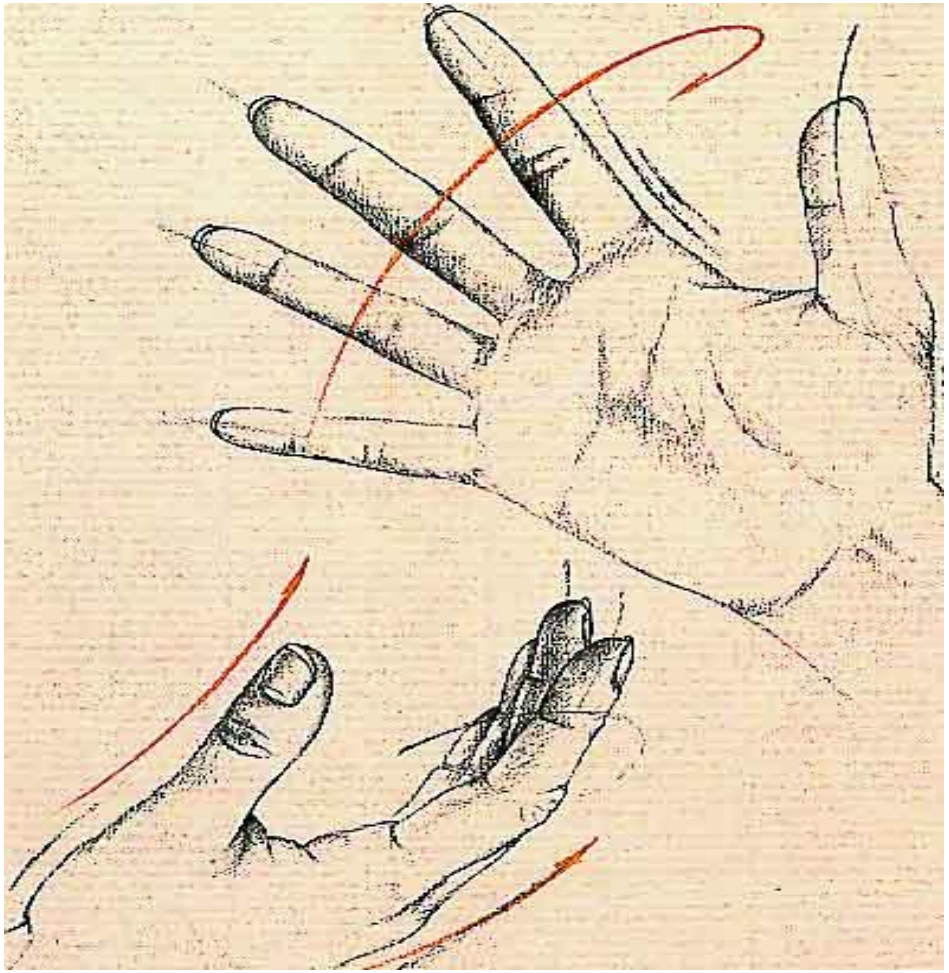
Prise en charge de la douleur par l'ostéopathie



DU Douleurs aiguës et chroniques
Hôtel Dieu - Mars 2015

Dr François Morin, Ajaccio

Qu’est-ce que l’ostéopathie ?

- L’ostéopathie est une médecine manuelle, discipline complémentaire de la médecine traditionnelle. Elle n’est pas alternative ni « médecine douce ».

- Le médecin ostéopathe complète et élargit le champ de la médecine traditionnelle en intégrant l'ostéopathie à l’exercice de son art, dans le cadre d'un ensemble de soins axés à la fois sur des faits et sur l'individualité du patient.

- L'ostéopathie consiste, dans une compréhension globale du patient, à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les dysfonctions de la mobilité des tissus du corps humain susceptibles d'en altérer l'état de santé [(1)].

- Le « diagnostic ostéopathique » est nécessaire à l’application du soin ostéopathique, mais non suffisant : il doit être précédé d’un diagnostic médical et surtout différentiel.

(1) Définition extraite du Référentiel Profession Ostéopathe ®

Qui sont les ostéopathes ?

Initialement réservée aux seuls médecins, la profession d'ostéopathe créée en 2002 est partagée en France par :

- **Les médecins ostéopathes** (MEP, moins de 10% des effectifs)
  - Titulaires d'un DIU de médecine manuelle - ostéopathie enseigné dans 14 universités françaises.
  - Le nombre d'heures sera porté en 2015 à 436 heures en trois ans + 150 consultations et mémoire.
  - Le standard EROP (1) de formation des médecins ostéopathes prévoit 700 heures en 4 ans minimum.
  - Une quinzaine d'écoles (sur le mode associatif) complètent leur formation technique initiale et la formation continue.
  - L'immense majorité n'exerce pas l'ostéopathie à titre exclusif mais en complément.

- **Les ostéopathes non professionnels de santé** (ONPS, nombre multiplié par dix en dix ans)
  - Formés dans des écoles privées post-baccalauréat agréées par le ministère de la santé.
  - Inflation incontrôlée de ces écoles à but lucratif (plus de 70 aujourd'hui) sans numerus clausus ni diplôme d'Etat.
  - Réforme profonde en 2015 de leur référentiel de formation, l'IGAS ayant jugé le niveau globalement très insuffisant.(2)

- **Les professionnels de santé non médecins**
  - Kinésithérapeutes essentiellement, rares sages-femmes, infirmières ou podologues.
  - Formés dans ces mêmes écoles d'ONPS mais avec un programme allégé compte-tenu de leurs acquis.
  - A noter que l'ostéopathie n'entre pas dans le décret de compétence des kinésithérapeutes.(1)
  - L'immense majorité des kinés n'exerce pas l'ostéopathie à titre exclusif mais en complément, et la facturent souvent indûment à l'assurance maladie en cotations AMK.

(1) EROP : European Register for Osteopathic physicians
(2) Le dispositif de formation de l'ostéopathie, Michel Duraffourg, Michel Vernerey, IGAS, Avril 2010, RM 2010-030P

Législation particulière

- **Seuls les ostéopathes médecins sont habilités à manipuler**
  - Le rachis cervical
  - Les enfants de moins de 6 mois
  - Et à pratiquer un toucher pelvien

- **Pour les ostéopathes non-médecins** (y compris kinésithérapeutes)
  - Un certificat médical est obligatoire pour les manipulations cervicales et les enfants.
  - Ce certificat engage la responsabilité du médecin signataire en cas de problème.

