

Synthèse du rapport I48B:

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

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. Afin de présenter l'ensemble des dimensions étudiées dans cet état des lieux sous une forme plus abordable, nous avons choisi de synthétiser l'étude sur une trentaine de pages. C'est le document que vous avez devant vous.

Cette étude n'aurait pas pu être réalisée 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.

Synthèse

Table des matières

1	INTRODUCTION	3
2	L'OSTÉOPATHIE ET LA CHIROPRACTIE EN BELGIQUE: LES UTILISATEURS, LES PRATICIENS, LES PRATIQUES	4
2.1	UN RECOURS TOUJOURS PLUS FRÉQUENT	4
2.2	QUI SONT LES PATIENTS ?	4
2.3	QUI SONT LES PRATICIENS?	5
2.4	ITINÉRAIRE TYPE D'UN PATIENT	6
2.4.1	Franchir le pas vers les médecines alternatives	6
2.4.2	La consultation.....	6
2.5	ASPECTS FINANCIERS.....	7
2.6	APPRÉCIATIONS DES PATIENTS	8
3	ORIGINES ET CONCEPTS DE L'OSTÉOPATHIE ET DE LA CHIROPRACTIE	10
3.1	L'HISTOIRE DE L'OSTÉOPATHIE.....	10
3.1.1	Origines aux Etats-Unis :	10
3.1.2	Développement en Belgique	11
3.1.3	Les filières de formation reflètent la polarisation.....	11
3.1.4	Les associations professionnelles – une histoire mouvementée	11
3.1.5	Situation en 2010.....	12
3.2	HISTOIRE DE LA CHIROPRACTIE	13
3.2.1	Origines: Aux Etats-Unis	13
3.2.2	En Belgique:	14
3.3	LA DÉFINITION DE LA DISCIPLINE VIA LES PROFILS DE COMPÉTENCE.....	14
4	Y A-T-IL DES PREUVES D'EFFICACITÉ ?	16
4.1	LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE : DE TROP RARES PREUVES	16
4.1.1	Peu de preuves établies.....	16
4.1.2	L'effet placebo a aussi son utilité.....	18
4.2	LE POINT DE VUE DES PATIENTS.....	18
4.3	QUELS SONT LES RISQUES?	18
5	COMMENT DEVIENT-ON OSTÉOPATHE OU CHIROPRACTEUR ?	20
5.1	LES OSTÉOPATHES : EN MAJORITÉ DES KINÉS À L'ORIGINE	20
5.1.1	Formation et titre professionnel.....	20
5.1.2	Conséquences d'une académisation.....	21
5.2	LA CHIROPRACTIE : UN CHOIX DES LE DEPART	21
6	CADRE LÉGAL	22
6.1	HISTORIQUE	22
6.2	LA « LOI COLLA »	22
6.3	CONSÉQUENCES DE L'EXÉCUTION PARTIELLE DE LA LOI COLLA.....	24
7	EN CONCLUSION, QUELS SONT LES ENJEUX FUTURS ?	25
7.1	LES PREUVES SCIENTIFIQUES DE L'EFFICACITÉ CLINIQUE SONT PEU NOMBREUSES.	25
7.2	« HOLISTIQUE » OR « NOT HOLISTIQUE » ?.....	25
7.3	EXÉCUTER LA LOI COLLA	25
7.4	GARANTIR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS.....	26
7.4.1	En contrôlant les formations	26
7.4.2	En assurant l'information des patients	26
7.5	FAUT-IL AUGMENTER L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE ?.....	26
7.6	TRAVAIL SUR PRESCRIPTION OU PAS ?.....	27
7.7	LES CONSÉQUENCES DE L'ACADÉMISATION DE LA FORMATION DES OSTÉOPATHES.	27

7.7.1	Développement d'une certaine ostéopathie	27
7.7.2	Fermeture ou reconversion des écoles privées	27
7.7.3	Evolution du titre de D.O.	28
7.7.4	Difficultés de constitution d'une patientèle.....	28
7.7.5	Cadre pour développer la recherche scientifique.....	28
7.8	RECOMMANDATIONS	28
8	REFERENCES	29

I 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"¹. 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 :

1. Quelle est l'efficacité de l'ostéopathie et de la chiropraxie ? 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 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.

2 L'OSTÉOPATHIE ET LA CHIROPRACTIQUE EN BELGIQUE: LES UTILISATEURS, LES PRATICIENS, LES PRATIQUES

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.

