagne issu d'une famille de pasteurs méthodistes du Midwest des Etats-Unis. Après le décès de trois de ses enfants – probablement suite à des méningites, maladies que la médecine de l'époque ne pouvait pas guérir – il se mit en quête d'une nouvelle forme de médecine, s'opposant surtout à l'utilisation des médicaments très toxiques de l'époque et à des interventions telles que les saignées qui étaient encore couramment pratiquées. Ses idées étaient fortement influencées par celles de J. Wesley, le fondateur du méthodisme, qui insistait sur le fait qu'une médecine pour les pauvres devait se baser sur les remèdes naturels des peuples 'primitifs' et des animaux, et qui s'opposait à toutes les formes de médicaments. Les idées de Still sur le corps, créé parfait par Dieu, et sur la capacité d'auto-guérison de l'être humain étaient aussi fortement influencées par le méthodisme. Il reprit par ailleurs des techniques de manipulation utilisées par des guérisseurs appelés 'bonesetters' (les redresseurs d'os), ainsi que certaines techniques utilisées par les Indiens Shawnee⁷. Il emprunta également le concept de 'magnétisme' au médecin autrichien F.A. Mesmer. Il arriva ainsi, selon ses propres dires, à développer les principes de ce qu'il baptisa 'ostéopathie' en 1874, lorsqu'il traita un patient souffrant de dysenterie par des manipulations du dos. Il se qualifiait aussi d'*enlightened bonesetter* (redresseur d'os éclairé).

Still considérait que les déviations de la colonne vertébrale entravaient la bonne circulation du sang et de la lymphe et que c'était là la cause de la plupart des maladies. C'est ce que l'on appelle en ostéopathie la '*law of the artery*' (loi de l'artère). Selon ce principe, la circulation du sang et de la lymphe doivent plutôt être vues comme les supports d'une 'force vitale', s'inscrivant ainsi dans la conception appelée 'vitalisme', courante aux XVIII^e et XIX^e siècles, selon laquelle toutes les formes de vie possèdent une 'force vitale' spéciale qui rend la vie unique. Les idées de Still se heurtèrent à une vive opposition dans les milieux médicaux, mais trouvèrent un accueil favorable dans la population⁸.

En 1892, A.T. Still fonda la première école américaine d'ostéopathie à Kirksville; elle fut suivie de nombreuses autres à travers les Etats-Unis.

En 1905, le rapport Flexner sur les conditions de l'enseignement de la médecine aux Etats-Unis (qui donna naissance à l'enseignement médical moderne) fit une évaluation critique de l'enseignement ostéopathique. Cela eut pour conséquence d'engendrer certaines réformes, dont notamment une attention plus grande portée aux sciences biomédicales comme la physiologie et la chimie.

Ces réformes jetèrent les bases d'une reconnaissance de l'ostéopathie en tant que médecine à part entière aux Etats-Unis. Progressivement, les ostéopathes se mirent à fonctionner comme des médecins généralistes de première ligne, intégrés dans le système des soins de santé mais perdant en partie leur identité ostéopathe.

Aujourd'hui encore, l'identité véritable de l'ostéopathie et son rapport avec la science font l'objet de débats animés qui ont donné naissance à plusieurs courants au sein de l'ostéopathie:

W.G. Sutherland, un élève d'A.T. Still, développa l'ostéopathie crânienne, qui met l'accent sur la mobilité des os du crâne, mais ces idées n'ont jamais fait l'unanimité, même parmi les ostéopathes⁸.

C'est probablement à John Martin Littlejohn⁸, un médecin écossais qui émigra aux Etats-Unis en 1892 et enseigna notamment à l'école de Still, pour rentrer ensuite au Royaume-Uni, que l'on doit l'implantation de cette discipline en Europe. Il semble qu'il ait été en conflit avec Still à propos de l'ostéopathie 'véritable', car il voulait introduire dans la pratique des éléments neufs apportés par le développement des sciences et de la médecine scientifique.

7.3.1.2 *Développement en Belgique*

L'ostéopathie a débuté en Belgique vers les années 1970. Comme dans le reste de l'Europe, elle est essentiellement restée en dehors de la médecine régulière. A la différence des Etats-Unis, où elle fonctionnait comme une forme de médecine à part entière, elle s'est développée chez nous avec un accent plus marqué sur les manipulations. Mais en même temps, elle est restée polarisée entre deux visions de la pratique, l'une axée sur les concepts traditionnels et la philosophie sous-jacente de Still, l'autre plus axée sur une approche 'technique' et scientifique. Tant et si bien que l'ostéopathie d'aujourd'hui recouvre des pratiques très diversifiées et que les tentatives pour arriver à un consensus sur une définition précise de la discipline restent infructueuses.

7.3.1.3 *Les filières de formation reflètent la polarisation*

Ces polarisations philosophiques se traduisent par des **filières de formations différentes** des ostéopathes belges:

- La majorité des ostéopathes se sont formés au départ aux Royaume-Uni (Maidstone), puis des enseignements belges issus de cette école se sont organisés; ils restent tournés vers les racines conceptuelles de l'ostéopathie (Flanders International College of Osteopathy – FICO ; International Academy of Osteopathy – IAO ; ou Belgian School of Osteopathy – BELSO proposant un enseignement combiné à la kinésithérapie).
- L'autre partie suit un enseignement davantage tourné vers une ostéopathie à vocation 'scientifique', qui tente de se conformer aux critères d'évaluation clinique et qui se base sur les techniques de manipulation plutôt que sur des concepts jugés dépassés. Ces formations sont dispensées à l'Institut William Gardner Sutherland (IWGS) devenu ensuite Sutherland College of Osteopathic Medicine (SCOM).

7.3.1.4 *Les associations professionnelles – une histoire mouvementée*

Diverses associations professionnelles se sont progressivement créées à partir des filières d'enseignement, à l'exception de l'UBO (l'Union belge des Ostéopathes) qui fut créée en réaction à ce principe de filiation systématique entre la formation et l'association professionnelle.

Ces divergences ont toutefois été éclipsées partiellement durant le milieu des années 80 au moment où les ostéopathes se sont unis au sein de la SBO - Société belge d'ostéopathie pour défendre leur profession lors de procès intentés aux ostéopathes pour exercice illégal de la médecine, et pour mener des batailles juridiques autour de la reconnaissance de leurs unions professionnelles.

Afin de parvenir à assurer la protection de la profession, ils ont voulu délimiter les territoires de l'ostéopathie par rapport à ceux de la médecine (à qui elle veut pourtant ressembler en tant que profession à haute responsabilité médicale) et par rapport à ceux de la kinésithérapie (qui n'intervient qu'en seconde ligne, après prescription par un médecin).

En 1987, le titre d'ostéopathe D.O. (diplômé en ostéopathie) est déposé. Il qualifie celui qui a complété sa formation par la présentation d'un travail de fin d'études.

En 1999, la « loi Colla » est promulguée. Elle vise à organiser la reconnaissance de quatre médecines alternatives, dont l'ostéopathie (voir plus loin, le cadre législatif).

Dans un effort d'autorégulation du secteur de l'ostéopathie en Belgique, le GNRPO (Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie) est créé en 2002. Cette association chapeaute les 5 principales associations professionnelles et milite pour une pratique exclusive de l'ostéopathie. Ce groupement s'oppose donc en ce sens à l'association des kiné-ostéopathes (l'Union des diplômés en kinésithérapie et ostéopathie - UKO) qui revendique la pratique conjointe des deux activités.

Dans le même mouvement les ostéopathes du GNRPO s'accordent pour mettre en place un enseignement de type universitaire, car un arrêté d'exécution de la loi Colla prévoit que soient définies les compétences à acquérir (voir la description des profils de compétence plus loin) ainsi qu'une liste des actes autorisés.

C'est précisément à l'occasion de la définition de ce profil de compétences, censé définir la profession, que les ostéopathes du GNRPO se désolidarisent à nouveau, en raison de leurs désaccords profonds quant à la place des concepts fondateurs et des techniques associées. On en revient donc aux polarisations originelles. Mais en quarante ans, la vision de l'ostéopathie à vocation plus scientifique, autrefois minoritaire, s'est imposée au niveau des enseignements, et s'est concrétisée en 2004 par la création d'une filière académique au sein de l'ULB. Toutefois, dans les cabinets privés, la pratique des ostéopathes demeure éclectique.

7.3.1.5 *Situation en 2010*

Globalement la situation en 2010 peut être résumée comme suit : en Belgique 1028 **ostéopathes** se regroupent dans 6 associations professionnelles reconnues, affiliées aux instituts de formation correspondants.

Comme déjà mentionné, une partie de ces associations s'est regroupée sous l'égide du GNRPO qui représente les ostéopathes pratiquant exclusivement l'ostéopathie. A ses côtés, l'UKO représente quant à elle les kinés-ostéopathes. Il n'y a donc pas un interlocuteur unique pour les pouvoirs politiques.

Le GNRPO regroupe la majorité des ostéopathes belges en 2010 :

- **la Société belge d'ostéopathie (SBO-BVO) (1986) : 343 membres,**
- **l'Union des ostéopathes (UVO) (1995) : 68 membres,**
- **l'Union belge des ostéopathes (UBO-BUO) : 84 membres,**
- **le Registre des ostéopathes de Belgique (ROB-ABRO) (1995) : 290 membres,**
- **l'Association Belge des Ostéopathes Classiques (ABOC-BAKO) (1999) : 29 membres**

L'Union Professionnelle de Médecine Ostéopathique (UPMO) attend sa reconnaissance

L'Union des diplômés en kinésithérapie et ostéopathie (UKO) compte quant elle 214 membres

7.3.2 Histoire de la chiropraxie

7.3.2.1 Origines: Aux Etats-Unis

Le père de la chiropraxie est D.D. Palmer (1845-1913), un magnétiseur américain qui appliqua pour la première fois une manipulation vertébrale sur un concierge pour le guérir d'une surdité vieille de 17 ans. Les avis divergent quant à la réussite du traitement. Palmer a alors développé une théorie selon laquelle les maladies apparaissent lorsque la colonne vertébrale comprime les nerfs, bloquant ainsi la circulation de ce qu'il appelait *l'Innate Intelligence* (l'intelligence innée), une force qui organise, préserve et guérit toutes les formes de vie. Ce phénomène permettait, selon lui, d'expliquer la plupart des maladies. Il appelait ces anomalies des subluxations^{ff}.

Le rôle prédominant accordé ici au système nerveux contraste avec les théories de Still et est parfois appelé *'the law of the nerve'* (la loi du nerf)⁸. D.D. Palmer fonda la Palmer School of Chiropractic, reprise plus tard par son fils B.J. Palmer.

La chiropraxie a 20 ans de moins que l'ostéopathie, et très vite il y eut concurrence et lutte entre les deux modalités thérapeutiques, les ostéopathes accusant Palmer d'avoir volé leur ostéopathie pour la présenter sous un nouvel emballage⁹.

Vers le début du XX^e siècle, l'American Medical Association fit voter une loi aux Etats-Unis, stipulant que toute personne prétendant exercer la médecine devait être en possession d'un diplôme de médecin. C'est sur base de cette loi qu'en 1906, D.D. Palmer fut condamné pour exercice illégal de la médecine et de l'ostéopathie.