- **La jurisprudence impose la réalisation de radios du rachis cervical**
  - Avant toute manipulation de cette zone.

Les grands noms de l'ostéopathie

- L'ostéopathie est née aux Etats-Unis il y a plus d'un siècle sous l'impulsion du **Dr Andrew Taylor Still** (1828-1917) qui formule le postulat selon lequel « la structure gouverne la fonction »

- En France, le **Dr Robert Lavezzarri** (1886-1977) introduit l'ostéopathie en commençant à pratiquer dans les années 1920.

- C'est en 1972 que l'enseignement du **Dr Robert Maigne** est officiellement reconnu par l'université de Paris VI et sanctionné par un diplôme d'université.

Les fondamentaux de l'ostéopathie

Trois principes

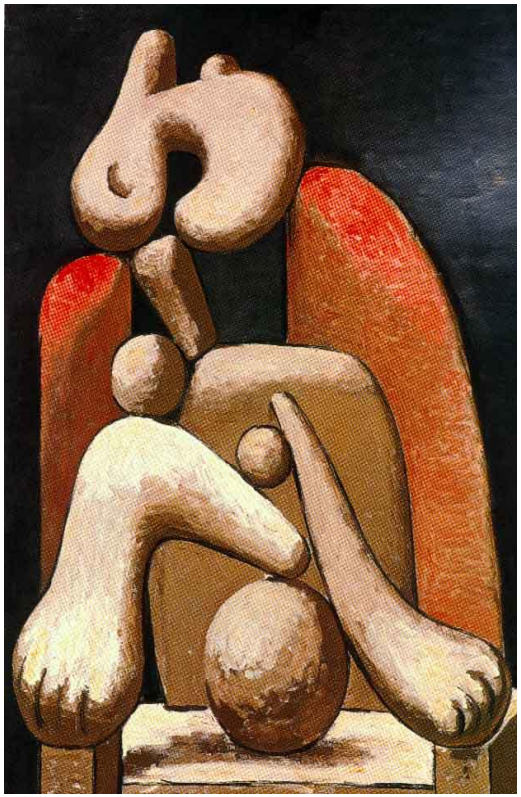
- **Interaction structure - fonction**
- **Globalité**
- **Auto guérison :** principe d'homéostasie, mettant en jeu les ressources intrinsèque du corps humain à se rétablir et à se maintenir en bonne santé[1]

Trois liens

- Mécanique
- Neurologique
- Fluidique (vasculaire)

Trois approches

- Structurelle
- Fonctionnelle
- Crânio-sacrale



[1] « salutogénèse » d'Antonovsky

La dysfonction somatique

- Définition [1]
  - Altération ou affaiblissement de l'interaction fonctionnelle qui relie des composants du système somatique, dans les sphères pariétale, viscérale et/ou « crânio-sacrée ».
  - Système somatique : squelette, articulations et structures myofasciales, éléments vasculaires, lymphatiques et neurologiques correspondants.

- Signes cliniques associés à la dysfonction somatique [2.3.4]
  - Sensibilité/douleur à la palpation,
  - Asymétrie des repères osseux,
  - Restriction de la mobilité articulaire ou tissulaire passive,
  - Modifications de la texture des tissus mous environnants.

- Transmission des contraintes à l'ensemble du corps
  - Par les chaînes cinétiques et myofasciales (concept de tenségrité)
  - Perturbant l'équilibre du système tonique postural

- Réversibilité par des techniques manuelles qui s'appliquent aux tissus concernés
  - Peau, muscles et fascias
  - Articulations et leur environnement capsulo-ligamentaire
  - Viscères et leurs éléments de soutien

(1) Définition EROP (European Register for Osteopathic Physicians)
(2) Zegarra-Parodi R, et al. Traitement ostéopathique de patients souffrant de lombalgies chroniques communes. Douleurs (Paris) (2012), doi :10. 1016/j.douler.2011.10.003
(3) Rumney IC. The relevance of somatic dysfunction. J Am Osteopath Assoc 1975 ; 74(8) : 723-5
(4) Sleszynski SL, Gloneck T, Kuchera WA. Standardized medical record: a new outpatient osteopathic SOAP note form : validation of a standardized office form against physician's progress notes. J Am Osteopath Assoc 1999;10 : 516-29

Symptôme principal : la douleur, aigue et chronique

- Pathologies mécaniques de l'appareil locomoteur
  - Rachis
    - Cervicalgies, dorsalgies, lombalgies
    - Douleurs projetées
      - Pseudo-radiculaires : syndrome du piriforme, syndrome iliacogène etc.
      - Référées non métamériques d'origine myofasciale.
      - Référées métamériques : syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique de Robert Maigne
  - Articulations périphériques
    - Omalgies, gonalgies, coxalgies, coudalgies, pubalgies, algies des mains et pieds, des ATM etc.
    - Acroparesthésies des membres supérieurs, syndromes canalaires périphériques etc.

- Douleurs pseudo-viscérales
  - Certaines douleurs d'origine pariétale peuvent avoir une expression viscérale (phénomène de convergence somato-viscérale). L'inverse est également vrai.
    - **Sphère thoracique** : douleurs pseudo-cardiaques , pseudo-pleuro-pulmonaires, fausses mastodynies.
    - **Sphère abdominale** : douleurs pseudo-digestives, pseudo-gynécologiques, pseudo-urologiques.
  - Confirmation par l'efficacité du traitement vertébral, costal ou myofascial.

- Douleurs myofasciales
  - Syndrome myofascial avec ou sans douleurs projetées –
  - Fibromyalgie - Capsulite d'épaule etc.

Tableaux cliniques en pratique ostéopathique courante

ADULTE

- Douleurs aigues et chroniques de l'appareil locomoteur (rachis et membres)
- Pathologie traumatique (par exemple suites du *whiplash* cervical)
- Troubles musculo-squelettiques liés aux positions de travail inadaptées
- Céphalées, névralgies, douleurs pelviennes et périnéales
- Pseudo-vertiges proprioceptifs d'origine cervicale sous-occipitale
- Syndromes myofasciaux, y compris dans le cadre de la fibromyalgie
- Douleurs de la mâchoire, serrement dentaire (bruxisme)
- Troubles digestifs fonctionnels (reflux gastrique, constipation, colopathie fonctionnelle...)
- Certains troubles du système neurovégétatif

SENIOR

- Douleurs liées à l'arthrose (colonne, épaules, hanches, genoux, pieds...)
- Troubles ORL (pertes d'équilibre, acouphènes...)