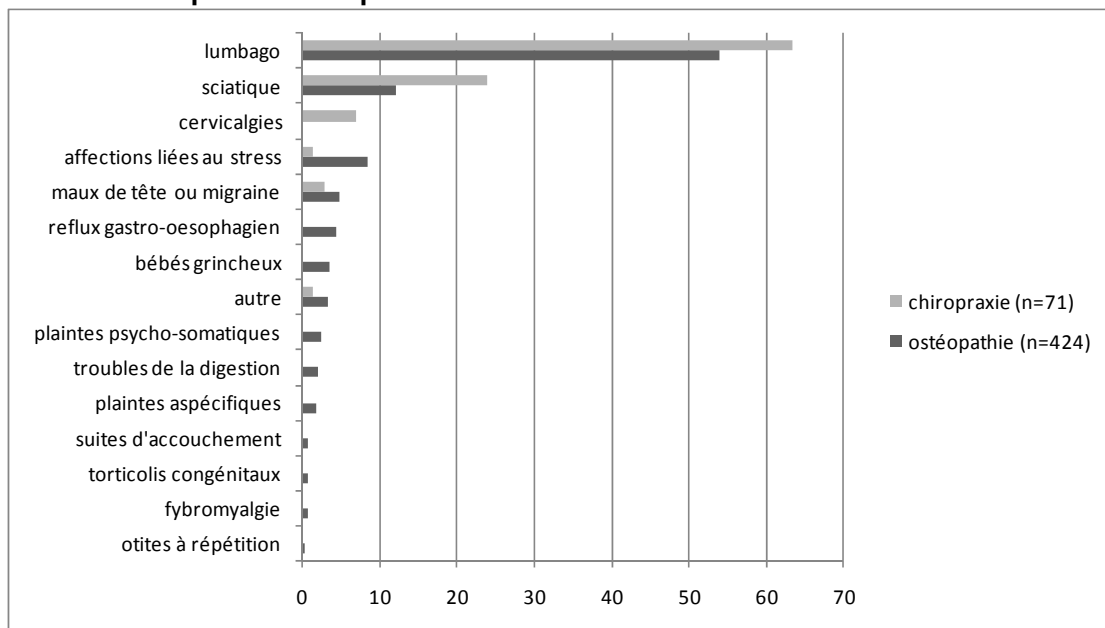
2.2 QUI SONT LES PATIENTS ?

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^a



^a 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.

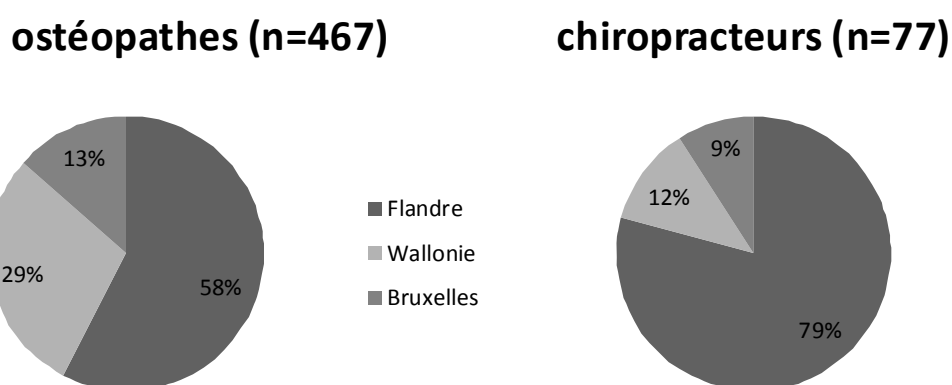
2.3 QUI SONT LES PRATICIENS?

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.

2.4 ITINÉRAIRE TYPE D'UN PATIENT

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.

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 distingue 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.

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.

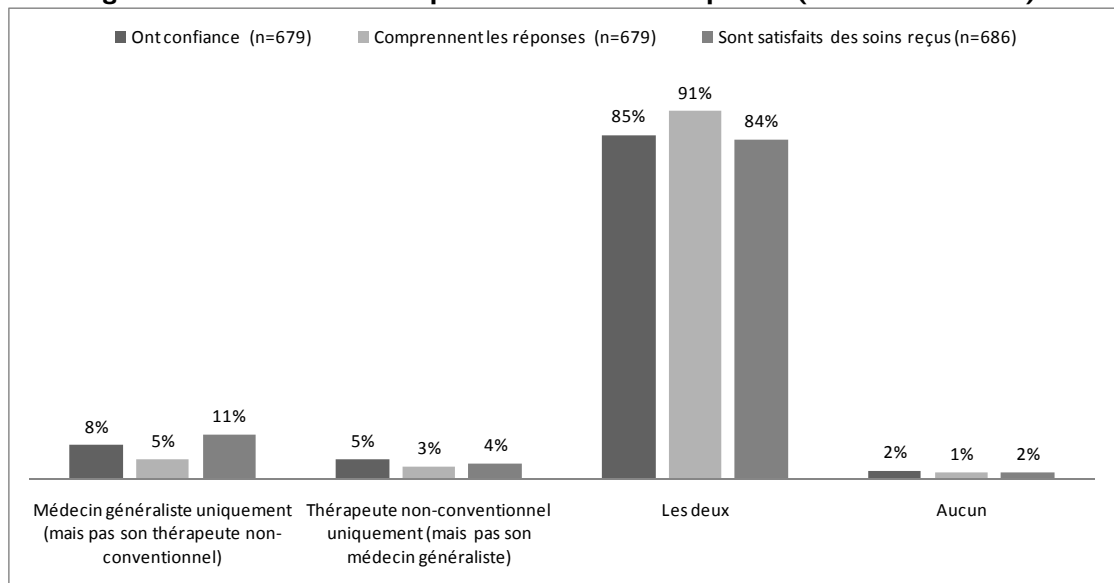
Ni l'ostéopathie ni la chiropraxie ne sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, les patients affiliés à certaines mutualités peuvent bénéficier d'un remboursement partiel de leur consultation dans le cadre de l'assurance complémentaire (entre 10 et 12,5 €/visite pour 5 séances 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.