Quelques 15 000 plaintes et condamnations allaient suivre, mais plus tard la profession fut légalisée aux Etats-Unis, et en 1930 la chiropraxie était devenue le numéro un de la médecine alternative. Bien qu'au départ, l'emploi d'instruments ait été prohibé tant par le père que par le fils, la radiographie fut introduite vers 1910. Plus tard, le fils Palmer se mit à utiliser un instrument très controversé même parmi les chiropracteurs, le neurocalomètre, une sorte de thermomètre de son invention destiné à détecter les subluxations, instrument sur lequel il détenait un brevet et un monopole⁹. Cet instrument était considéré par beaucoup de chiropracteurs comme de la duperie et de l'escroquerie : en effet Palmer essayait de convaincre les chiropracteurs de louer cet instrument à un prix exorbitant. Il est décédé en homme riche.

Tout comme dans l'ostéopathie, des conflits internes ne tardèrent pas à apparaître, pour donner naissance à deux grands courants, celui des *'straights'* (les orthodoxes) et celui des *'mixers'* (les mélangeurs), et ce sous l'effet d'un désaccord dont l'origine remonte aux premiers jours de la chiropraxie, le terme (péjoratif) de *'mixer'* ayant été inventé par D.D. Palmer lui-même.

Le désaccord est complexe et concerne principalement le degré de 'pureté' que la chiropraxie doit garder en tant que doctrine, avec des degrés différents d'acceptation d'éléments et de concepts issus de la médecine et de la science moderne. Une évolution qui, à maints égards, est comparable à celle de l'ostéopathie.

D'autres points controversés sont, entre autres, le rôle des micro-organismes dans le processus pathologique (en ce compris le rôle de la vaccination) et l'acceptation de méthodes scientifiques telles que les Randomized Control Trials (essais contrôlés randomisés) comme mode d'évaluation des traitements⁹.

Les *'straights'* représentent aujourd'hui encore le courant qui se base sur les concepts originaux de Palmer & fils, avec la subluxation comme (seule) cause de maladie, et les manipulations comme seul moyen thérapeutique acceptable. Ils constitueraient une minorité actuellement, et sont rassemblés aux Etats-Unis au sein de l'International Chiropractors Association (ICA).

^{ff} Pathologie articulaire qui se manifeste par une mobilité fonctionnelle anormale (chiropraxie).

Les 'mixers' mélangent les manipulations vertébrales avec d'autres moyens thérapeutiques, issus de la médecine régulière autant que de la médecine alternative, et auraient davantage tendance à chercher le rapprochement avec la médecine conventionnelle et à rejeter bon nombre des concepts vitalistes initiaux. Aux Etats-Unis, ils sont réunis au sein de l'America Chiropractic Association (ACA), fondée dans les années 1920 en réaction contre les campagnes entreprises par B.J. Palmer pour 'nettoyer la profession'. Ils représentent actuellement la majorité des chiropracteurs là-bas⁹.

7.3.2.2 En Belgique:

Le premier chiropracteur à s'être installé en Belgique a été Jules Gilet en 1923, en compagnie de ses deux fils, mais il a rapidement été confronté à des plaintes pour exercice illégal de la médecine.

L'ordre des médecins a déposé une série de plaintes entre 1964 et 1997 mais il n'y a pas eu de condamnations. Ce climat défavorable à la chiropraxie atteint son point culminant à la fin des années 70, avec une vague de perquisitions dans les cabinets de praticiens bruxellois.

A la même époque, s'engage un processus de quête de reconnaissance de la discipline auprès des instances politiques belges, dont l'aboutissement se traduira par la loi Colla en 1999.

Il n'y a pas d'école de chiropraxie en Belgique, et les oppositions entre *straights* et *mixers*, si marquées dans la chiropraxie américaine, semblent ici jouer un rôle mineur, voire nul. En terme d'organisation de la profession, 95% des 110 **chiropracteurs** actifs en Belgique en 2010 sont représentés par une seule association professionnelle : l'UBC-BVC (Union Belge des chiropracteurs - Belgische Vereniging van chiropractors).

7.3.3 La définition de la discipline via les profils de compétence

Pour savoir ce qu'une thérapie est supposée apporter à un patient et de quelle manière cet apport est censé se réaliser, il faut se référer à la définition de cette thérapie. Cette définition est donnée par le 'profil de compétence'.

De manière générale, un profil de compétence reflète la vision de la profession, l'identité de la discipline et l'image de l'intégration de la thérapie dans le système des soins de santé. Le profil de compétence a également pour objectif de définir ces critères d'exercice après la formation de base. Le document définit l'identité de la discipline et la vision de l'intégration de la thérapie dans le système de soins. On devrait donc s'attendre à pouvoir disposer d'un document unique par discipline.

Pour **l'ostéopathie**, ce n'est malheureusement pas le cas : les polarisations originelles entre les différentes conceptions de l'ostéopathie n'ont pas permis aux associations professionnelles d'aboutir à un consensus sur un seul profil. Dès lors, deux profils coexistent à la fin de cette année 2010 : celui du GNRPO et celui du ROB-ABRO.

Les deux associations professionnelles s'accordent sur le fait que l'ostéopathie constitue une approche holistique du patient, caractérisée par des techniques manuelles.

L'objectif d'un **traitement ostéopathique** est défini (GNRPO)² comme le rétablissement du fonctionnement normal d'un tissu. La pratique clinique est limitée à l'usage des mains afin d'établir un diagnostic et de traiter des plaintes ou des douleurs relatives à l'appareil locomoteur. Le recours à des traitements médicamenteux ou des techniques invasives est donc exclu. Pour des plaintes autres, telles que problèmes digestifs ou de circulation sanguine, les connaissances actuelles sont jugées incomplètes et il est nécessaire d'approfondir les recherches.

Dans leurs profils de compétence respectifs, le GNRPO comme le ROB-ABRO revendiquent tous deux une fonction de première ligne, permettant de poser un diagnostic – c'est-à-dire définir la demande, réaliser une anamnèse, effectuer un examen afin d'arriver à un diagnostic ostéopathique au sein duquel les contre-indications sont identifiées par un diagnostic différentiel. L'Académie Royale de Médecine s'oppose à cette notion de diagnostic.

Par contre, les profils du GNRPO et du ROB divergent sur la forme et surtout sur le fond en matière de concepts : le GNRPO minimise l'importance de la philosophie sous-jacente à l'ostéopathie tandis que le ROB conserve dans le champ disciplinaire les fonctions pariétale, crâniale et viscérale tout en défendant pourtant, comme le GNRPO, une ostéopathie basée sur l'Evidence-Based Medicine (médecine basée sur les preuves ou EBM).

D'un point de vue pratique, alors que le GNRPO développe une liste de contre-indications à l'utilisation de certaines techniques (problèmes de circulation sanguine, de coagulation, problèmes liés à des maladies métaboliques, métastases, antécédents d'AVC, etc.) et ne dresse pas de liste des techniques, le ROB-ABRO propose une liste de 9 'techniques' sans y faire correspondre de contre-indications.

Le ROB-ABRO compare l'ostéopathie aux autres thérapies manuelles apparentées, ce dont le GNRPO s'abstient.

Enfin, en termes de formation, le GNRPO se positionne seulement dans le cadre d'un enseignement académique dispensé par les universités tandis que le ROB laisse place aux écoles, se positionnant dans le contexte des accords de Bologne.

De leur côté, **les chiropracteurs** ne disposent pas d'un profil de compétence belge. Ils suivent les directives formulées dans le Code de bonne pratique³ et le Profil de l'Union européenne des Chiropracteurs¹³⁴ et proposent une norme via le CEN (European Committee for Standardization) qui est en phase finale de discussion.

La chiropraxie est définie comme un soin, incluant le diagnostic et le traitement. L'attention est focalisée sur la relation entre la structure du corps du patient, principalement la colonne vertébrale, et la fonction des différentes parties du corps. Cette relation se réalise principalement via le système nerveux et est liée à un certain état de santé, à la posture et la performance du corps¹³⁴.

Le soin chiropratique peut être scindé en 3 tâches principales: (1) l'examen fonctionnel, clinique et diagnostique, (2) le raisonnement clinique (comprenant le concept de subluxation complexe qui veut que les tensions musculaires diverses empêchent les mouvements corrects), et (3) le traitement chiropratique.

Ce traitement comporte des techniques de manipulations de la colonne vertébrale et des extrémités, des conseils en ergonomie, de la prévention et l'évaluation de la thérapie. Aucun traitement chirurgical ou médicamenteux n'est utilisé.

Une liste des contre-indications à l'usage de cette thérapie, semblables à celles reprises par les ostéopathes, a été dressée par les chiropracteurs eux-mêmes et l'OMS.

Les chiropracteurs disent intervenir en première ligne et se baser quand elles sont disponibles, sur les preuves scientifiques¹³⁴.

7.4 Y A-T-IL DES PREUVES D'EFFICACITÉ ?

Comme toute thérapie, l'ostéopathie et la chiropraxie ont pour vocation de soigner et/ou guérir les patients. La question de leur efficacité se pose donc de manière tout à fait légitime. La littérature scientifique y apporte une réponse que l'on peut qualifier d'objective, dans la mesure où elle peut faire appel aux techniques éprouvées de l'*evidence-based medicine* (ce principe de la 'médecine basée sur les preuves' est le concept de base utilisé pour évaluer la médecine conventionnelle moderne). Un autre type de réponse, subjective cette fois, peut venir des patients eux-mêmes : le patient est le sujet, il émet un avis personnel relatif à l'expérience qu'il a vécue.

7.4.1 Littérature scientifique : de trop rares preuves

L'ostéopathie et la chiropraxie sont très diversifiées et peu définies, étant donné que les praticiens se réfèrent à des degrés variables à la doctrine/philosophie/aux principes des pères fondateurs des deux disciplines. De plus, ces mêmes techniques sont également utilisées par d'autres thérapeutes manuels, de sorte qu'il existe des chevauchements importants entre disciplines. La spécificité de l'ostéopathie et de la chiropraxie réside dans les philosophies qui sous-tendent chacune d'elles, mais il n'existe pas, au sein des deux disciplines, de consensus sur le contenu de cette philosophie. De plus, la majeure partie de celle-ci se base sur des concepts thérapeutiques et diagnostics énoncés empiriquement au XIX^{ème} siècle, et est de ce fait intrinsèquement non vérifiable et falsifiable. Voilà pourquoi nous ne pouvons pas émettre de jugements scientifiquement fondés sur le degré de justesse de l'une comme de l'autre. Nous ne pouvons pas davantage nous prononcer sur les différences objectivables entre les techniques des ostéopathes, des chiropracteurs et d'autres formes de thérapie manuelle, même si nous savons que ces différentes disciplines y mettent des accents différents.

En revanche, il est possible, sur base des données issues de la littérature scientifique, de se prononcer sur l'efficacité de différentes thérapies manuelles, même si celles-ci ne sont pas toujours décrites avec précision.

7.4.1.1 *Peu de preuves établies*

Pour qu'une étude scientifique puisse apporter une preuve d'efficacité d'un traitement, il faut qu'elle réponde à des critères assez stricts (nombre suffisant de patients, comparaison du traitement à un groupe contrôle ou à un placebo, double aveugle,...). Or il n'existe qu'un nombre limité d'études sur l'efficacité du traitement ostéopathique ou chiropratique, et même lorsque les études sont étendues à d'autres formes de thérapie manuelle, elles restent limitées et ne répondent que très rarement à ces critères.

Pour les **douleurs dans le bas du dos (lombalgies)**, la plupart des effets rapportés se situe en dessous des seuils de pertinence clinique tels qu'ils ont été établis par le Cochrane Back Review Group (référence de la médecine basée sur les preuves).

Pour les **douleurs à la nuque (cervicalgies) chroniques et subaiguës**, il y a des indications d'une certaine efficacité des manipulations et mobilisations.

Le tableau ci-après récapitule les données existantes relatives à l'efficacité des manipulations pour les lombalgies et cervicalgies.