SPORTIF

- Douleurs traumatiques aiguës (lumbagos, luxations, entorses...)
- Séquelles de traumatismes anciens ou répétés
- Pathologies du surentraînement (tendinites, pubalgie, périostite...)

Tableaux cliniques en pratique ostéopathique courante

FEMME ENCEINTE

- Adaptation posturale et musculo-squelettique durant la grossesse
- Lombalgie et sciatique de la grossesse
- Douleurs ostéo-articulaires avant et après l'accouchement (sacro-iliaque, coccyx)…

BÉBÉ

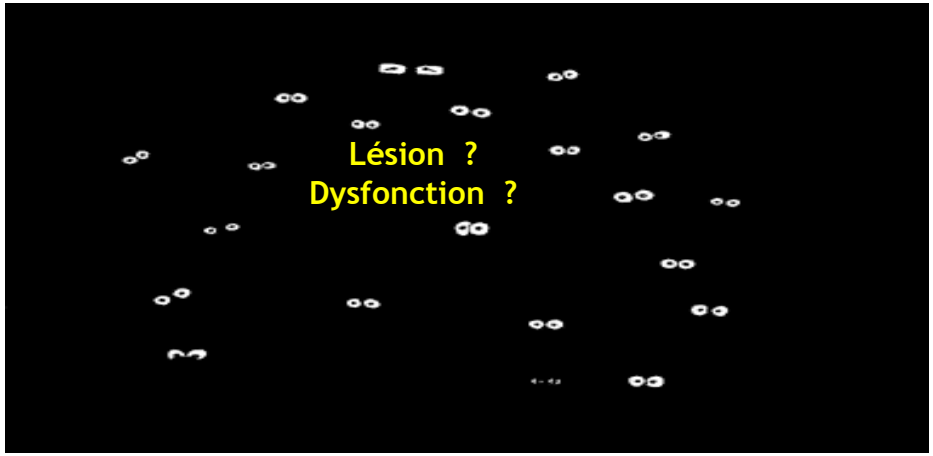
- Troubles du sommeil
- Reflux gastrique et "colique" du nourrisson
- Torticolis congénital
- Plagiocéphalie avant fermeture suturale à 6 mois
- Larmoiement par obstruction du canal lacrymal…

ENFANT ET L'ADOLESCENT

- Certaines infections ORL récidivantes
- Retentissement fonctionnel thoracique de l'asthme
- Dépistage et prise en charge des troubles posturaux
- Et les indications communes avec l'adulte…

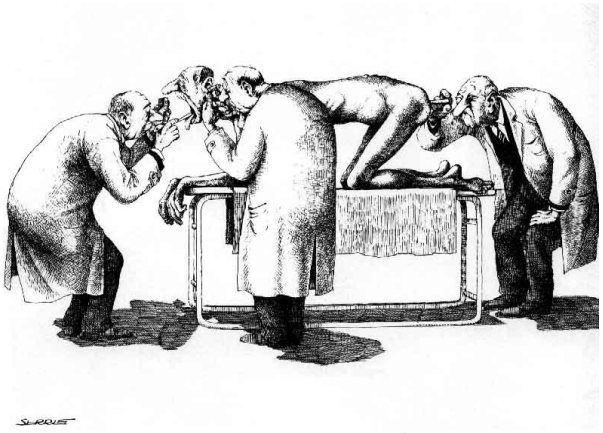
Contre-indications : toute lésion « organique »

- **TRAUMATIQUE** fracture, tassement avec ou sans luxation, déchirure ligamentaire avec instabilité…
- **TUMORALE** primitive ou secondaire
- **INFECTIEUSE** (spondylodiscite ou spondylite)
- **INFLAMMATOIRE** (polyarthrite rhumatoïde, pelvispondylite rhumatismale)
- **FRAGILISANTE** (angiome vertébral, ostéoporose)
- **MALFORMATIVE** (notamment de la charnière cervico-occipitale avec souvent Arnold-Chiari)
- **METABOLIQUE** (Paget)
- **STATIQUE** (scoliose ou cyphose sévère)
- **Etc.**



Pré requis : connaissance de la pathologie et accès aux outils d'investigation paraclinique

Diagnostic ostéopathique



L'ostéopathe réalise un examen fonctionnel basé sur la recherche d'une **dysfonction** de l'un des éléments constitutifs de la trame corporelle : structures squelettiques, articulaires ou myofasciales, éléments vasculaires, lymphatiques ou nerveux.

Le diagnostic positif repose sur la palpation fine, le « toucher ostéopathique » permettant d'apprécier :

- **Asymétrie des repères** anatomiques,
- **Modifications tissulaires** : texture, densité, élasticité, induration, troubles vasomoteurs,
  - Locale,
  - A distance, avec mise en corrélation d'éventuelles manifestations référées métamériques ou non.
- **Restrictions de mobilité** tissulaire
  - Quantitative (amplitude),
  - Qualitative (nature de la « barrière » musculaire, articulaire, ostéophytique etc.).

Des tests dynamiques biomécaniques permettent parfois de corroborer les observations palpatoires.

L'ostéopathe considère l'individu dans sa globalité. A ce titre, il évalue les répercussions possibles de ce dysfonctionnement à distance sur les plans somatique, viscéral ou psychique.

L'examen postural est donc un prolongement naturel de l'examen ostéopathique, pour une prise en charge durable et étiologique des dysfonctions récurrentes.