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 1^{ère} 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

3 ORIGINES ET CONCEPTS DE L'OSTÉOPATHIE ET DE LA CHIROPRACTIE

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 des 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.

3.1 L'HISTOIRE DE L'OSTÉOPATHIE

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 Shawnee². 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 population³.

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 ostéopathes³.

C'est probablement à John Martin Littlejohn³, 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.

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.

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).

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.

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

3.2 HISTOIRE DE LA CHIROPRACTIE

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^{b3}.

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)³. 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 emballage⁴.

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 monopole⁴. 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 traitements⁴.

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).

^b 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-bas⁴.

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).

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)⁵ 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 pratique⁶ et le Profil de l'Union européenne des Chiropracteurs⁷ 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 corps⁷.

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 scientifiques⁷.

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.

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.

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 ^c)
		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)

^c 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.

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.

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.

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 patient⁸.

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^{9, 10}.

La littérature scientifique rapporte aussi quelques complications graves, mettant même parfois la vie du patient en danger, ceci principalement en cas de **manipulations cervicales**⁹. 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.

5 COMMENT DEVIENT-ON OSTÉOPATHE OU CHIROPRACTEUR ?

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".

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).

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 soignaient 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.

5.2 LA CHIROPRACTIE : UN CHOIX DES LE DEPART

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.

6 CADRE LÉGAL

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°78¹¹ 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).

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 surcroît, 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 kinésithérapeutes¹¹. 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^{12, 13}.

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 conventionnelle¹⁴ 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 sénat¹⁵. 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.

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 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.

7.1 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.

7.2 « HOLISTIQUE » OR « NOT HOLISTIQUE » ?

Bien que l'objectif de ce 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.

7.3 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.

7.4 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.

7.4.1 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.

7.4.2 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.

7.5 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.

7.6 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 »¹⁶. 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 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 :

7.7.1 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.

7.7.2 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 reconverter 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.

7.7.3 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.

7.7.4 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.

7.7.5 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.

7.8 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 du rapport complet.

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. 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/>
3. Pettman E. A history of manipulative therapy. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*. 2007;15(3):165-74.
4. Keating J, Cleveland J, Menke M. *Chiropractic history, a Primer*. 2004.
5. van Dun P.L.S. *Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, GNRPO*. Brussel: GNRPO (vzw); 2010.
6. ECU. Code of Good Practice. European Chiropractors' Union; 2010. Available from: <http://www.ecunion.eu/default.asp?pid=114>
7. ECU. ECU Chiropractic Profile Document. European Chiropractors' Union; 2007. Available from: <http://www.ecunion.eu/default.asp?pid=114>
8. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National Costs Of The Medical Liability System. *Health Aff*.29(9):1569-77.
9. Gouveia LO, Castanho P, Ferreira JJ. Safety of chiropractic interventions: a systematic review. *Spine*. 2009;34(11):E405-13.
10. 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.
11. Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen *Belgisch Staatsblad* 14 november 1967
12. Nys H. Een gat in mijn emmer. *De Huisarts*. 2010;962:14.
13. Nys H. Recht en Bio-ethiek. *Wegwijs voor mensen in de gezondheidszorg*. Lannoo Campus; 2010.
14. 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
15. 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
16. Académie Royale de Médecine de Belgique. Avis 2009 relatif à l'organisation d'un master complémentaire en ostéopathie à l'ULB. 2010.

COLOPHON

Synthèse du rapport I48B

Titre :	Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique - Synthèse
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 Duhaméeuw (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 GRNPO), Dirk Segers (ABOC-BAKO), Ismail Tejedine (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:	<p>- 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.</p> <p>- 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.</p> <p>- Finalement, ce rapport a été approuvé à la majorité par le Conseil d'administration.</p> <p>- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.</p>

Mise en Page: Ine Verhulst

Bruxelles, le 13 janvier 2011 (2nd print ; 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/2010/10.273/95

Ce document est un extrait du rapport I48B et est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Ce document est publié 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 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre federal d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. D/2010/10.273/95.