Celles-ci ne sont pas pratiquées exclusivement par les ostéopathes et les chiropracteurs. Elles ne sont pas spécifiques à ces disciplines et sont utilisées dans la « médecine manuelle » ou la « thérapie manuelle ».

Tableau 3: Efficacité des manipulations et mobilisations dans les lombalgies et cervicalgies

LOMBALGIES				
Indications	Intervention	Comparée à	Résultat observé sur	Effet
Lombalgie aspécifique aiguë (lumbago)	manipulations et mobilisations de la colonne	l'absence de traitement ou à des traitements qui ne sont pas considérés comme efficaces (traction, alitement)	l'allègement de la douleur et l'amélioration de la fonction	à court terme: petite amélioration
Lombalgie aspécifique chronique	manipulations et mobilisations de la colonne	l'absence de traitement ou à des traitements qui ne sont pas considérés comme efficaces (traction, alitement)	l'allègement de la douleur et l'amélioration de la fonction	à court et long terme : effet léger à moyen
Lombalgie en général	manipulations et mobilisations de la colonne	autres méthodes qui ont également une efficacité faible	non précisé	Aucun: ni meilleur ni pire
	Une certaine forme de thérapie manuelle	Une autre forme de thérapie manuelle	non précisé	Aucun
Cervicalgies				
Indications	Intervention	Comparée à	Résultat observé sur	Effet à terme
Douleur chronique ou subaiguë avec ou sans irradiation radiculaire	approche multimodale, dont les manipulations ou mobilisations sont un élément (en combinaison avec des exercices)	Exercices	l'allègement de la douleur à court terme	plus efficace (preuves de bonne qualité ⁸⁸)
		Exercices	la douleur à long terme l'amélioration de la fonction l'effet global la satisfaction des patients la qualité de vie	effet identique (preuves de bonne qualité)
Douleurs chroniques et subchroniques	manipulations et mobilisations de la nuque (non combinées avec une autre intervention)	Simplex exercices	la douleur l'amélioration de la fonction la satisfaction des patients	effet identique (preuves de qualité moyenne)
		Groupe contrôle	l'apaisement de la douleur	effet à court terme (preuves de faible qualité)
Douleurs chroniques, aiguës et subaiguës et coup du lapin	manipulations du thorax en tant que thérapie adjuvante	Aucune thérapie adjuvante	la douleur et la fonctionnalité	plus efficace (preuves de faible à très faible qualité)

⁸⁸ la qualité des preuves se définit par le nombre de critères de qualité de l'étude en question

Pour les autres indications, les preuves sont préliminaires ou inexistantes:

- **Chez les nourrissons**, il n'y a **pas de preuve scientifique** que les thérapies manuelles ont un effet positif sur les **torticolis, reflux gastro-œsophagien, coliques ou affections apparentées**.
- Comme il n'y a pas d'unanimité sur la définition de la **fibromyalgie et du syndrome de la douleur chronique myofasciale**, ni même sur la question de savoir si les deux syndromes existent en tant qu'entités séparées, il n'existe que **peu ou pas de preuves scientifiques** permettant d'affirmer que les thérapies manuelles sont un traitement adéquat pour ces syndromes.
- Il n'existe par ailleurs **pas de preuve** de l'effet des manipulations sur **l'asthme, l'énurésie infantile, la pneumonie, la dysménorrhée ou la fatigue chronique**.

Aucune preuve d'efficacité n'a été retrouvée sur l'ostéopathie viscérale, cranio-sacrée et manipulations sacro-iliaques.

En résumé on peut affirmer que les données scientifiques existantes qui tentent de démontrer l'efficacité des techniques ostéopathiques, chiropratiques ou d'autres formes de techniques manuelles ne répondent pas aux critères de qualité minimum et sont trop limitées. Les effets démontrés sont difficile à différencier de ceux d'un placebo.

7.4.1.2 *L'effet placebo a aussi son utilité*

Il faut toutefois tenir compte du fait que, pour des indications comme les lombalgies et les cervicalgies, la médecine 'conventionnelle' ne propose pas non plus de traitements dont l'efficacité ait été suffisamment démontrée. Les patients n'en reçoivent donc généralement pas davantage de réponses satisfaisantes. Or la puissance de l'effet placebo a pour sa part bel et bien été démontrée, notamment pour les manipulations de colonne vertébrale, et ceci surtout quand la personne attend beaucoup du traitement. On parle alors d'*expectancy-enhanced placebo* (placebo amélioré par les attentes de la personne). La littérature médicale s'intéresse de plus en plus à l'importance et à l'utilité de l'effet placebo dans la pratique clinique, en particulier dans l'apaisement de la douleur.

7.4.2 Le point de vue des patients

Les résultats de la littérature ne constituent qu'une partie de la réponse sur l'efficacité de thérapies telles que l'ostéopathie et la chiropraxie. En effet, la satisfaction des patients est un indicateur qui y est peu pris en compte. Or on constate que, en général, les usagers se disent soulagés après une ou plusieurs séances d'ostéopathie ou de chiropraxie. Ils se déclarent donc souvent satisfaits de ces thérapies.

7.4.3 Quels sont les risques?

Une fois de plus, nous ne disposons que de très peu de données pour attester des risques de l'ostéopathie ou de la chiropraxie. Certains accidents ont fait l'objet de publications dans la presse, principalement pour la chiropraxie (mais pas seulement), ce qui a d'ailleurs contribué à ternir la réputation de cette pratique.

Rares sont les cas rapportés aux assurances, ce qui pourrait s'expliquer en partie par l'absence de système de protection du patient¹⁴⁵.

Des effets secondaires légers se révèlent très fréquents (30 à 60% des cas); ils consistent principalement en une aggravation temporaire des douleurs et des maux de tête^{58, 59}.

La littérature scientifique rapporte aussi quelques complications graves, mettant même parfois la vie du patient en danger, ceci principalement en cas de **manipulations cervicales**⁵⁸. Ces données ne permettent toutefois pas de faire une estimation quantitative valable des risques. Il faut cependant aussi tenir compte du fait que les anti-inflammatoires non stéroïdiens fréquemment utilisés pour les maux de dos et de nuque comportent également un risque difficilement évaluable de complications graves. On ne dispose pas de suffisamment de données pour savoir si les manipulations sont en moyenne plus ou moins dangereuses que l'emploi d'anti-inflammatoires.

Comme il a déjà été mentionné, certains usagers réguliers que nous avons rencontrés ont connu quelques déconvenues sans gravité. Celles-ci ont eu pour effet qu'ils ont changé de thérapeute mais pas nécessairement qu'ils ont renoncé à l'usage de ces thérapies. Les données récoltées ne permettent pas de documenter la fréquence des incidents liés à ces deux pratiques ni leur impact sur la consommation de thérapies alternatives.

7.5 COMMENT DEVIEN-ON OSTÉOPATHE OU CHIROPRACTEUR ?

7.5.1 Les ostéopathes : en majorité des kinés à l'origine

Aujourd'hui, la grande majorité (83%) des quelques 1000 ostéopathes belges ont une formation initiale en kinésithérapie, 12% n'ont pas d'autres formation antérieure, 1% sont médecins à la base, et les derniers 4% se répartissent entre plusieurs professions (acupuncteur, ergothérapeute, herboriste, infirmier(ère), podologue, etc).

Chez les kinésithérapeutes, la volonté de reconversion ou d'élargissement de leurs compétences initiales peut s'expliquer par une envie de se démarquer à l'égard d'une profession perçue comme peu satisfaisante. Le manque de responsabilités, l'intervention en seconde ligne, sur prescription par un médecin qui a préalablement posé le diagnostic, et le peu de possibilités d'élargir ses connaissances ou de suivre une formation continuée frustrer certains kinésithérapeutes qui préfèrent dès lors se tourner vers une profession à plus haut degré de responsabilité. Pour rappel, sur le plan légal, poser un diagnostic est encore et toujours l'apanage des seuls médecins, sauf si le patient y a expressément renoncé.

Par ailleurs, on dénombre à peine 1% de médecins ostéopathes alors que selon l'enquête téléphonique, 18% des patients pensent avoir consulté un ostéopathe qui était également médecin généraliste, et 27% un médecin spécialiste. Ceci permet de se demander si les patients ne sont pas parfois erronément mis en confiance, croyant être entre les mains de thérapeutes également formés à la médecine conventionnelle. Il est notamment possible qu'une certaine confusion se soit installée entre les ostéopathes et les médecins formés à la médecine manuelle. Confusion qui peut être renforcée par le titre de D.O. (voir ci-après) qui signifie en Belgique "Diplômé en Ostéopathie" et non, comme on le croit communément, "Docteur en Ostéopathie".

7.5.1.1 *Formation et titre professionnel*

Le titre de D.O. est attribué à tout ostéopathe qui a complété sa formation et présenté un travail de fin d'études. Ce titre peut être obtenu dans de nombreux établissements en Belgique mais aussi à l'étranger, principalement en France et au Royaume-Uni.

Les formations organisées en Belgique ne sont pas contrôlées par un organisme officiel. Toutefois, l'IAO et le FICO ont prévu un contrôle externe en adoptant le label ISO-9001 pour le premier et en recevant une commission de visite des Pays-Bas pour le second.

Pour une formation complète en ostéopathie, les praticiens doivent déboursier des sommes importantes qui varient entre 11 000€ et 18 000€. Cette formation peut se réaliser en 4 à 6 ans. A noter, que seules les formations à temps partiel requièrent un diplôme antérieur (principalement kinésithérapie et médecine).

7.5.1.2 Conséquences d'une académisation

L'évolution en cours vers l'académisation dans les filières d'enseignement, avec une formation à temps plein dès la sortie de l'enseignement secondaire, a plusieurs conséquences :

- Les techniques et concepts chers aux défenseurs de l'ostéopathie 'traditionnelle', tels que le crânio-sacral et les techniques viscérales, qui ne correspondent à aucune explication scientifiquement admise, ne peuvent être enseignés à l'université et ne pourront trouver leur place que dans des formations auxiliaires non universitaires ;
- Les études deviendront plus accessibles financièrement ;
- L'enseignement à temps plein permet un accès équivalent aux femmes, ce qui n'était pas le cas des formations à temps partiel, dont on a souvent constaté à quel point elles étaient difficiles à mener de front pour des jeunes femmes devant déjà combiner une activité professionnelle et une charge de famille. Il est donc fort probable que l'académisation favorise l'évolution vers une féminisation de la profession ;
- Les tensions entre ostéopathes et kinésithérapeutes devraient s'amoinrir en raison de leur formations dès lors distinctes;
- Certaines écoles privées s'orientent déjà vers les formations continuées (voir les enjeux repris plus loin).

L'académisation de l'enseignement ostéopathique pose aussi problème dans la constitution de la patientèle. En effet, les entretiens auprès de thérapeutes montrent bien qu'il existe un itinéraire professionnel particulier aux ostéopathes : ils se forment durant leur 'première vie professionnelle' et se constituent peu à peu une patientèle d'ostéopathie parmi les patients qu'ils soignent déjà avant. Ensuite, ils peuvent soit maintenir la combinaison des deux activités (par exemple kinésithérapie et ostéopathie) soit se consacrer exclusivement à l'ostéopathie. En sortant d'une formation professionnalisante unique en ostéopathie, directement consécutive aux études secondaires, les thérapeutes ne pourront se constituer une patientèle 'rentable' que s'ils ont eu l'occasion de s'exercer durant une ou plusieurs périodes de stage.

7.5.2 La chiropraxie : un choix dès le départ

Contrairement aux ostéopathes, les chiropracteurs sont principalement formés en chiropraxie, sans autre formation antérieure (56% d'après notre enquête auprès des praticiens). Vingt deux pourcents sont cependant kinésithérapeutes de formation et 3% médecins. Les autres ont été également formés en sciences exactes, sciences commerciales, à l'ergothérapie, à l'éducation physique, l'orthophonie ou la traduction.