Objectifs du traitement ostéopathique

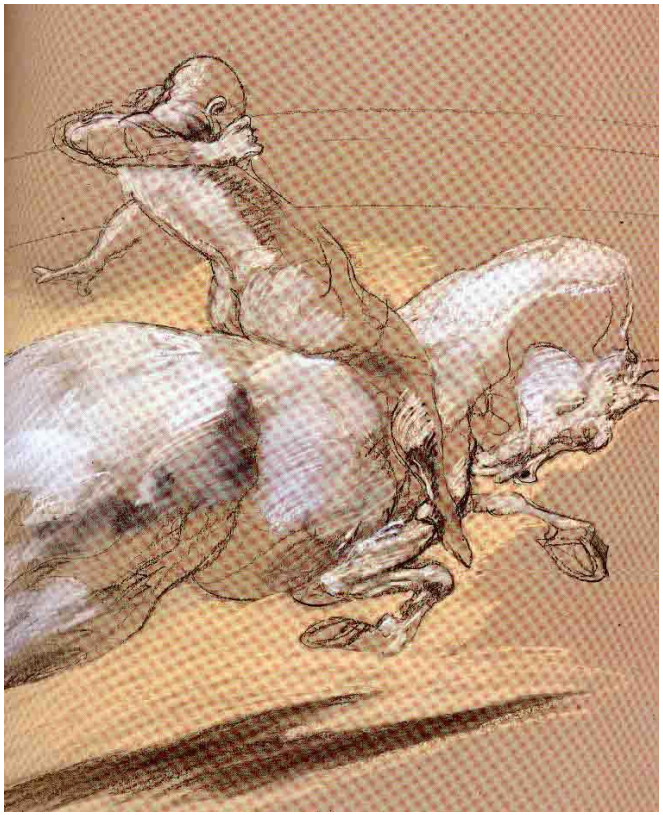
Restaurer les conditions du mouvement tissulaire compatibles avec la santé de l'individu

En traitant la dysfonction somatique

- **Le traitement est manuel** et vise à restaurer la mobilité, nécessaire à un fonctionnement normal des structures, caractérisé par
  - La restauration du mouvement et symétrisation des amplitudes,
  - Le relâchement tissulaire,
  - La normalisation des repères anatomiques,
  - La disparition des phénomènes rapportés à distance.

- **Les techniques agissent**
  - Sur les parties molles (peau, muscles, ligaments, fascias),
  - Sur les articulations vertébrales et périphériques,
  - Sur les viscères,
  - Sur le système vasculaire (drainage),
  - Sur le crâne.

- **Les circonstances** amènent l'ostéopathe à les utiliser alternativement ou à les combiner dans la même séance.



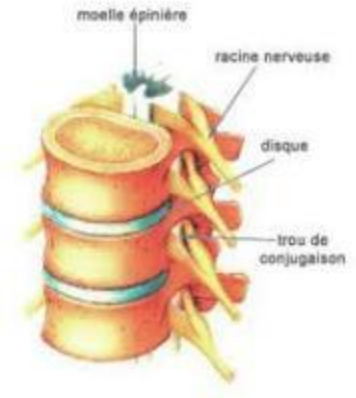
L'ostéopathie structurelle

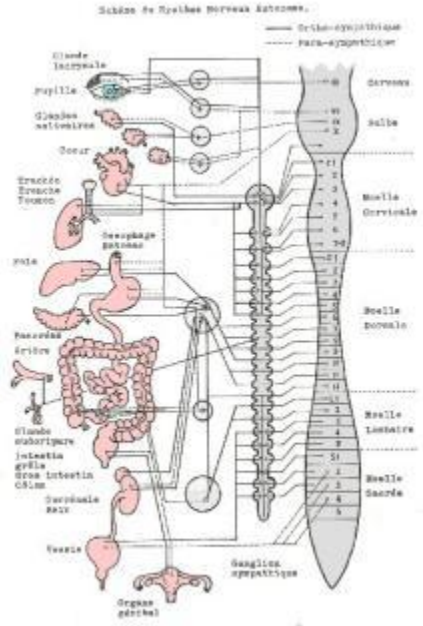
Traitement à visée pariétale et viscérale

- Articulaire
  - Thrusts : manipulations de faible amplitude et forte vélocité, en limite du jeu physiologique, provoquant un ébranlement proprioceptif dirigé.
  - Mobilisations passives locales ou régionales pour récupération du jeu articulaire, étirement des tissus mous, action drainante et de facilitation neurologique.

- Musculaire
  - Allongement post-isométrique (réflexe myotatique)
  - Relâchement par positionnement (inhibition réciproque)
  - Traitement des points Trigger (syndrome myofascial)
  - Techniques de massage, décordage et reboutement
- Tendino-ligamentaire (techniques vibratoires et de reboutement)
- Cutané (massage, ponçage, techniques réflexes)
- Viscéral (mobilisations, pompage)

Mécanisme d'action de l'ostéopathie structurelle





Plusieurs mécanismes sont mis en œuvre [1] :

Action neurologique

- Stimulation dirigée des mécanorécepteurs du tissu conjonctif dont sont richement dotées toutes les structures affectées par les dysfonctions somatiques,
- Action médullaire réflexe par Gate control,
- Sollicitation du système nerveux autonome (notamment techniques fasciales et viscérales) Cf. phénomènes secondaires type rubéfaction cutanée, sudation, asthénie ou somnolence,
- Réduction des phénomènes inflammatoires nociceptifs périphériques.

Action mécanique

- Discale : modification de la place occupée par la gelée nucléaire, libération des replis capsulaires au niveau des articulaires postérieures , amélioration de la dynamique des racines.
- Zygapophysaire: récupération du glissement articulaire.
- Périphérique : assouplissement des structures (fasciales notamment), récupération du jeu articulaire, réduction de subluxations (comme la pronation douloureuse de l'enfant).

Action psychosomatique

- Fonction de la cognition du patient (croyances, expériences),
- Alternative à un parcours médical parfois décevant, espoir souvent vif,
- Qualité de l'écoute, de l'examen global, durée de la consultation,
- Effet empathique du toucher devenu rare …

(1) Le Corre François, Rageot E. Atlas pratique de médecine manuelle ostéopathique. 3e édition.2010 Ed Elsevier Masson

