

RAPPORT

au nom d'un Groupe de travail**

Ostéopathie et Chiropraxie

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

(DEUXIEME PARTIE)

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

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

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

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

L'origine de l'ostéopathie.

Il faut d'abord se représenter le contexte et l'Amérique profonde au début de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle.

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

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

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

L'ostéopathie, actuellement.

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

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

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

* Membres de l'Académie nationale de médecine

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

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

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

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

Les concepts ostéopathiques mettent en évidence les principes suivants :

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

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

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

La doctrine, au regard de la médecine contemporaine.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion.

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

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

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

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

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

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

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

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

Personnes invitées :

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

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

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