Bien souvent, ils se dirigent vers cette profession par 'intérêt', par 'vocation' ou bien suite aux encouragements d'un proche parent lui-même praticien.

Il n'existe pas d'enseignement de la chiropraxie en Belgique : les thérapeutes se rendent en général aux Etats-Unis ou au Royaume-Uni pour y suivre une formation à temps plein de 6 années.

En conséquence, la formation en chiropraxie est plus onéreuse que celle en ostéopathie (par exemple, une formation complète à l'Anglo-European College of Chiropractic in Bournemouth (AECC) au Royaume-Uni coûte environ 30 000 £, soit 34 000 €). C'est pourquoi les chiropracteurs sont souvent sponsorisés par un mécène : leur famille ou le thérapeute dont ils reprendront le cabinet.

Ces formations sont contrôlées par l'European Council on Chiropractic Education. Une année complète de stage est prévue en fin de formation (*Graduate Education Programme*) et aide à l'installation des futurs chiropracteurs. La constitution de leur patientèle se crée donc progressivement, durant leur stage auprès d'un praticien en exercice.

7.6 CADRE LÉGAL

7.6.1 Historique

Durant les années 1990, l'Europe a joué un rôle d'incitant dans le développement d'une nouvelle législation belge concernant les médecines non conventionnelles – à l'initiative d'un euro-parlementaire belge, P.Lannoye. En avril 1994, celui-ci, dépose devant le 'Comité pour l'Environnement, la Santé Publique et la Protection du Consommateur' du Parlement européen, une proposition concernant le statut des médecines non conventionnelles. Il réclame notamment une prise en charge des actes des médecines non conventionnelles par les systèmes d'assurance maladie nationaux, l'intégration des systèmes complémentaires dans la pharmacopée européenne ainsi qu'un budget de recherche dans le domaine des médecines non conventionnelles. Mais ce n'est que trois ans plus tard, le 29 mai 1997, qu'une première résolution est proposée par le Parlement européen. Celle-ci vise principalement à encourager la Commission à engager une procédure de reconnaissance des médecines non conventionnelles et à mener des études au sujet de leur innocuité, de leur opportunité, de leur champ d'application et de leur caractère complémentaire et/ou alternatif. Le 11 juin 1999, c'est au tour du Conseil de l'Europe d'adopter une résolution qui appelle quant à elle à une intégration des médecines non conventionnelles au niveau européen et fixe l'accès à ces médecines tant pour les praticiens que pour les patients.

C'est en réponse à cette résolution que la Belgique décida de modifier sa législation. Suivant l'article 2 de l'Arrêté Royal n°78⁹⁰ l'établissement d'un diagnostic et la mise en place d'un traitement d'une affection physique ou psychique sont réservés aux détenteurs d'un diplôme de médecin qui a été visé par la commission médicale compétente. Les personnes qui posent habituellement un diagnostic ou organisent un traitement comme précité et qui ne sont pas médecin se rendent en principe coupables d'exercice illégal de la médecine. Les ostéopathes et chiropracteurs qui posent ces actes habituellement sans être médecins travaillent en fait dans l'illégalité, sauf s'ils effectuent un traitement médical qui entre dans leurs compétences spécifiques légales (par exemple, certains traitements de kinésithérapie réalisés sur prescription médicale). A part dans ce cas de figure, les patients n'ont aucune garantie quant à la qualité des soins et la sécurité offerts par l'Etat.

Le 29 avril 1999, le parlement belge adopta une nouvelle loi relative à la réglementation des médecines non conventionnelles, dite « loi Colla » (du nom de Marcel Colla, ministre de la santé de l'époque).

7.6.2 La « loi Colla »

L'objectif de la loi Colla est de garantir pour chaque patient des soins de qualité. Ceci doit principalement être obtenu par un double système d'enregistrement. Non seulement les pratiques non conventionnelles doivent être enregistrées (ce qui n'est possible que si elles remplissent certaines conditions), mais chaque praticien de celles-ci doit également être enregistré (ce pour quoi il doit aussi remplir certaines conditions). Le rôle-clé est attribué à une commission paritaire qui doit notamment rendre un avis sur les conditions générales s'appliquant à l'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles et les conditions auxquelles les praticiens d'une pratique non conventionnelle doivent satisfaire pour pouvoir être enregistrés individuellement.

Mais comme début décembre 2010, cette commission paritaire n'a pas encore été constituée; elle ne peut pas jouer son rôle clé et par conséquent, la loi ne peut pas être exécutée pleinement.

La loi prévoit que la commission paritaire soit constituée pour moitié de membres qui sont proposés par les facultés de médecine, et pour autre moitié de praticiens d'une pratique non conventionnelle proposés par les chambres (art. 5).

Une difficulté qui se présente est que l'art. 5 ne définit pas que les membres praticiens de la commission paritaire doivent être enregistrés individuellement. De surcroit, la loi ne définit pas ce qu'on entend par « praticien d'une pratique non conventionnelle ». En conséquence il n'est pas clair si la loi requiert pour la première composition de la commission paritaire que ces praticiens soient enregistrés.

La loi précise bien que nul ne peut exercer une pratique non conventionnelle sans avoir fait l'objet d'un enregistrement (Art. 8 §1). De plus la règle est telle que l'exercice professionnel d'une pratique non conventionnelle par un non-médecin revient à un exercice illégal de la médecine, ce qui est punissable, sauf pour certains traitements qui sont autorisés par la loi pour certains professionnels, tels que les kinésithérapeutes⁹⁰. Si on maintient l'interprétation comme quoi un enregistrement individuel est nécessaire pour pouvoir rassembler une première fois la commission paritaire, on se trouve face à un problème étant donné que c'est justement cette même commission paritaire qui doit donner un avis sur les conditions d'enregistrement^{97, 98}.

A la demande de deux associations qui représentent les ostéopathes, le tribunal de première instance de Bruxelles a condamné l'Etat belge le 22 janvier 2010 à mettre en place la commission paritaire. Celui-ci a fait appel mais le jugement est à exécution immédiate. L'Etat belge est dès lors tenu de verser une astreinte de 5 000 euros par mois à compter du mois de juin 2010.

Les praticiens membres de la commission paritaire doivent être désignés par les chambres qui doivent être érigées, à raison d'une chambre par médecine nommée non conventionnelle dans la loi Colla. Ces chambres sont également constituées de représentants des facultés de médecine et de membres désignés par les organisations professionnelles reconnues. La composition de la commission paritaire exige donc préalablement la reconnaissance des différentes unions professionnelles par Arrêté Royal. L'Arrêté Royal du 6 avril 2010 reconnaissant les organisations professionnelles des pratiques non conventionnelles ou d'une pratique qui peut entrer en considération pour être qualifiée de pratique non conventionnelle⁹⁹ a confirmé la reconnaissance de 13 associations professionnelles qui satisfont aux critères de reconnaissance.

Pour que cet arrêté puisse être réellement exécuté, il devait, conformément à la loi Colla, être entériné par le Parlement avant la fin du sixième mois après sa parution au Moniteur Belge. Or, cet arrêté a été publié au Moniteur le 12 avril 2010 et aurait dû être confirmé par la loi au plus tard le 12 octobre 2010 ; mais le projet de loi relatif à son entérinement a été seulement voté en novembre à la chambre et au sénat¹⁴⁶. Cette décision arrive donc trop tard. On pourrait donc argumenter que l'arrêté ne peut être exécuté et, par la-même, les étapes qui devraient en découler, comme la désignation des membres des chambres, ne peuvent suivre. Une solution possible alors pourrait être de faire publier à nouveau l'Arrêté Royal et, cette fois, de l'entériner effectivement dans les 6 mois après la publication.

Une autre interprétation peut être que le législateur ne peut pas en principe engager ses successeurs dans des décisions. En conséquence, un nouveau législateur doit pouvoir décider de faire ratifier la loi lui-même après ce terme de 6 mois, mais un tel procédé est-il conforme avec le principe d'égalité (art. 10 et 11 de la Constitution), principe général selon lequel chaque citoyen a (légalement) les mêmes droits et doit être traité de la même façon dans des cas similaires ? Changer la règle générale par une application légale individuelle, ne porte-t-elle pas préjudice au fait que chaque citoyen aux yeux de l'Etat a le droit à une même application de la loi dans des cas similaires ? Ici en effet, en ratifiant la reconnaissance individuelle des unions professionnelles après le terme de 6 mois, le législateur s'est éloigné de la règle générale. Les membres des unions professionnelles qui seront reconnus à l'avenir n'ont donc pas de garantie légale quant au délai dans lequel leur « AR de reconnaissance » sera confirmé par la loi.

7.6.3 Conséquences de l'exécution partielle de la loi Colla

Tant que la loi Colla n'a pas pris pleinement effet, la pratique d'une médecine non conventionnelle par un non-médecin équivaut à un exercice illégal de la médecine. Plusieurs praticiens non-médecins de pratiques non conventionnelles ont déjà été condamnés pour cela. On remarque cependant que la jurisprudence s'oriente de plus en plus vers un acquittement, dans la mesure où certaines conditions (telles qu'une formation correcte) ont été remplies, et dans la mesure où les autorités belges omettent de mettre la loi Colla à exécution. De plus certains traitements médicaux qui peuvent être pratiqués également dans des CAM, peuvent être légalement pratiqués par certains professionnels tels que les kinésithérapeutes.

Cette omission de la mise en exécution complète de la loi Colla a aussi pour conséquence que toute autre loi qui peut avoir une influence sur la relation médecin-patient ne peut être d'application. Ainsi, par exemple, les dispositions de la loi du 22 août 2002 sur les droits des patients (publiée au Moniteur Belge le 26 septembre 2002) et de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (publiée au Moniteur Belge le 2 avril 2010) ne pourront être appliquées aux praticiens d'une pratique non conventionnelle que lorsque la loi Colla sera pleinement exécutée.

Au sein de l'Union européenne, deux conceptions des soins de santé coexistent. Selon la première, seuls les médecins sont en principe habilités à exercer la médecine. Selon la deuxième, toute personne qui le souhaite peut exercer la médecine, à l'exception toutefois de certains actes qui ne peuvent être accomplis que par des médecins.

La Belgique se positionne plutôt dans la première optique puisqu'elle réserve la pratique de la médecine aux médecins, à l'exception de certains traitements comme ceux proposés par les médecines non conventionnelles (dès que la loi Colla sera exécutée).

7.7 EN CONCLUSION, QUELS SONT LES ENJEUX FUTURS ?

En conclusion, l'ostéopathie et la chiropraxie sont deux thérapies alternatives très semblables mais bien distinctes, la première étant plus marquée par l'hétérogénéité (en terme d'approches et de techniques) que la seconde.

Nos résultats mettent en lumière différents enjeux à différents niveaux : pour les thérapeutes et les patients au niveau législatif, pour le patient en termes de sécurité, d'information et d'accessibilité et pour les thérapeutes au niveau de leur place dans le système de soins.

7.7.1 Les preuves scientifiques de l'efficacité clinique sont peu nombreuses.

D'un point de vue purement clinique, force est de constater la pauvreté de preuves valables, basées sur les données probantes d'efficacité de l'ostéopathie ou de la chiropraxie.