L’ostéopathie fonctionnelle

Traitement des fascias, à visée pariétale et viscérale

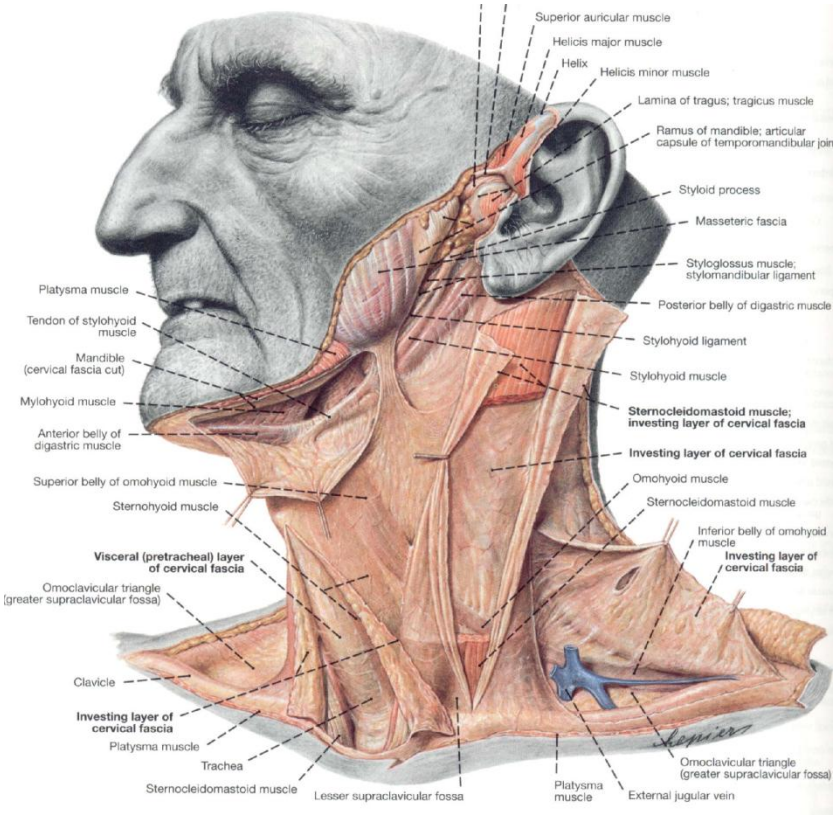
- Importance du plan fascial
- Répondant aux lois de la tenségrité
- Écoute tissulaire, plan par plan
- Technique directe soit indirecte

Système conjonctif et fascias

- Le matériel le plus abondant dans l'organisme est le tissu conjonctif
- Origine mésodermique
- Plasticité : réversibilité de la différenciation cellulaire
- Tissu intelligent, essentiel au maintien de l'homéostasie
- Les fascias, qui sont une forme de tissu conjonctif, sont de nature colloïdale (particules de matière solide en suspension dans un fluide)
- Non rigides, non compressibles, épousent la forme de leur contenu et répondent aux variations de pression
- Ils assurent les surfaces de glissement entre les diverses structures, entourent les vaisseaux et les nerfs
- Présence de mécanorécepteurs et récepteurs proprioceptifs, ainsi que de fibres musculaires contractiles

Ubiquité des fascias

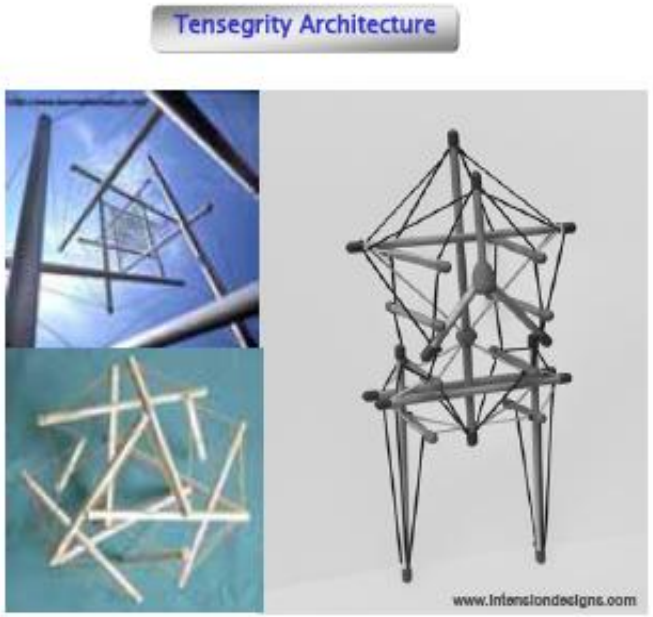
- Fourreau de tissu fibreux conjonctif qui enveloppe le corps, entoure et sépare les muscles,
- Envahissent la totalité du corps et le parcourent d'une région à l'autre
- 3 couches : superficiel, profond, sous-séreux. **EN CONTINUITE**
- Tout ce qui se passe en un point se transmet à l'ensemble de la structure

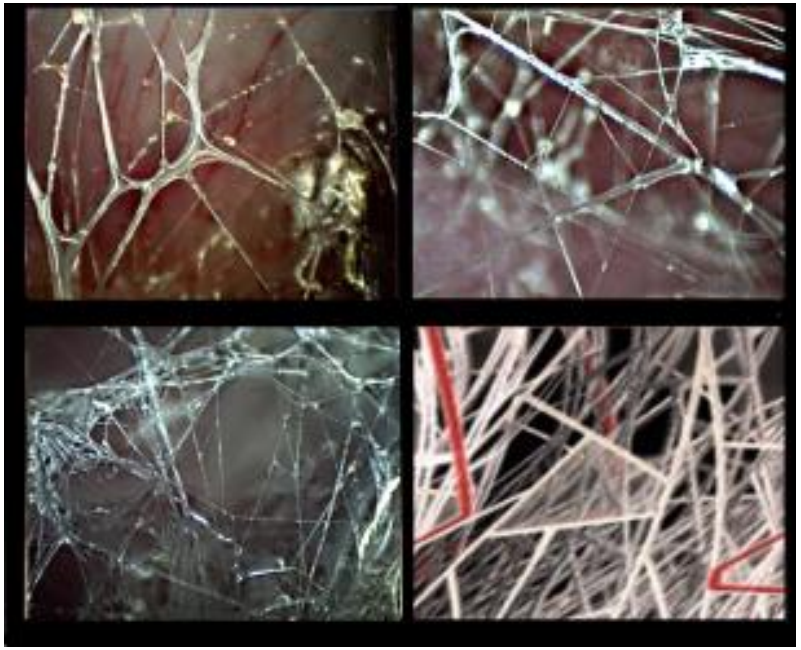


Principe de Tenségrité

- Inventé par un architecte : *R Buckminster Fuller*

- Signifie : « Intégrité tensionnelle » , la forme structurelle finale est garantie quelles que soient les forces de tension ou de compression exercées sur l'ensemble de l'édifice





Le paradigme biologique

Tous les systèmes biologiques sont conçus pour le mouvement, la stabilité et l'équilibre énergétique. Les cellules vivantes sont sans cesse et partout en mouvement, tout en gardant une stabilité remarquable tant sur la forme que sur la structure.