Les thérapeutes brandissent la satisfaction des patients comme attestant de la réussite de leurs traitements. Cette satisfaction, nous l'avons objectivée en partie par l'enquête auprès de la population et les entretiens avec des patients convaincus. Elle repose aussi, surtout pour les soins administrés par les ostéopathes, sur le sentiment de bien-être général ressenti au cours de la consultation et à l'issue de celle-ci. L'approche holistique et respectueuse de l'ensemble de la personne n'y est probablement pas étrangère. Soulignons cependant que la satisfaction n'est aucunement un gage d'efficacité au sens strict, pas plus que de sécurité.

7.7.2 « Holistique » or « not holistique » ?

Bien que l'objectif de se rapport n'était pas d'étudier les fondements de l'ostéopathie et de la chiropraxie, nous constatons que l'approche holistique, revendiquée surtout par les ostéopathes, ne recouvre pas un concept bien clair, établi et partagé par tous. Par ailleurs, la biomédecine est de son côté également soucieuse d'apporter une approche globale, holistique, à ses patients. Ni le contenu précis de cette approche, ni la manière dont elle diffère de l'approche globale de la médecine (générale en particulier) n'a pu être clairement mise en évidence au cours de notre étude.

7.7.3 Exécuter la loi Colla

De manière générale, l'enjeu principal pour l'ensemble des quatre médecines alternatives reconnues par la loi Colla, dont l'ostéopathie et la chiropraxie, est de faire exécuter la loi Colla.

La situation actuelle pose en tous cas problème aux 99% d'ostéopathes et 97% de chiropracteurs qui sont non-médecins et qui pratiquent donc actuellement dans l'illégalité, même si la jurisprudence est tolérante.

7.7.4 Garantir la Sécurité des patients

Le problème se pose également pour les patients : aujourd'hui ceux-ci ne savent pas s'ils se dirigent vers un professionnel de santé qui peut attester légalement de sa compétence et surtout, ils n'ont pas de garantie de qualité avant d'entamer un traitement. En outre, les diverses dispositions de la loi relative aux droits du patient et de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé ne pourront être appliquées aux patients de praticiens non conventionnels qu'après que la loi Colla soit exécutée.

Comme nous venons de le mentionner, en l'absence de reconnaissance des thérapeutes et de protection du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur, les patients n'ont aucun moyen objectif d'être guidés dans leurs choix d'une thérapie ou d'un thérapeute particuliers. Ils ne peuvent actuellement faire reposer leur confiance que sur leurs expériences subjectives et celles de leurs connaissances. De plus, les cabinets des thérapeutes étant exclusivement privés, ils ne peuvent faire jouer la confiance en une institution (maison médicale, polyclinique, hôpital, etc.) dans laquelle s'intégreraient ces pratiques.

7.7.4.1 *En contrôlant les formations*

Pour assurer la sécurité des patients, les praticiens alternatifs doivent disposer de connaissances solides en matière de sémiologie. Celles-ci sont ou pourraient être dispensées au sein des différentes formations menant aux titres d'ostéopathe ou de chiropracteur. Cependant, actuellement, aucun contrôle externe ne valide les formations données en Belgique.

Force est aussi de constater que pour rester cohérent avec le reste du système de santé, les garanties relatives que pourrait offrir un meilleur contrôle des formations ne pourrait porter que sur les aspects de sécurité et les quelques éléments d'efficacité démontrés. Bon nombre d'autres pratiques actuellement utilisées n'en feraient pour leur part toujours pas l'objet. Ceci pose pour les responsables de la Santé Publique un problème qui est loin d'être résolu.

Reste par ailleurs aussi le problème de (la reconnaissance de) la formation des ostéopathes et chiropraticiens établis.

7.7.4.2 *En assurant l'information des patients*

Nos données montrent un manque clair d'information des patients quant à la formation de base de leur thérapeute. Ceci risque de créer une certaine confusion par rapport au statut et aux compétences du thérapeute qu'ils consultent.

Par ailleurs, les patients ignorent ce qu'ils peuvent attendre de l'une ou l'autre thérapie, quelles sont les différences de philosophie et de traitement, et quelle valeur ont ces traitements.

Enfin, l'absence de contacts et de transmission d'informations sur les traitements suivis entre médecins conventionnels et praticiens non conventionnels constitue un risque potentiel pour la sécurité des patients.

7.7.5 Faut-il augmenter l'accessibilité financière ?

L'accessibilité financière des médecines non conventionnelles est indirectement proportionnelle au prix des consultations. En effet, les honoraires demandés aujourd'hui ne sont pas contrôlés et, à moins de détourner frauduleusement l'utilisation de leur numéro INAMI – pour les praticiens qui en disposent –, aucun remboursement n'est prévu par l'assurance-maladie obligatoire.

Par ailleurs, seules certaines techniques (quel que soit le type de thérapeute qui l'exerce) ont fait la preuve d'une efficacité relative, et encore, seulement dans certaines indications (dorsalgies et cervicalgies). Nous ne disposons d'aucune information quant au rapport coût / efficacité de ces techniques.

Le phénomène est donc non seulement médical mais également sociologique. De nombreux patients recourent à des médecines relativement coûteuses alors que la preuve de leur efficacité au sens scientifique du terme manque ou est peu convaincante. Toutefois, ces patients y trouvent une certaine satisfaction, ce qui – nous l'avons déjà souligné – n'est pas une preuve d'efficacité.

Sans nier cette valeur subjective qui leur est manifestement attribuée par leurs utilisateurs, il faut reconnaître que la majorité des actes en question ne passent pas le filtre habituellement appliqué pour juger de la pertinence d'un remboursement, ni sur le plan du fondement scientifique de leur justification physiopathologique, ni, à plus forte raison, sur le plan de leur efficacité éprouvée.

7.7.6 Travail sur prescription ou pas ?

Les chiropracteurs et les ostéopathes se positionnent comme **intervenants en première intention** : ils se conçoivent volontiers comme capables de travailler sans prescription médicale. En plus, les chiropracteurs revendiquent, outre leur position de première ligne, le droit de pouvoir prescrire des examens d'imagerie médicale pour l'usage desquels ils ont été formés. Ils souhaitent également pouvoir attester des arrêts de travail pour maladie. De leur côté, les ostéopathes souhaitent renforcer ce positionnement en première ligne, en développant une formation de type académique qui leur permettrait en outre de poser eux-mêmes un diagnostic. Ceci est inscrit dans leur profil de compétence.

Toutefois, l'Académie Royale de Médecine a remis un avis défavorable à cette demande : pour elle, « la formation proposée est satisfaisante si l'on envisage la sécurité des patients et pour autant que la pratique se limite à la pathologie de l'appareil locomoteur et que le diagnostic reste réservé aux médecins »¹⁴⁷. Cet avis de l'Académie n'a pas de valeur contraignante mais traduit bien le fait que la légitimisation du combat vers l'indépendance de l'ostéopathie vis-à-vis de la médecine conventionnelle ne passera pas uniquement par la mise sur pied d'un cursus universitaire.

Par ailleurs, la littérature scientifique n'indique pas de différences en termes de résultats entre les kinésithérapeutes, les chiropracteurs ou les ostéopathes. Dans ce contexte, donner aux ostéopathes ou aux chiropracteurs une responsabilité différente de celle octroyée aux kinésithérapeutes (comme pouvoir intervenir en première ligne, par exemple) ne peut se justifier. Et ce d'autant plus que les concepts diagnostiques des ostéopathes (lésion ostéopathique) et des chiropracteurs (subluxation) ne sont pas compatibles avec les données actuelles de la connaissance scientifique ou avec des travaux de méthodologie rigoureuse et contrôlée.

7.7.7 Les conséquences de l'académisation de la formation des ostéopathes.

Permettre aux futurs ostéopathes de se former à temps plein à la sortie de leurs études secondaires pourrait avoir plusieurs conséquences :

7.7.7.1 Développement d'une certaine ostéopathie

L'enseignement de l'ostéopathie à l'université implique de renoncer à certaines techniques et certains concepts piliers de la discipline originelle. Seule une des deux visions de l'ostéopathie pourra donc être enseignée en milieu universitaire.

7.7.7.2 Fermeture ou reconversion des écoles privées

La plus grande accessibilité financière d'une formation en ostéopathie à l'université risque de mener les nombreuses écoles privées à fermer leurs portes, faute d'étudiants. La solution déjà adoptée par l'une d'entre elles est de se reconvertir dans la formation continuée ou en Haute Ecole et de s'insérer ainsi dans le cadre des accords de Bologne. Ainsi, les écoles privées risquent donc de devenir des lieux où l'enseignement des techniques crânio-sacrales et viscérales perdurera, en dépit de l'absence de preuves scientifiques.

7.7.7.3 *Evolution du titre de D.O.*

Actuellement, le titre de D.O. (Diplômé en Ostéopathie) n'a pas de valeur au niveau européen. Les ostéopathes souhaitent faire évoluer ce titre vers le titre de Master, obtenu après une formation universitaire ou dans une Haute Ecole.

7.7.7.4 *Difficultés de constitution d'une patientèle*

La constitution de la patientèle d'un ostéopathe se faisait jusqu'à présent progressivement, en combinant une autre pratique paramédicale. En arrivant au bout d'un cursus de formation secondaire puis universitaire, sans passage par la vie professionnelle, les futurs ostéopathes manqueront d'expérience et d'opportunités de se faire connaître. La solution adoptée par les chiropracteurs est d'instaurer une année de stage professionnalisant à la fin de leur formation.

7.7.7.5 *Cadre pour développer la recherche scientifique*

En franchissant les portes des universités, outre le cadre d'enseignement, l'ostéopathie se retrouve dans un cadre de recherche scientifique. A condition de trouver des financements, elle se trouve en bonne position pour mettre en place des études permettant d'éprouver son efficacité.

7.7.8 RECOMMANDATIONS

Sur la base de ces constats et analyses, le KCE a émis une série de recommandations. Celles-ci se retrouvent à la fin du résumé exécutif.

8 REFERENCES

1. National Center for Complementary and Alternative Medicine;c 2007 [cited 04/11/2008]. CAM Basics. Available from: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/pdf/D347.pdf>
2. van Dun P.L.S. Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, GNRPO. Brussel: GNRPO (vzw); 2010.
3. ECU. Code of Good Practice. European Chiropractors' Union; 2010. Available from: <http://www.ecunion.eu/default.asp?pid=114>
4. British Medical Association. Complementary Medicine: New Approaches to Good Practice. Oxford: Oxford University Press; 1993.
5. WHO. Traditional Medicine Strategy 2000-2005. Geneva: World Health Organization; 2002. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf
6. Mann T, Refshauge K. Causes of complications from cervical spine manipulation. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2001;47(4):255-66.
7. GNRPO;c 2010 [cited 27-10]. Groepering, Nationaal en Representatief voor de Professionele Osteopaten/Groupement Nationale Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie. Available from: <http://www.gnrpo.be/>
8. Pettman E. A history of manipulative therapy. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*. 2007;15(3):165-74.
9. Keating J, Cleveland J, Menke M. Chiropractic history, a Primer. 2004.
10. Gillet J. A short history of chiropractic in Belgium. In: Wilson F, editor. *Chiropractic in Europe*: Troubador publishing; 2007. p. pp. 65-9.
11. Osteopathie CvANVvOeShNRv. Beroepscompetentieprofiel Osteopathie. 2009
12. WHO. WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic. Geneva: World Health Organisation; 2005. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js14076e/>
13. Harvey E, Burton AK, Moffett JK, Breen A, Uk Beam trial team. Spinal manipulation for low-back pain: a treatment package agreed to by the UK chiropractic, osteopathy and physiotherapy professional associations. *Manual Therapy*. 2003;8(1):46-51.
14. Team UBT. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ*. 2004;329(7479):1377.
15. Vogel S, Dear J, Evans D. The UK BEAM trial - a review and discussion. *Int J Osteopath Med*. 2005;8(2):62-8.
16. Gross A, Miller J, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manipulation or mobilisation for neck pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(1):CD004249.
17. Furlan AD, Pennick V, Bombardier C, van Tulder M, Editorial Board CBRG, Bombardier C, et al. 2009 updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Back Review Group. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(18):1929-41.
18. Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004(1):CD000447.
19. Ferreira M, Ferreira P, Latimer J, Herbert R, Maher C. Efficacy of spinal manipulative therapy for low back pain of less than three months' duration. *J. Manip. Physiol. Ther*. 2003;26(9):593-601.
20. Ferreira M, Ferreira P, Latimer J, Herbert R, Maher C. Does spinal manipulative therapy help people with chronic low back pain? *Australian Journal of Physiotherapy*. 2002;48(4):277-84.
21. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2010.
22. Team UBT. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: cost effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ*. 2004;329(7479):1381.
23. Bronfort G, Haas M, Evans R, Kawchuk G, Dagenais S. Evidence-informed management of chronic low back pain with spinal manipulation and mobilization. *Spine Journal*. 2008;8(1):213-25.