Les systèmes biologiques se prêtent à une adaptation continue tout en maintenant leur propre stabilité structurale.

Tenségrité et fascias

- Il n'y a aucune surface horizontale dans notre corps.
- Le poids appliqué sur nos os provoquerait une désarticulation en chaîne sans un équilibre des tensions qui les maintiennent en place en les empêchent de pivoter.
- Comme les rayons de ce modèle de tenségrité , nos os agissent plus comme des séparateurs que comme des éléments supportant la compression.
- La répartition des forces passe plus par le système conjonctif des câbles – fascias que par les rayons osseux.
- Dans l'organisme vivant, les os et les disques sont les éléments de compression discontinue, et les tissus myofasciaux les éléments de tension continue

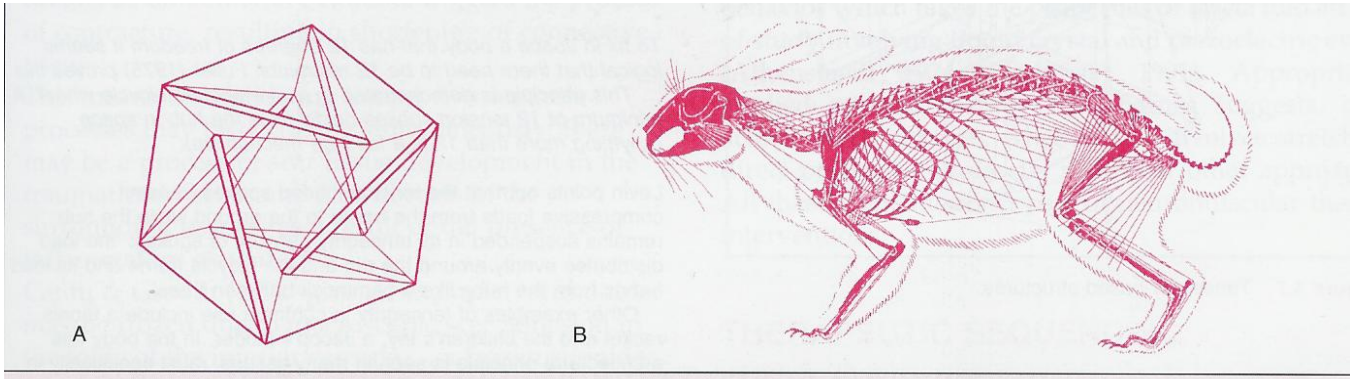
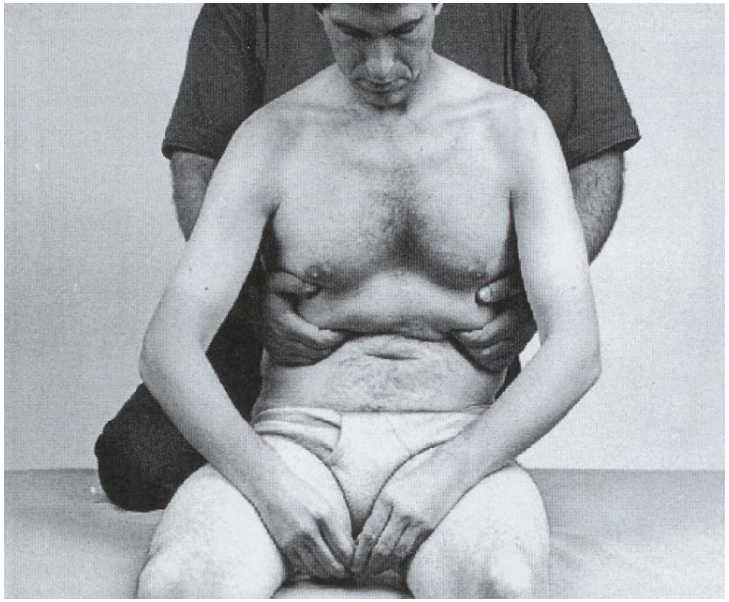


Figure 1.6 A&B: Tensegrity-based structures (reproduced, with permission, from the *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 1997 1(5):300–302).

Myofascial release : mode d'action

- Approche manipulative visant au relâchement tri-dimensionnel des éléments fasciaux :
  - Actifs (neuro-réflexes)
  - Passifs (visco-élasticité du tissu conjonctif)

- Le degré de résistance offert par les colloïdes augmente proportionnellement à la vitesse de la force qui leur est appliquée. Ceci implique qu'une palpation douce est indispensable à l'obtention d'un changement ou d'un relâchement des structures fasciales qui sont colloïdales dans leur comportement



L'ostéopathie crânio-sacrée : le crâne bouge-t-il ?

- **Le MRP** : mouvement respiratoire primaire
  - perception palpatoire d'un mouvement involontaire et rythmique,
  - fluctuant par cycles d'expansion-rétraction à raison d'environ 12 cycles par minutes,
  - prend son origine au crâne et diffuse à tout l'organisme, est donc palpable en périphérie,
  - apparait in utéro et serait indispensable au bon fonctionnement de l'organisme (premier postulat).

- **Postulats** : l'origine et la propagation de ce MRP tiendrait à
  - la motilité du SNC (système nerveux central) : mouvement d'expansion – rétraction propre à tous les organes,
  - la mobilité des os du crâne persiste à l'âge adulte avec des mouvements d'amplitude faible (25 à 40µ, ce qui est papable par des mains entraînées) selon des axes définis par l'orientation des sutures,
  - l'action des membranes de tensions réciproques (MTR) : dure-mère et ses expansions, faux du cerveau et du cervelet, tente du cervelet, sur lesquelles l'ostéopathe concentre son action,
  - la fluctuation du LCR (liquide céphalo-rachidien),
  - la micro-mobilité du sacrum entre les iliaques, mouvement induit via les MTR et qui doit être en harmonie avec celle ressentie au niveau crânien.

- **Critique**
  - Niveau de preuve insuffisant, notamment sur les corrélations.
  - Biais induit par l'opérateur : le MRP est ressenti sur un ballon de baudruche gonflé, ce qui prouve que le signal peut être autogène et non inhérent au patient.
  - Ceci oblige le praticien à s'étalonner lui-même, pour tenir compte d'un référentiel propre forcément variable, puis analyser de ce signal ténu ce qui provient du patient, et enfin apprécier ce qui en est pathologique...