24. Licciardone JC, Brimhall AK, King LN. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC musculoskeletal disorders*. 2005;6:43.
25. Walker BF, French SD, Grant W, Green S. Combined chiropractic interventions for low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(4).
26. Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2006;15 Suppl 2:S192-300.
27. van Tulder M, Koes B. Low back pain (chronic). *Clinical Evidence*. 2006(15):1634-53.
28. Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, et al. Lombalgie chronique. *Good Clinical practice (GCP)*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 48 B Available from: http://kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5269&CREF=8653
29. Snelling N. Spinal manipulation in patients with disc herniation: A critical review of risk and benefit. *Int J Osteopath Med*. 2006;9(3):77-84.
30. Ostelo RWJG, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von Korff M, et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(1):90-4.
31. Miller J, Gross A, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manual therapy and exercise for neck pain: a systematic review. *Man Ther*. 2010;15(4):334-54.
32. Gemmell H, Miller P. Comparative effectiveness of manipulation, mobilisation and the Activator instrument in treatment of non-specific neck pain: a systematic review (Provisional abstract). 2006;14:7.
33. Hurwitz EL, Carragee EJ, van der Velde G, Carroll LJ, Nordin M, Guzman J, et al. Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine*. 2008;33(4 Suppl):S123-52.
34. Vernon H, Humphreys BK. Chronic mechanical neck pain in adults treated by manual therapy: a systematic review of change scores in randomized controlled trials of a single session. *The Journal of manual & manipulative therapy*. 2008;16(2):E42-52.
35. Vernon HT, Humphreys BK, Hagino CA. A systematic review of conservative treatments for acute neck pain not due to whiplash. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*. 2005;28(6):443-8.
36. Bronfort G, Nilsson N, Haas M, Evans R, Goldsmith CH, Assendelft WJJ, et al. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2004(3):CD001878.
37. Lenssinck ML, Damen L, Verhagen AP, Berger MY, Passchier J, Koes BW. The effectiveness of physiotherapy and manipulation in patients with tension-type headache: a systematic review (Structured abstract). 2004;112(3):381-8.
38. Astin JA, Ernst E. The effectiveness of spinal manipulation for the treatment of headache disorders: a systematic review of randomized clinical trials. *Cephalalgia*. 2002;22(8):617-23.
39. Fernandez-de-Las-Penas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, Miangolarra JC, Barriga FJ, Pareja JA. Are manual therapies effective in reducing pain from tension-type headache?: a systematic review. *The Clinical journal of pain*. 2006;22(3):278-85.
40. Ernst E. Chiropractic spinal manipulation for infant colic: A systematic review of randomised clinical trials. *International Journal of Clinical Practice*. 2009;63(9):1351-3.
41. Rupert R, Gotlib A. An updated systematic review. *Chiropractic and Osteopathy*. 2008;16.
42. Brand PL, Engelbert RH, Helders PJ, Offringa M. Systematic review of the effects of therapy in infants with the KISS-syndrome (kinetic imbalance due to suboccipital strain). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2005;149(13):703-7.
43. Weng LK. Infantile colic: A critical appraisal of the literature from an osteopathic perspective. *Int J Osteopath Med*. 2006;9(3):94-102.
44. Ernst E. Chiropractic treatment for fibromyalgia: a systematic review. *Clinical Rheumatology*. 2009;28(10):1175-8.

45. Schiltenswolf M, Hauser W, Felde E, Flugge C, Hafner R, Settan M, et al. Physiotherapy, exercise and strength training and physical therapies in the treatment of fibromyalgia syndrome. *Schmerz*. 2008;22(3):303-12.
46. Schneider M, Vernon H, Ko G, Lawson G, Perera J. Chiropractic Management of Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 2009;32(1):25-40.
47. Tough EA, White AR, Richards S, Campbell J. Variability of criteria used to diagnose myofascial trigger point pain syndrome--evidence from a review of the literature. *The Clinical journal of pain*. 2007;23(3):278-86.
48. Rickards LD. The effectiveness of non-invasive treatments for active myofascial trigger point pain: a systematic review of the literature (Structured abstract). 2006;9(4):120-36.
49. Hondras MA, Linde K, Jones AP. Manual therapy for asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005;2(2):CD001002.
50. Ernst E. Spinal manipulation for asthma: a systematic review of randomised clinical trials. *Respiratory Medicine*. 2009;103(12):1791-5.
51. Balon JW, Mior SA. Chiropractic care in asthma and allergy. *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology*. 2004;93(2 Suppl 1):S55-60.
52. Yang M, Yuping Y, Yin X, Wang BY, Wu T, Liu GJ, et al. Chest physiotherapy for pneumonia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(2).
53. Proctor ML, Hing W, Johnson TC, Murphy PA. Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;3.
54. Glazener CM, Evans JH, Cheuk DK. Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005(2):CD005230.
55. NHS Centre for Reviews and Dissemination. The effectiveness of interventions used in the treatment/management of chronic fatigue syndrome and/or myalgic encephalomyelitis in adults and children (Structured abstract). 2002:118.
56. Brantingham JW, Globe G, Pollard H, Hicks M, Korporaal C, Hoskins W. Manipulative therapy for lower extremity conditions: expansion of literature review. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*. 2009;32(1):53-71.
57. McHardy A, Hoskins W, Pollard H, Onley R, Windsham R. Chiropractic treatment of upper extremity conditions: a systematic review. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 2008;31(2):146-59.
58. Gouveia LO, Castanho P, Ferreira JJ. Safety of chiropractic interventions: a systematic review. *Spine*. 2009;34(11):E405-13.
59. Cagnie B, Vinck E, Beernaert A, Cambier D. How common are side effects of spinal manipulation and can these side effects be predicted? *Manual therapy*. 2004;9(3):151-6.
60. Ernst E. Adverse effects of spinal manipulation: a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2007;100(7):330-8.
61. Stevinson C, Ernst E. Risks associated with spinal manipulation. *American Journal of Medicine*. 2002;112(7):566-71.
62. Shekelle PG, Morton SC, Suttrop MJ, Buscemi N, Friesen C, Agency for Healthcare Research and Q. Challenges in systematic reviews of complementary and alternative medicine topics. *Annals of internal medicine*. 2005;142(12 Pt 2):1042-7.
63. Haldeman S, Kohlbeck F, McGregor M. Unpredictability of cerebrovascular ischemia associated with cervical spine manipulation therapy: a review of sixty-four cases after cervical spine manipulation. *Spine*. 2002;27(1):49-55.
64. Paciaroni M, Bogousslavsky J. Cerebrovascular complications of neck manipulation. 2009;61(2):112-8.
65. Ernst E. Ophthalmological adverse effects of (chiropractic) upper spinal manipulation: evidence from recent case reports. *Acta ophthalmologica Scandinavica*. 2005;83(5):581-5.
66. Vohra S, Johnston BC, Cramer K, Humphreys K. Adverse events associated with pediatric spinal manipulation: a systematic review. *Pediatrics*. 2007;119(1):e275-83.
67. Husereau D, Clifford T, Aker P, Leduc D, Mensinkai S. Spinal manipulation for infantile colic 2003. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-32004000171/frame.html>

68. Oliphant D. Safety of spinal manipulation in the treatment of lumbar disk herniations: a systematic review and risk assessment. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics* 2004;27(3):197-210.
69. Chou R, Helfand M. Challenges in systematic reviews that assess treatment harms. *Annals of internal medicine*. 2005;142(12 Pt 2):1090-9.
70. Andersson GB, Lucente T, Davis AM, Kappler RE, Lipton JA, Leurgans S. A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. *The New England journal of medicine*. 1999;341(19):1426-31.
71. Licciardone JC, King HH, Hensel KL, Williams DG. Osteopathic Health outcomes in chronic low back pain: The Osteopathic Trial. *Osteopathic medicine and primary care*. 2008;2:5.
72. Licciardone JC, Russo DP. Blinding protocols, treatment credibility, and expectancy: methodologic issues in clinical trials of osteopathic manipulative treatment. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2006;106(8):457-63.
73. Kaptchuk TJ. The placebo effect in alternative medicine: can the performance of a healing ritual have clinical significance? *Annals of internal medicine*. 2002;136(11):817-25.
74. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet*. 2010;375(9715):686-95.
75. Hrobjartsson A, Gotzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(1):CD003974.
76. Canter PH, Ernst E. Sources of bias in reviews of spinal manipulation for back pain. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2005 May;117(9-10):333-341.
77. Green C, Martin CW, Bassett K, Kazanjian A. A systematic review and critical appraisal of the scientific evidence on craniosacral therapy (Structured abstract). 1999:54.
78. Klein P. Osteopathy and chiropractic. *Revue Medicale de Bruxelles*. 1998;19(4):A283-9.
79. Drieskens S, Van der Heyden J, Hesse E, Gisle L, Demarest S, Tafforeau J. Enquête de santé, 2008. Rapport III - Consommation de soins. Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique.; 2010. IPH/EPI REPORTS N°2010/018
80. Helman CG. *Culture, Health and Illness*. second ed. Oxford Butterworth Heinemann; 1990.
81. Schmitz O. Plurality and Adjustment in the Realm of Traditional Therapies from a Survey in Wallonia. *Recherches Sociologiques*. 2004;35(1):79-96.
82. Baarts IKPC. Derivative benefits: exploring the body through complementary and alternative medicine. *Sociology of Health & Illness*. 2009;31(5):719-33.
83. Sévigny AQ, A. Lippman, S. Hess, P. Chabot. The evaluation of holistic care practices. *Revue internationale d'action communautaire*. 1990;24:109-14.
84. Lee-Treweek G [Journal Article].c 2002. Trust in Complementary Medicine: The Case of Cranial Osteopathy.
85. Villanueva-Russell Y. Chiropractors as folk devils: published and unpublished news coverage of a moral panic. *Deviant Behavior*. 2009;30(2):175-200.
86. McCorkle T. Chiropractic: a Deviant Theory of Disease and Treatment in Contemporary Western Culture. *Human Organization*. 1961;20(1):20-3.
87. Goffman E. *Les cadres de l'expérience*. Paris: Minuit; 1974.
88. Stacey M. Collective therapeutic responsibility. Lessons from the GMC. In: Budd S, Sharma U, editors. *The Healing Bond. The Patient-Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility*. London and New York: Routledge; 1994. p. 107-33.
89. Roebuck J, Cowie JB. *An Ethnography of a Chiropractic Clinic*. Chicago: Free Press; 1975.
90. Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen Belgisch Staatsblad 14 november 1967
91. Nys H. *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*. Mechelen: Story-Scientia; 2005.
92. Parl. St. Kamer 1997-98, nr. 1714/1.
93. Nys H. De wet van 29 april 1999 betreffende de uitoefening van niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde. R.W. 1999-2000:729-37.
94. Van Sande A. Wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen. T. Gez. 2000-01;Speciaal nummer:10-5.