Le crâne bouge : postulats diagnostiques et thérapeutiques

- **Au plan diagnostique**
  - L'altération de ce MRP serait un reflet de l'état de santé du patient, traduisant un déséquilibre tissulaire local ou à distance.
  - Le MRP concernant tous les tissus, la perception d'une anomalie de sa puissance ou de son rythme permettrait un diagnostic à distance de la lésion (ostéopathie projective).

- **Au plan thérapeutique**
  - Une écoute dirigée et des techniques spécifiques de modulation/relance du MRP permettraient au corps de se libérer lui-même des tensions qu'il s'est vu contraint de mettre en place pour s'adapter à des tensions physiques ou émotionnelles.
  - L'ostéopathe se placerait donc ici comme médiateur d'homéostasie, avec la santé plus que contre la maladie.

- **Critique**
  - Niveau de preuve nul, tant sur le plan des corrélations diagnostiques que des supputations thérapeutiques.
  - Si la finesse du « toucher ostéopathique » permet bien de percevoir des variations du MRP, d'autres hypothèses du mode d'action (mécaniste chez le nouveau-né, faciales ou cutanées réflexes chez l'adulte) sont avancées.
  - Si une perturbation du MRP localement peut se percevoir au plus près d'une lésion, diagnostiquer et traiter par le crâne une dysfonction du pied parait fantaisiste.
  - **L'ostéopathie projective**, caractérisée par un discours ésotérique et des douteuses semble donc bien, au vu des connaissances actuelles, s'apparenter à de la « *patamédecine* » …

Indications de l'ostéopathie crânio-sacrée

Traitement à visée pariétale, viscérale, émotionnelle et cognitive

- **Troubles fonctionnels du nouveau-né** (compression occipito-basilaire en fin de grossesse et lors de l'expulsion)
  - Torticolis congénital,
  - Troubles du sommeil, agitation, pleurs anormaux, régurgitations, « colique du nouveau-né »,
  - Plagiocéphalie, obstruction du canal lacrymal par malposition réversible de l'os lacrymal ...

- **Troubles ORL du jeune enfant** (otites ou sinusites récidivantes).

- **Appoint dans la prise en charge** de la composante émotionnelle et cognitive du patient anxieux et douloureux chronique
  - Empathie, techniques douces et sécurisantes, enveloppantes,
  - Probable effet cutané réflexe et fascial,
  - Effet placebo et cognitif certain,
  - Mais attention à l'honnêteté du discours...

- **L'ostéopathie crânienne « projective » non indiquée**

  Contre-productive, en l'état actuel des connaissances :
  - Pour la crédibilité scientifique de l'ostéopathie,
  - Nombreuses dérives charlatanesques …

Recherche clinique en ostéopathie (structurelle)

L'ostéopathie souffre du manque d'études scientifiques de haut grade référencées

(Essais comparatifs randomisés bien conduits et de grande puissance en double insu contre placebo, « gold standard »).

Difficultés quantitatives et qualitatives, structurelles et institutionnelles

- **Récence institutionnelle de l'ostéopathie :** frein à la production scientifique.
- **Difficulté de financement des études :** pas d'enjeu industriel pharmaceutique ou en matériel médical.
- **Limites méthodologiques** (1.2)
  - Absence d'allocation des traitements « en aveugle », le simple contact manuel créant un biais.
  - Difficultés à s'accorder sur un référentiel commun.
  - Critères d'efficacité subjectifs (locale ou générale ?).
- **Limites conceptuelles**
  - Multiplicité des techniques et approches, certaines confinant à l'ésotérisme.
  - Seule l'ostéopathie structurelle a pu produire des études conformes aux critères de *l'evidence bases medicine*.
  - Concernant l'ostéopathie crânienne, l'académie nationale de médecine évoque des « a priori conceptuels dénués de tout fondement scientifique ». Cette pratique ne font l'objet d'aucune recommandation par l'HAS.
- **Limites individuelles**
  - Grande variabilité du niveau d'enseignement selon les pays et les écoles.
  - Caractère très opérateur-dépendant, contrairement au médicament. Performance technique fonction du mode d'exercice exclusif ou non de l'ostéopathie (3)

(1) Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz K, Ravaud P, for the CONSORT group. Methods and Processes of the CONSORT Group: Example of an Extension for Trials Assessing Nonpharmacologic Treatments. Ann Intern Med. 2008:W60-W67. p

(2) Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz K, Ravaud P, for the CONSORT group. Extending the CONSORT Statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. Ann Intern Med. 2008:295-309.

(3) Guy Vallancien, « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France », rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/339593/

Efficacité de l'ostéopathie / versus allopathie

La Médecine a construit sa pratique pendant des siècles sur l'observation clinique avant de passer progressivement à la recherche scientifique basée sur les preuves.
L'ostéopathie a moins de 150 ans, et malgré que l'observation clinique n'ait pas recueilli suffisamment de données, il est demandé de faire d'emblée des protocoles correspondant à *l'evidence-based medicine*

ANAES 2000 : guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations

HAS 2013 : recommandations de bonne pratique dans la lombalgie chronique commune (LCC) [1.2]

- Aucun traitement ne dépasse le grade B de recommandation HAS.
  - AINS, antalgiques, myorelaxants, infiltrations, topiques locaux, massages, physiothérapie, activité physique
  - Les AINS, record mondial de prescriptions, n'obtient qu'un grade C.
  - MEP (homéopathie, mésothérapie, médecine du sport, phytothérapie, ostéopathie, auriculothérapie)
- Un grade B est attribué à l'ostéopathie, supérieur donc au traitement de référence.
- Seule l'acupuncture obtient un grade A dans la LLC, compte-tenu de son efficacité et de sa tolérance.

Méta-analyse Cochrane 2011 sur les LLC (26 ECR n=6070) [3] : niveau de preuve élevé constaté

- Amélioration significative sur la douleur et l'état fonctionnel après ostéopathie
- Effet supérieur à court terme aux autres thérapeutiques, équivalent à plus long terme.

(1) HAS. Nivea de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - Etat des lieux. 2013.
(2) HAS. Recommandations de bonne pratique. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. 2000.
(3) Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain;an update of a Cochrane review. Spine (Phila Pa 1976). 2011 Jun;36(13).

Bénéfices dans d'autres indications que la LLC

Exemples d'études

- Consommation moins grande de médicaments (corticoïdes) chez des patients souffrant de troubles de l'articulation temporo-mandibulaire [1].
- Diminution de l'intensité de la douleur, de l'anxiété, des besoins en antalgiques et amélioration du confort chez des patients hospitalisés bénéficiant d'un traitement ostéopathique [2]
- Soulagement de la douleur supérieur à celui obtenu par un AINS intramusculaire chez des patients souffrant de cervicalgie aiguë [3].
- Résultats similaires à ceux obtenus par des traitements classiques chez des patients présentant des douleurs lombaires subaiguës, avec une consommation moindre de médicaments (antalgiques périphériques, AINS, myorelaxants) [4].

Étude de 2 compagnies d'assurance (Etat de Washington 2009)

154338 lombalgies traitées pour 45% par médecine conventionnelle, 43% par ostéopathie, 12% par les deux :

- Taux de satisfaction nettement supérieur pour le groupe 2.
- Meilleure efficacité à long terme.
- Coût global de la prise en charge divisé par trois par rapport au groupe 1.

1) Cuccia AM et al., Thérapie manuelle ostéopathique versus traitement conservateur classique dans le traitement des troubles temporo-mandibulaires : un essai contrôlé randomisé. Mov Bodyw J II. avr 2010 ; 14 :179-84

(2) Pomykala M. et al. Patient perception of osteopathic manipulative treatment in a hospitalized setting : a survey-based study. J Am Osteopath Assoc. 2008 ;108 : 665-668

(3) McReynolds T.M. Sheridan B.J. Intramuscular ketorolac versus osteopathic manipulative treatment in the management of acute neck pain in the emergency department : a randomized trial. JAOA 2005 105(2)

(4) Andersson Gunnar BJ et al. A comparaison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. N Engl J Med 1999 ; 341 : 1426-31

Risques de l'ostéopathie / versus allopathie

Effets secondaires de l'ostéopathie (essentiellement liés aux techniques manipulatives) :

La sinistralité fait débat, mais la prime de RC d'environ 250 € témoigne d'un risque jugé faible par les assureurs.
Sinistralité divisée par trois selon le niveau de formation initiale, de formation continue et l'exercice exclusif.

- **Incidents bénins fréquents**
  - Recrudescence douloureuse les deux premiers jours, effets neurovégétatifs fugaces (somnolence, asthénie).
- **Accidents sérieux rares** (liés au non-respect des contre-indications ou défaut de diagnostic différentiel)
  - Fracture costale ou vertébrale, myélopathie, radiculopathie, syndrome de la queue de cheval essentiellement.
  - Pertes de chance par retard de diagnostic.
- **Accidents neurologiques graves rarissimes** (dépendants de la technique utilisée : rotation)
  - **Accident vertébro-basilaire** par dissection de l'artère vertébrale.
  - Incidence : 1 cas d'AVC pour 3.6 millions de manipulations cervicales [(1)].

Effets secondaires de l'allopathie (essentiellement liés à l'usage massif des AINS) :

Morbi-mortalité incomparablement supérieure (cf. cours Pr PERROT sur les antalgiques)

(1) (Carey 1993) Compilation des cas au Canada sur 5 ans sur la base de 50 millions de manipulations cervicales.

Coût de l'ostéopathie / versus allopathie

Coût largement inférieur de l'ostéopathie par rapport à une prise en charge conventionnelle

Réduction majeure des prescriptions

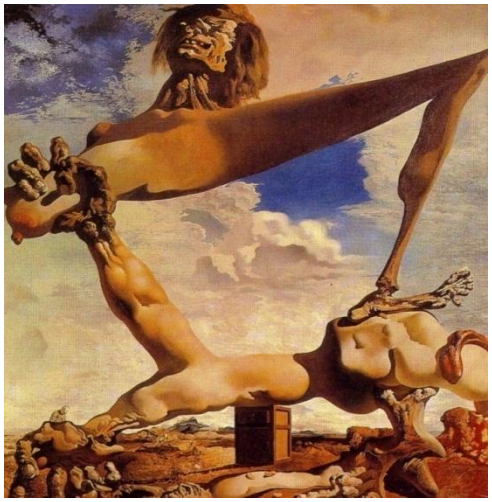
- Médicamenteuses, par définition.
- D'actes de kinésithérapie, non pertinents en cas de pathologie aiguë par blocage.
- D'examens complémentaires, prescription connue pour être inversement proportionnelle :
  - A la qualité de l'examen clinique,
  - A la durée de la consultation (entre 30 et 45 mn en moyenne).

Étude de 2 compagnies d'assurance Etat de Washington 2009

- 154338 lombalgies traitées pour 45% par médecine conventionnelle (groupe 1), 43% par ostéopathie (groupe 2), et 12% par les deux (groupe 3).
- Taux de satisfaction nettement supérieur pour le groupe 2 et meilleure efficacité à long terme.
- Montant moyen des dépenses à chaque visite 50$ en soins ostéopathiques contre 128 $ en soins conventionnels
- Coût total 342 dollars dans le groupe 2 au lieu de 1079 dans le groupe 1, **soit 3 fois moins pour l'ostéopathie.**

En conclusion

- La plupart des thérapies manuelles visent à manipuler le canal somesthésique du système, en stimulant les capteurs proprioceptifs de la chaîne locomotrice qui en sont des informateurs privilégiés.
- **La douleur** en constitue l'indication privilégiée, qu'elle soit aiguë ou chronique



- La médecine ostéopathique nécessite
  - Un haut niveau de technicité du praticien,
  - Des indications indiscutables, basées sur un examen médical sérieux.

- **Dans ces conditions il s'agit d'une médecine**
  - Efficace,
  - Peu onéreuse,
  - Moins iatrogénique que les thérapeutiques traditionnelles,
  - Globale et nécessairement empathique par le toucher,
  - Intégrative, prenant en compte le schéma bio-psycho-social individuel,
  - Préventive car en l'absence de facteurs morbides causes de la maladie, on supprime des obstacles à la restauration mais aussi au maintien de la santé.

« La proprioception musculaire : un sens premier qui gouverne les cinq autres ? »

« Les informations proprioceptives sont le premier opérateur de la conscience du mouvement et donc de l'intelligence du corps »

(Pr J.P Roll, CNRS Marseille « neurobiologie intégrative et adaptative »)

« C'est la sensibilité des muscles qui rend vivant le corps »

(Aristote)

Merci pour votre attention