95. Parl. St. Kamer 1997-98, nr. 1714/3.
96. Parl. St. Senaat 1998-99, nr. 1-1310/3.
97. Nys H. Een gat in mijn emmer. *De Huisarts*. 2010;962:14.
98. Nys H. *Recht en Bio-ethiek. Wegwijs voor mensen in de gezondheidszorg*. Lannoo Campus; 2010.
99. Koninklijk besluit van 6 april 2010 houdende de erkenning van beroepsorganisaties van een niet - conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden, *Belgisch Staatsblad* 12 april 2010
100. Schriftelijke vraag en antwoord nr. 0144 zittingsperiode 52, *Bulletin* nr. B049 2009.
101. Parl. St. Kamer 1997-98, nr. 1714/7.
102. Ter Heerdt J. De onwettige uitoefening van de alternatieve geneeskunst: een mijnenveld? *T. Gez.* 2000-01;Speciaal nummer:16-21.
103. Justaert M. De tussenkomst van de verplichte of aanvullende verzekering in de niet-conventionele (NC) of alternatieve geneeswijzen. *T. Gez.* 2000-01;Speciaal nummer:43-8.
104. Skepp.be. Available from: <http://skepp.be/artikels/pseudo-wetenschap/alternatieve-onbewezen-behandelingen/algemeen/het-cost-b4-rapport>
105. Ter Heerdt J. Alternatieve geneeskunst: nog steeds de stiefdochter in de geneeskunde? *T. Gez.* 2000-01:242-5.
106. Vermeiren R. Aansprakelijkheid van een homeopaat. *T. Gez.* 1999-2000:135-8.
107. Wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, *Belgisch Staatsblad* 25 maart 1964
108. Koninklijk besluit van 14 december 2006 betreffende geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik, *Belgisch Staatsblad* 22 december 2006 2006.
109. Verslag van het Europees Parlement over de status van de niet-conventionele geneeskunde. 1997 6 maart 1997. Available from: <http://www.europarl.europa.eu/>
110. Resolution 1206, A European approach to non-conventional medicines, 1999.
111. ZonMw. *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMw; 2002.
112. Rutten ALB. Alternatieve geneeskunde en de evaluatie van de Wet BIG. *T. Gez.* 2003:539-41.
113. Derey E. *Réflexions sur les médecines non conventionnelles suivies de deux médecines énergétiques: la médecine traditionnelle chinoise et la trame*: Angers; 2003.
114. Mills SY. Regulation in complementary and alternative medicine. *BMJ*. 2001;322:158-60.
115. Walker LA, Budd S. UK: the current state of regulation of complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine*. 2002;10:8-13.
116. Faculty of homeopathy. Faculty of homeopathy. Available from: www.facultyofhomeopathy.org
117. similima.com. A portal for homoeopathic students, teachers & professionals Available from: www.similima.com
118. NHS. Welcome to NHS Careers. Available from: <http://www.nhs.uk/careers/details/Default.aspx?Id=910>
119. HAS. *Etude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe: Belgique, Royaume Uni, Suède, Suisse* HAS; 2006 16 juni 2006.
120. SBO-BVO;c 2005 [cited 27-10]. *Belgische Academie voor Osteopathie*. Available from: <http://www.osteopathie.be/default.asp?id=76>
121. Bologna Process;c 2010 [cited 27-10]. *European Higher Education Area*. Available from: <http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/>
122. *Nederlands Vereniging voor Osteopathie. Beroepscompetentieprofiel Osteopathie*. College van Advies; 2009.
123. AECC;c 2010 [cited 27-10]. *Anglo-European College of Chiropractic*. Available from: <http://www.aecc.ac.uk/>
124. ECCE. *Accreditation procedures and standards in undergraduate chiropractic education and training*. European Council on Chiropractic Education; 2009. Available from: <http://www.cce-europe.com/downloads.php>
125. *Professionele Osteopaten*;c 2009 [cited 27-10]. *Osteopathie in België*. Available from: <http://www.professioneleosteopaten.be/ned/webpage.asp?Webpageld=171>

126. Blanchard N, Fagnani F, S. G. Etude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe: Belgique, Royaume Uni, Suède, Suisse. Haute Autorité de Santé; 2006.
127. UKO;c 2010 [cited 27-10]. Unie voor gediplomeerden in de kinesitherapie en osteopathie/Union des kinésithérapeutes et ostéopathes diplômés. Available from: <http://www.uko.eu/>
128. UPMO-BVOG;c 2010 [cited 27-10]. Union Professionnelle de Médecine Ostéopathique/Beroespvereniging voor Osteopathische Geneeskunde. Available from: <http://www.upmo.be/>
129. Roggen L.L.M. Competentieprofiel Osteopathie, ROB. Brussel: ROB; 2010.
130. CanMEDS;c 2005 [cited 27-10]. The CanMEDS 2005 Competency Framework. Available from: <http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>
131. SERV;c 2010 [cited 27-10]. De Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen. Available from: <http://www.serv.be/serv>
132. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine: Journal of the Association of the American Medical Colleges*. 1990;65(9):63-7.
133. UBC-BVC;c 2010 [cited 27-10]. Belgische vereniging voor Chiropractors/Union Belge des Chiropractors. Available from: http://www.chiropraxie.org/language_select.php
134. ECU. ECU Chiropractic Profile Document. European Chiropractors' Union; 2007. Available from: <http://www.ecunion.eu/default.asp?pid=114>
135. CEN;c 2010 [cited 27-10]. European Committee for Standardization/Comité Européen de Normalisation. Available from: <http://www.cen.eu/cen/pages/default.aspx>
136. WFC;c 2010 [cited 27-10]. World Federation of Chiropractic. Available from: http://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=110&lang=en
137. ECU;c 2010 [cited 27-10]. ECU Research Fund. Available from: <http://www.ecu-research-update.org/>
138. Smuts JC. *Holism and Evolution*. Londres: Macmillan & Co Ltd.; 1926.
139. Capra F. *The Tao of Physics. An Exploration of the Parallels between Modern Physics and Eastern Mysticism*. Berkeley, California: Shambhala Publications; 1975.
140. *Mosby's Medical Dictionary*. 8th édition ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2009.
141. Baszanger I. Pain physicians: all alike, all different. In: Berg M, Mol A, editors. *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Durham: Duke University Press; 1998.
142. Coté D. Penser la douleur à la rencontre du culturel et du biologique : repères anthropologiques. *Altérités*. 2009;vol.6(n°2):26-47.
143. Strandberg EL, Ovhed I, Borgquist L, Wilhelmsson S. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*.8:8.
144. Still AT. *Philosophy of osteopathy*. Kirksville, Mo: Still, A.T.; 1899.
145. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National Costs Of The Medical Liability System. *Health Aff*.29(9):1569-77.
146. Wetsontwerp tot bekrachtiging van het koninklijk besluit van 6 april 2010 houdende erkenning van beroepsorganisaties van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden, Parl. St. Kamer 2010, 0194
147. Académie Royale de Médecine de Belgique. Avis 2009 relatif à l'organisation d'un master complémentaire en ostéopathie à l'ULB. 2010.

This page is left intentionally blank.

Dépôt légal : D/2010/10.273/92

KCE reports

1. Efficacité et rentabilité des thérapies de sevrage tabagique. D/2004/10.273/2.
2. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale (Phase I). D/2004/10.273/4.
3. Utilisation des antibiotiques en milieu hospitalier dans le cas de la pyélonéphrite aiguë. D/2004/10.273/6.
4. Leucoréduction. Une mesure envisageable dans le cadre de la politique nationale de sécurité des transfusions sanguines. D/2004/10.273/8.
5. Evaluation des risques préopératoires. D/2004/10.273/10.
6. Recommandation nationale relative aux soins prénatals: Une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses. D/2004/10.273/14.
7. Validation du rapport de la Commission d'examen du sous financement des hôpitaux. D/2004/10.273/12.
8. Systèmes de financement des médicaments hospitaliers: étude descriptive de certains pays européens et du Canada. D/2004/10.273/16.
9. Feedback: évaluation de l'impact et des barrières à l'implémentation – Rapport de recherche: partie I. D/2005/10.273/02.
10. Le coût des prothèses dentaires. D/2005/10.273/04.
11. Dépistage du cancer du sein. D/2005/10.273/06.
12. Etude d'une méthode de financement alternative pour le sang et les dérivés sanguins labiles dans les hôpitaux. D/2005/10.273/08.
13. Traitement endovasculaire de la sténose carotidienne. D/2005/10.273/10.
14. Variations des pratiques médicales hospitalières en cas d'infarctus aigu du myocarde en Belgique. D/2005/10.273/12
15. Evolution des dépenses de santé. D/2005/10.273/14.
16. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale. Phase II : développement d'un modèle actuariel et premières estimations. D/2005/10.273/16.
17. Evaluation des montants de référence. D/2005/10.273/18.
18. Utilisation des itinéraires cliniques et guides de bonne pratique afin de déterminer de manière prospective les honoraires des médecins hospitaliers: plus facile à dire qu'à faire.. D/2005/10.273/20
19. Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences. D/2005/10.273/22.
20. HTA Diagnostic Moléculaire en Belgique. D/2005/10.273/24, D/2005/10.273/26.
21. HTA Matériel de Stomie en Belgique. D/2005/10.273.28.
22. HTA Tomographie par Emission de Positrons en Belgique. D/2005/10.273/30.
23. HTA Le traitement électif endovasculaire de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA). D/2005/10.273.33.
24. L'emploi des peptides natriurétiques dans l'approche diagnostique des patients présentant une suspicion de décompensation cardiaque. D/2005/10.273.35
25. Endoscopie par capsule. D2006/10.273.02.
26. Aspects médico-légaux des recommandations de bonne pratique médicale. D2006/10.273/06.
27. Qualité et organisation des soins du diabète de type 2. D2006/10.273/08.
28. Recommandations provisoires pour les évaluations pharmacoéconomiques en Belgique. D2006/10.273/11.
29. Recommandations nationales Collège d'oncologie : A. cadre général pour un manuel d'oncologie B. base scientifique pour itinéraires cliniques de diagnostic et traitement, cancer colorectal et cancer du testicule. D2006/10.273/13.
30. Inventaire des bases de données de soins de santé. D2006/10.273/15.
31. Health Technology Assessment : l'antigène prostatique spécifique (PSA) dans le dépistage du cancer de la prostate. D2006/10.273/18.
32. Feedback: évaluation de l'impact et des barrières à l'implémentation - Rapport de recherche: partie II. D2006/10.273/20.
33. Effets et coûts de la vaccination des enfants Belges au moyen du vaccin conjugué antipneumococcique. D2006/10.273/22.
34. Trastuzumab pour les stades précoces du cancer du sein. D2006/10.273/24.

35. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale – Phase III : affinement des estimations. D/2006/10.273/27.
36. Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité. Prise en charge résidentielle des enfants sévèrement obèses en Belgique. D/2006/10.273/29.
37. Health Technology Assessment Imagerie par Résonance Magnétique. D/2006/10.273/33.
38. Dépistage du cancer du col de l'utérus et recherche du Papillomavirus humain (HPV). D/2006/10.273/36
39. Evaluation rapide de technologies émergentes s'appliquant à la colonne vertébrale : remplacement de disque intervertébral et vertébro/cyphoplastie par ballonnet. D/2006/10.273/39.
40. Etat fonctionnel du patient: un instrument potentiel pour le remboursement de la kinésithérapie en Belgique? D/2006/10.273/41.
41. Indicateurs de qualité cliniques. D/2006/10.273/44.
42. Etude des disparités de la chirurgie électorale en Belgique. D/2006/10.273/46.
43. Mise à jour de recommandations de bonne pratique existantes. D/2006/10.273/49.
44. Procédure d'évaluation des dispositifs médicaux émergents. D/2006/10.273/51.
45. HTA Dépistage du Cancer Colorectal : état des lieux scientifique et impact budgétaire pour la Belgique. D/2006/10.273/54.
46. Health Technology Assessment. Polysomnographie et monitoring à domicile des nourrissons en prévention de la mort subite. D/2006/10.273/60.
47. L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins Belges. D/2006/10.273/62
48. Lombalgie chronique. D/2006/10.273/64.
49. Médicaments antiviraux en cas de grippe saisonnière et pandémique. Revue de littérature et recommandations de bonne pratique. D/2006/10.273/66.
50. Contributions personnelles en matière de soins de santé en Belgique. L'impact des suppléments. D/2006/10.273/69.
51. Besoin de soins chroniques des personnes âgées de 18 à 65 ans et atteintes de lésions cérébrales acquises. D/2007/10.273/02.
52. Rapid Assessment: Prévention cardiovasculaire primaire dans la pratique du médecin généraliste en Belgique. D/2007/10.273/04.
53. Financement des soins Infirmiers Hospitaliers. D/2007/10 273/06
54. Vaccination des nourrissons contre le rotavirus en Belgique. Analyse coût-efficacité
55. Valeur en termes de données probantes des informations écrites de l'industrie pharmaceutique destinées aux médecins généralistes. D/2007/10.273/13
56. Matériel orthopédique en Belgique: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/15.
57. Organisation et Financement de la Réadaptation Locomotrice et Neurologique en Belgique D/2007/10.273/19
58. Le Défibrillateur Cardiaque Implantable.: un rapport d'évaluation de technologie de santé D/2007/10.273/22
59. Analyse de biologie clinique en médecine général. D/2007/10.273/25
60. Tests de la fonction pulmonaire chez l'adulte. D/2007/10.273/28
61. Traitement de plaies par pression négative: une évaluation rapide. D/2007/10.273/31
62. Radiothérapie Conformationnelle avec Modulation d'intensité (IMRT). D/2007/10.273/33.
63. Support scientifique du Collège d'Oncologie: un guideline pour la prise en charge du cancer du sein. D/2007/10.273/36.
64. Vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus en Belgique: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/42.
65. Organisation et financement du diagnostic génétique en Belgique. D/2007/10.273/45.
66. Drug Eluting Stents en Belgique: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/48.
67. Hadronthérapie. D/2007/10.273/51.
68. Indemnisation des dommages résultant de soins de santé - Phase IV : Clé de répartition entre le Fonds et les assureurs. D/2007/10.273/53.
69. Assurance de Qualité pour le cancer du rectum – Phase I: Recommandation de bonne pratique pour la prise en charge du cancer rectal D/2007/10.273/55
70. Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe. D/2008/10.273/02
71. Recommandation de bonne pratique clinique pour cinq tests ophtalmiques. D/2008/10.273/05
72. L'offre de médecins en Belgique. Situation actuelle et défis. D/2008/10.273/08

73. Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique : Définition et évaluation du patient gériatrique, fonction de liaison et évaluation d'un instrument pour un financement approprié. D/2008/10.273/12
74. Oxygénothérapie Hyperbare: Rapid Assessment. D/2008/10.273/14.
75. Guideline pour la prise en charge du cancer oesophagien et gastrique: éléments scientifiques à destination du Collège d'Oncologie. D/2008/10.273/17.
76. Promotion de la qualité de la médecine générale en Belgique: status quo ou quo vadis ? D/2008/10.273/19.
77. Orthodontie chez les enfants et adolescents D/2008/10.273/21
78. Recommandations pour les évaluations pharmacoéconomiques en Belgique. D/2008/10.273/24.
79. Remboursement des radioisotopes en Belgique. D/2008/10.273/27.
80. Évaluation des effets du maximum à facturer sur la consommation et l'accessibilité financière des soins de santé. D/2008/10.273/36.
81. Assurance de qualité pour le cancer rectal – phase 2: développement et test d'un ensemble d'indicateurs de qualité. D/2008/10.273/39
82. Angiographie coronaire par tomодensitométrie 64-détecteurs chez les patients suspects de maladie coronarienne. D/2008/10.273/41
83. Comparaison internationale des règles de remboursement et aspects légaux de la chirurgie plastique D/2008/10.273/44
84. Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T. D/2008/10.273/47
85. Comparaison de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. D/2008/10.273/50.
86. Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers :possibilités et limites D/2008/10.273/53
87. Consommation de kinésithérapie et de médecine physique et de réadaptation en Belgique. D/2008/10.273/55
88. Syndrome de Fatigue Chronique : diagnostic, traitement et organisation des soins. D/2008/10.273/59.
89. Evaluation des certains nouveaux traitements du cancer de la prostate et de l'hypertrophie bénigne de la prostate. D/2008/10.273/62
90. Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ? D/2008/10.273/64.
91. Appareils auditifs en Belgique: health technology assessment. D/2008/10.273/68
92. Les infections nosocomiales en Belgique : Volet I, Etude Nationale de Prévalence. D/2008/10.273/71.
93. Détection des événements indésirables dans les bases de données administratives. D/2008/10.273/74.
94. Soins maternels intensifs (Maternal Intensive Care) en Belgique. D/2008/10.273/78.
95. Implantation percutanée des valvules cardiaques dans le cas de maladies valvulaires congénitales et dégénératives: A rapid Health Technology Assessment. D/2007/10.273/80.
96. Construction d'un index médical pour les contrats privés d'assurance maladie. D/2008/10.273/83.
97. Centres de réadaptation ORL/PSY : groupes cibles, preuves scientifiques et organisation des soins. D/2009/10.273/85.
98. Évaluation de programmes de vaccination généraux et ciblés contre l'hépatite A en Belgique. D/2008/10.273/89.
99. Financement de l'hôpital de jour gériatrique. D/2008/10.273/91.
100. Valeurs seuils pour le rapport coût-efficacité en soins de santé. D/2008/10.273/95.
101. Enregistrement vidéo des interventions chirurgicales par endoscopie : une évaluation rapide. D/2008/10.273/98.
102. Les infections nosocomiales en Belgique: Volet II: Impact sur la mortalité et sur les coûts. D/2009/10.273/100.
103. Réformes dans l'organisation des soins de santé mentale : étude d'évaluation des 'projets thérapeutiques' - 1er rapport intermédiaire. D/2009/10.273/05.
104. Chirurgie assistée par robot: health technology assessment. D/2009/10.273/08
105. Soutien scientifique au Collège d'Oncologie: recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge du cancer du pancréas. D/2009/10.273/11
106. Imagerie par résonance magnétique : analyse de coûts. D/2009/10.273/15
107. Indemnisation des dommages résultant de soins de santé. Phase V: impact budgétaire de la transposition du système français en Belgique. D/2009/10.273/17

108. Le Tiotropium dans le traitement des BronchoPneumopathies Chroniques Obstructives: Health Technology Assessment. D/2009/10.273/19
109. A propos de la valeur de l'EEG et des potentiels évoqués dans la pratique clinique. D/2009/10.273/22
110. La tomographie par émission de positrons en Belgique: une mise à jour. D/2009/10.273/25
111. Interventions pharmaceutiques et non pharmaceutiques dans la maladie d'Alzheimer : une évaluation rapide. D/2009/10.273/28
112. Politiques relatives aux maladies orphelines et aux médicaments orphelins. D/2009/10.273/31
113. Le volume des interventions chirurgicales et son impact sur le résultat : étude de faisabilité basée sur des données belges. D/2009/10.273/34.
114. Valves endobronchiales dans le traitement de l'emphysème pulmonaire avancé: un rapid Health Technology Assessment. D/2009/10.273/38
115. Organisation des soins palliatifs en Belgique. D/2009/10.273/41
116. Evaluation rapide des implants inter-épineux et des vis pédiculaires pour la stabilisation dynamique de la colonne vertébrale lombaire. D/2009/10.273/45
117. Utilisation des coagulomètres portables chez les patients sous anticoagulants oraux: Health technology Assesment. D/2009/10.273/48.
118. Avantages, désavantages et faisabilité de l'introduction de programmes "P4Q" en Belgique. D/2009/10.273/51.
119. Douleur cervicales atypiques: diagnostic et traitement. D/2009/10.273/55.
120. Comment assurer l'autosuffisance de la Belgique en dérivés stables du plasma? D/2009/10.273/58.
121. Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement « all-in » par pathologie. D/2010/10.273/02
122. Le financement des soins infirmiers à domicile en Belgique. D/2010/10.273/06
123. Réformes dans l'organisation des soins de santé mentale: etude d'évaluation des 'projets thérapeutiques' – 2ème rapport intermédiaire. D/2010/10.273/09
124. Organisation et financement de la dialyse chronique en Belgique. D/2010/10.273/12
125. Impact du visiteur médical indépendant sur la pratique des médecins de première ligne. D/2010/10.273/15
126. Le système du prix de référence et les différences socio-économiques dans l'utilisation des médicaments moins onéreux. D/2010/10.273/19.
127. Rapport coût-efficacité du traitement antiviral de l'hépatite B chronique en Belgique. Partie I: Examen de la littérature et résultats d'une étude nationale. D/2010/10.273/23.
128. Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. D/2010/10.273/26
129. Dépistage du cancer du sein entre 40 et 49 ans. D/2010/10.273/29.
130. Critères de qualité pour les lieux de stage des candidats-médecins généralistes et candidats-spécialistes. D/2010/10.273/34.
131. Continuité du traitement médicamenteux entre hôpital et domicile. D/2010/10.273/38.
132. Faut-il un dépistage néonatal de la mucoviscidose en Belgique? D/2010/10.273/42.
133. Optimisation du fonctionnement du Fonds Spécial de Solidarité. D/2010/10.273/45.
134. Indemnisation des victimes transfusionnelles du virus de l'hépatite C ou du VIH. D/2010/10.273/48.
135. L'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents. D/2010/10.273/50.
136. Surveillance à distance des patients porteurs de défibrillateurs implantés. Evaluation de la technologie et cadre réglementaire général. D/2010/10.273/54.
137. La stimulation cardiaque chez les patients bradycardes en Belgique. D/2010/10.273/57.
138. Le système de santé belge en 2010. D/2010/10.273/60.
139. Recommandations de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. D/2010/10.273/63
140. Rééducation cardiaque: efficacité clinique et utilisation en Belgique. D/2010/10.273/66.
141. Les statines en Belgique: évolutions de l'utilisation et impact des politiques de remboursement. D/2010/10.273/70.
142. Soutien scientifique au Collège d'Oncologie: mise à jour des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge du cancer du testicule. D/2010/10.273/73.
143. Soutien scientifique au Collège d'Oncologie: mise à jour des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge du cancer du sein. D/2010/10.273/76.
144. Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Y a-t-il des données probantes? D/2010/10.273/79.

145. Thérapie de resynchronisation cardiaque. Un rapport d'évaluation de technologie de santé. D/2010/10.273/83
146. Réformes dans l'organisation des soins de santé mentale : étude d'évaluation des 'projets thérapeutiques'. D/2010/10.273/86
147. Les systèmes de remboursement des médicaments: comparaison internationale et recommandations aux décideurs. D/2010/10.273/89
148. Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique. D/2010/10.273/92

